

Zagreb, 2008
Med Fam Croat

Vol 16

No 1

1-96

Medicina Familiaris Croatica



UDK 61:36.058

ISSN 1330-1527

ČASOPIS HRVATSKE UDRUŽBE OBITELJSKE MEDICINE

UVODNIK

Petnaest godina našeg časopisa

Razgovor povodom
15 godina HUOM-a

Medicina Familiaris Croatica,
15 godina prije...

Riječ drugog urednika časopisa

IZVORNI RADOVI

Zdravstveni lokus kontrole
bolesnika koji boluju od
ishemijske bolesti srca

Telefonske konzultacije u
ambulanti obiteljske medicine

Amjodaronom inducirana
hiotireoza

Što se katkad krije iza proteinurije?

IZVJEŠĆA I NAJAVE

15. Balintov kongres Medicine,
Evidence and Emotions
50 years on..., Lisbon 2007.

Što je VDGM EUROPE i kakva
je uloga Udruge specijalizanata
obiteljske medicine Hrvatske?

Međunarodni kongres medicine
za svakodnevnu praksu, Zagreb,
11.-12.listopad 2008.



IZDAVAČ

HRVATSKA UDRUŽBA OBITELJSKE MEDICINE
CROATIAN ASSOCIATION OF FAMILY MEDICINE
Zagreb 10000, Rockefellerova 4

**VIJEĆE ČASOPISA – EDITORIAL COUNCIL
MEDICINA FAMILIARIS CROATICA**

Zdravko Ebling, Davor Ivanković,
Želimir Jakšić, Milica Katić, Eris Materljan,
Mirjana Rumboldt, Mladenka Vrcić-Keglević

GLAVNI UREDNIK – EDITOR IN CHIEF

Rajka Šimunović
10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili
10001 Zagreb, P.P.509
tel. +385 (034) 271 494,
fax. +385 (034) 312 285
E-mail:branko.simunovic1@po.t-com.hr

TAJNIK-SECRETARY

Zlata Ožvačić
10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili
10001 Zagreb, P.P.509
tel. +385 (01) 2902 495, fax. +385 (01) 2902 495

**UREĐIVAČKI ODBOR –
EDITORIAL BOARD**

Ljiljanka Jurković, Suzana Kumbrija,
Dragomir Petric, Mirica Rapić, Hrvoje Tiljak,
Nevenka Vinter Repalust, Davorka Vrdoljak

**LEKTOR ZA ENGLJSKI JEZIK –
ENGLISH LANGUAGE REVISION**

Marina Teuber

**GRAFIČKI UREDNIK –
GRAPHICAL EDITOR**

Alma Šimunec-Jović

**UMJETNIČKI SAVJETNIK –
ART CONSULTANT**

Hrvoje Vuković

FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI

Mira Svibovec

Časopis izlazi 2 puta godišnje. Radovi se šalju na
adresu Uredništva:

Medicina familiaris Croatica,
Zagreb, P.P. 509, 10001 Zagreb

Journal is published in two times a year.

Articles for submission should be sent to:
Medicina familiaris Croatica, P.P. 509, 10001 Zagreb

Godišnja pretplata za časopis iznosi: 150 kuna
(pojedinačna cijena izdanja 75 kuna)

Broj žiro računa: 2360000-1101478397

Broj deviznog računa kod Zagrebačke banke:
30101-620-16 2343006959

Godišnja članarina HUOMA (uključivo pretplatu časopisa)
iznosi: 200 kuna

Matični broj izdavača –HUOM-a: 0179515

web site: www.huom.hr

Rješenjem Ministarstva znanosti i tehnologije. Ur. Broj 533-08-
96-2/96 časopis je priznat kao znanstvena i stručna publikacija na
području obiteljske medicine.

UVODNIK

Petnaest godina našeg časopisa3

Razgovor povodom 15 godina HUOM
Dragomir Petric, Rajka Šimunović.....4

Medicina Familiaris Croatica, 15 godina prije...
Viđenje prve glavne urednice
Marija Vrca-Botica11

Riječ drugog urednika časopisa
Hrvoje Tiljak13

Praxis medicini
Želimir Jakšić14

Zlatni tovar
Antun Stipišić17

OSVRTI

Naše zdravstvo i obiteljski liječnik, Kako povećati njegovu važnost?
Božidar Vrhovac18

Horizontalna i vertikalna primarna zdravstvena zaštita
Želimir Jakšić27

IZVORNI RADOVI

Zdravstveni lokus kontrole bolesnika koji boluju od ishemijske
bolesti srca
*Goranka Petriček, Tihana Barišić, Jadranka Grubišić-Čabo,
Vedrana Mravak-Alviž, Vuletić Mavrinac G, Murgić L,
Mladenka Vrcić-Keglević*33

Telefonske konzultacije u ambulanti obiteljske medicine,
*Jadranka Urbanc, Branka Juroš-Martinović, Ivan Vučinac,
Marsela Kronja, Zdenka Barišić-Marčac*45

Amjodaronom inducirana hipotireoza
Jadranka Giljanović-Perak53

Što se katkad krije iza proteinurije
Davorka Vrdoljak57

IZ PRAKSE U PRAKSU

Moja ordinacija – Ordinacija Botinec
Željko Razum62

Moja ordinacija – Ordinacija Lastovo
Anita Jančić-Lešić67

OBNOVIMO ZNANJE

Burn out
 Pripremio *Vedran Bilić*73

American Colledge of Radiology BI-RADS kategorije-tumačenje
 Pripremila *Jasna Vučak*76

PROVJERIMO SVOJE ZNANJE

Pripremila *Suzana Kumbrija*77

UEMO DOKUMENTI

Sprječavanje izgorjelosti na poslu među liječnicima obiteljske medicine
 Pripremio *Hrvoje Tiljak*79

IZVJEŠĆA I NAJAVE

Izlaganje na proslavi 80 godina Škole narodnog zdravlja80

15. Balintov kongres Medicine, Evidence and Emotions 50 years on...,
 Lisabon 2007.81

Posjet RCGP-u (Royal College of General Practitioners); London, UK82

Izvešće sa sastanka Europskog udruženja za kvalitetu u općoj/obiteljskoj
 medicini (*European Association for Quality in General Practice/Family
 Medicine, EQuiP*) Pariz, 16-17. listopada 2007.83

Izvešće s predkonferencije Vasco da Gama, WONCA Pariz, 2007.84

Što je VDGM EUROPE i kakva je uloga Udruge specijalizanata obiteljske
 medicine Hrvatske?85

Posjet nizozemskim kolegama po pozivu (LOVAH-a) (nizozemske udruge
 specijalizanata)87

Izvešće sa sastanka UEMO – Toledo 2007.88

Izvešće sa VII. kongresa HDOD-HLZ sa zaključcima89

Međunarodni kongres medicine za svakodnevnu praksu, Zagreb,
 11.-12. listopad 2008.91

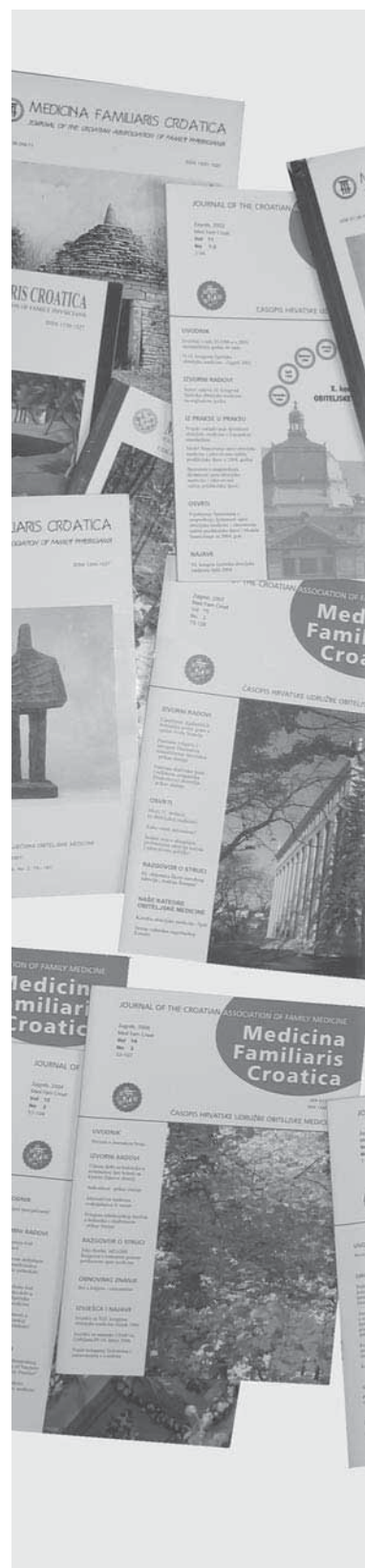
NAŠE KADRE OBITELJSKE MEDICINE

Sretan rođendan zagrebačkoj Katedri - nastavak stripa
Želimir Jakšić92

IZ AKTIVNOSTI HUOM-a

Aktivnosti u radu varaždinske podružnice94

Upute autorima96



Petnaest godina našeg časopisa

„U svekolikoj duhovnoj obnovi obitelji i zdravstvena zaštita dobiva svoj drugačiji smisao i nužno ju je organizirati na novi način. Hrvatska udružba obiteljske medicine prihvatila je zadatak reafirmirati obiteljski pristup u organizaciji izvanbolničke zdravstvene zaštite i pokrenuti časopis koji će donositi rezultate takvog rada i unaprjeđivati struku i znanje naših liječnika obiteljske medicine” napisao je 1993. u prvom broju *Medicina familiaris Croatica* sada već nažalost pokojni prof. dr. sc. Antun Budak .

Časopis je nastao kao nastavak tradicije izdavanja časopisa opće/obiteljske medicine „Praxis medici” koji je po uredništvu i većini sadržaja bio hrvatski časopis uređivan i tiskan u Zagrebu od 1970. godine sve do Domovinskog rata 1991. Njegovi urednici bili su nadasve cijenjeni stručnjaci liječnici opće medicine, prim.mr.sc. Viktor Lemaić, dr.med.; prim.mr.sc. Velimir Lojda, dr.med. i prim. Danimir Bartolović, dr.med .

Od 1993. do 1999. urednica *Medicina familiaris Croatica* bila je dr.sc. Marija Vrca Botica, dr. med., čiji je doprinos u nastanku i stvaranju časopisa od neprocjenjive vrijednosti. Njezina je uloga bila tim veća jer su u prvih par brojeva objavljeni radovi vezani uz rat i njegove posljedice koje su i na ovaj

način ostale trajno obilježene. Od 2000. do 2004. urednik je bio doc.dr.sc. Hrvoje Tiljak, dr.med., a od 2005. urednica je prim. Rajka Šimunović, dr. med.

Časopis izlazi dva puta godišnje a do sada je objavljeno oko 130 stručnih radova naših kolega liječnika opće/obiteljske medicine iz cijele Hrvatske, brojni osvrti i izvješća sa svih stručnih skupova iz zemlje i inozemstva. Zabilježena su sva značajna zbivanja i obljetnice vezane uz opću/obiteljsku medicinu. Izašla su i dva tematska broja jedan s temom „Diabetes mellitus” a drugi sa sažecima radova 10. kongresa liječnika obiteljske medicine na engleskom jeziku. Objavljeni su članci u svrhu obnove i provjere znanja, te prikazi rada nekih naših ambulanti.

Časopis je značajan jer omogućava brojnim mladim kolegama da se prvi puta iskušaju u pisanju stručnih radova. On prati i bilježi sve naše aktivnosti tijekom godine i dokazuje da smo tu, kako smo aktivni i radimo, kako opća/obiteljska medicina opstaje i stoji na čvrstim temeljima usprkos svim nedaćama koje dolaze i prolaze.

Rajka Šimunović, urednica

15. obljetnica Hrvatske udružbe obiteljske medicine (HUOM)

Razgovor s predsjednikom HUOM-a Dragomirom Petricom

Razgovor vodila Rajka Šimunović

RŠ: *Poštovani g. predsjedniče, kada je osnovana Hrvatska udružba obiteljske medicine, koji su razlozi njezina nastanka te što je predhodilo osnivanju?*

DP: Osnivači HUOM-a su specijalisti opće/obiteljske medicine koji su na poziv inicijativne grupe koja je formirana tijekom održavanja Simpozija „Obiteljska medicina-da ili ne?“ u svibnju 1992. godine u Zagrebu, osnovali Hrvatsku udružbu obiteljske medicine 19. rujna 1992. god. kada je održana osnivačka skupština. Jedan od temeljnih razloga osnivanja je osvijestena potreba za udruživanjem liječnika koji su skrb za obitelj izabrali kao životni poziv.

RŠ: *Kakav je značaj imalo osnivanje Udružbe za našu struku početkom 90 -tih godina?*

DP: Treba se sjetiti u kakvom se okruženju sve događalo. Dolazak na osnivačku skupštinu usprkos ratu i opasnom putovanju iskaz je ljubavi prema struci koju je teško opisati i meni će zauvijek ostati u sjećanju. Proći će nažalost dugih 10 godina dok ideja neophodne doedukacije ponovno ne zaživi kroz „Projekt usaglašavanja“.

Da bi se razumjelo zašto je Hrvatska udružba obiteljske medicine osnovana i čemu teži, potrebno je kazati što je to uopće obiteljska medicina. To je posebna medicinska disciplina koju se ne smije poistovjetiti s općom medicinom. Ona zahtijeva znanja i vještine koje temeljni liječnik nema. Obiteljska medicina se bavi zdravljem i bolestima kod pojedinaca tamo gdje oni žive. To podrazumijeva skrb za obitelj u zdravlju i u bolesti. Iz toga slijedi najvažnije, **obiteljska medicina se ne bavi prvenstveno bolešću organa, poput kliničke medicine, niti**

zdravstvenim potrebama zajednice, kao javno zdravstvo, već bolesnikom kao cjelinom i to u sklopu njegove obitelji.

RŠ: *Od prvog dana Vi ste na čelu HUOM-a. Što znači biti predsjednik jedne takve organizacije? Koja je njegova uloga i zadaci?*

DP: Velika je čast biti predsjednik naše udružbe, posebno kada se nađete u prigodi sudjelovati u radu međunarodnih organizacija i kada ih možete podsjetiti kako je Hrvatska možda mala ali je iznjedrila ideje koje su u temeljima današnje obiteljske medicine u svijetu poput grupne prakse, što je zapravo Štamparovski dom zdravlja, ili neophodne doedukacije koja je prva u svijetu započeta upravo u Hrvatskoj 1961. Na žalost skloni smo dobre ideje ne pretvoriti u završene projekte.

Upravo želja da se utječe na promjene u zdravstvenom sustavu i pomogne kako kolegama u prigradskim, seoskim i otočkim sredinama, koji su oduvijek i bili obiteljski liječnici, samostalni ali i usamljeni u svome radu, tako i kolegama u gradovima koji zbog blizine bolnica i drugačije organizacije primarne zdravstvene zaštite u gradu najčešće nisu bili u prilici skrbiti za cijelu obitelj, nagnala nas je da se strukovno organiziramo. Paradoksalno je da liječnika specijalista opće/obiteljske medicine ima u Hrvatskoj više od svake druge medicinske specijalnosti, ali zbog svoje izoliranosti u ordinacijama i neorganiziranosti kao struke, nikada nisu uspjeli zaista ostvariti ulogu obiteljskog liječnika kao nositelja zdravstvenog sustava, sustava u kome se za manje novaca dobiva kvalitetnija zdravstvena zaštita, što su uočile gotovo sve zemlje, pa i one daleko bogatije od naše.

Spoznaja da nije dovoljno znati da si u pravu, već da u to treba uvjeriti one koji odlučuju o ustroju sustava, navela je nekolicinu kolega da organiziraju strukovnu udružbu obiteljskih liječnika u kojoj bi se zajednički borili za promidžbu obiteljske medicine.

RŠ: *Kako je organiziran i kako funkcionira HUOM i koji su mu ciljevi?*

DP: HUOM je organiziran po sustavu podružnica, u pravilu na terenu pojedine županije. Predsjednici podružnica tvore Izvršni odbor. Na svakih 10 članova podružnice bira se jedan delegat Skupštine.

Ciljevi HUOM-a su:

- poticanje i sudjelovanje u znanstvenom, stručnom i edukativnom radu na području opće i obiteljske medicine, njihovu unapređenje, razvoju i podizanju kvalitete rada u zdravstvenoj zaštiti pučanstva.
- povezivanje svih liječnika specijalista opće i obiteljske medicine, okupljanje istih na razvoju prakse i znanosti u obiteljskoj medicini, te povezivanje sa sličnim strukovnim udrugama u svijetu.
- stvaranje modernog obrazovnog sustava koji će omogućiti razvoj obiteljski koncipirane medicine i zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.
- razvoj prakse obiteljske medicine, njeno humaniziranje i razvoj etičkih principa.

Želim ponoviti kako je **osnovna zadaća HUOM-a struka kao takva**. Sindikalna borba i ugovaranje su zadaci Sindikata i Komore.

RŠ: *U početku razvoja raspravljalo se o tome postoji li jasna razlika između liječnika opće medicine i liječnika specijalista opće/obiteljske medicine. Govorilo se da liječnik nakon završenog staža ne može samostalno raditi. Nažalost i dan danas liječnik nakon završenog staža može u općoj medicini samostalno raditi. Što je učinjeno u tom smjeru?*

DP: Cijelo ovo razdoblje se u HUOM-u provlačila rasprava o tome postoji li jasna razlika između liječnika

opće medicine (LOM) i specijalista opće/obiteljske medicine (SOM). Naše osnovno polazište je da je LOM temeljni liječnik, a da bi radio samostalno s obitelji mora završiti dodatnu edukaciju (sadašnja specijalizacija). Mišljenja smo da bi isto trebalo važiti i za opću/obiteljsku medicinu, kao što važi za druge liječnike, da nakon staža liječnik ne može samostalno raditi na poslovima klasičnih specijalista bez dodatne edukacije (specijalizacije). Neprihvatljivo je da se sa završenim fakultetom, par tjedana nastave iz opće medicine i stažem od 1,5 mjeseca u općoj medicini dozvoljava samostalni rad, pogotovo na terenu. Iako je takav pristup do sada opstajao, pitanje je kvalitete (nivoa obrade) i cijene takvog rada. Najjeftinije je ono zdravstvo u kojem dobro funkcionira primarna zdravstvena zaštita, a samo dobro educirani LOM (tj. SOM!!!) može kvalitetno preuzeti odgovornost liječenja obitelji i time smanjiti troškove sekundarne i tercijarne zaštite. Liječnik opće medicine sa stečenom naobrazbom tijekom studija nije osposobljen za obiteljsku medicinu i kompletnu primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ), pa može raditi samo kao liječnik sekundarac. Stoga se svim liječnicima koji se opredijele nakon studija ostati u PZZ mora omogućiti obvezna specijalizacija iz obiteljske medicine. Sadašnjim liječnicima u PZZ treba dozvoliti da nastave s radom, ali uz definiranje spektra usluga koje smiju vršiti i obvezu da u određenom roku završe potrebnu doedukaciju za rad s kompletnom populacijom.

U želji da i konkretno doprinesemo željenim promjenama, izradili smo prijedlog „Dijagnostički i terapijski postupci za koje je educiran specijalist opće medicine” kao i „Normative za opremu ordinacije obiteljskog liječnika”.

Nepostojanje razlike u glavarini između temeljnog liječnika i specijaliste opće/obiteljske medicine, odnosno minimalna razlika kasnije uvedena, pokazuje nerazumijevanje ili čak namjerno izjednačavanje educiranih i temeljnih liječnika. Valjda bi trebalo biti jasno da se znanje i vještine stečene specijalizacijom očituju u praksi kvalitetnijim radom, većim postotkom riješenih tegoba pacijanata, dakle direktnom uštedom za Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO).

Zbog toga je u Europi i doedukacija obavezna. U sve skupljem sustavu zdravstva trebao bi biti prioritetni cilj HZZO-a, kao jedinog osiguravajućeg društva, što bolje educirati one kojima daje pravo na trošenje. A događa se upravo suprotno, destimuliraju se oni već educirani!!

Žalostno je što sustav ni dan danas nije prepoznao potrebu za obaveznom doedukacijom temeljne struke u sustavu za samostalan rad, poput svih ostalih struka. Samo obavezna doedukacija/specijalizacija izdvaja struku kao takovu, onemogućava prelijevanje i despecijalizaciju bolničkih liječnika i osigurava temelj za napredovanje obiteljske medicine, ali i za kvalitetniju zdravstvenu zaštitu.

Obiteljski liječnik zbog svoje specifične edukacije okrenute osobi, obitelji, a ne patološkom procesu, predstavlja prirodni centar oko kojega se trebaju okupljati ostali sudionici u skrbi bolesnika. Kako bi se to i realiziralo, potreban je jasan cilj i profil stručnjaka obiteljske medicine, te značajna promjena u stavovima, kako bolničkih specijalista, tako i osiguravajućeg zavoda

RŠ: *Kakvu je ulogu odigrao HUOM u prijedlogu i započinjanju nove specijalizacije iz obiteljske medicine?*

DP: HUOM je bio onaj koji je osigurao u pregovorima barem djelomično plaćanje školarine kada su drugi već odustali i pomirili se s obavezom da specijalizirati sami plaćaju školarinu. Nismo željeli potpisati Sporazum dok nije stavljena i klauzula kako će se izjednačiti s ostalim specijalizantima. To doduše nije ispoštovano u dijelu školarine, ali u ostalom jest. Šteta što nismo uspjeli postići da specijalizacija postane obavezna za samostalni rad, barem za generacije koje tek dolaze.

RŠ: *HUOM je pokrenuo izdavanje časopisa Medicina familiaris Croatica kao i organiziranje simpozija koji su kasnije prerasli u kongrese obiteljske medicine. Objasnite nam značenja ove publikacije i kongresa za našu struku.*

DP: Medicina familiaris Croatica, koji redovito izlazi dva puta godišnje, i gdje je do sada objavljeno mnogo

izuzetnih radova, a ujedno je i spona među nama, vrela obavijesti i nešto čime se možemo dičiti.

Nakon samo dvije godine postojanja HUOM-a organiziran je i prvi simpozij obiteljske medicine. Njegova organizacija svake godine u drugoj županiji je ne samo želja za sve boljim upoznavanjem svoje domovine, već i prilika da se kolege u pojedinim podružnicama bolje upoznaju i organiziraju. Zbornik radova svake godine obuhvaća jednu tematsku cjelinu, postajući priručnik za proširenje znanja iz pojedine oblasti. Osnovna postavka je da napokon obiteljski liječnici mogu prenositi iskustva jedni drugima. Naša znanja i vještine tvore struku za sebe, struku kojoj treba i naše znanstveno promišljanje. Stoga su i članovi Udružbe sudjelovali u pisanju prvog priručnika obiteljske medicine

RŠ: *Postoji li suradnja HUOM-a i sličnih organizacija iz drugih europskih zemalja? Jesmo li članovi WONCA-e i od kada?*

DP: HUOM je član svjetskog udruženja obiteljske medicine od 1994., a 1995. je bio i jedan od osnivača WONCA-e Europe u EU parlamentu u Strasbourgu.

RŠ: *Primarius Petric, Vi ste i predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu Hrvatske liječničke komore. Kolegama često nije jasno koja je uloga ovog povjerenstva Komore, a koja HUOM-a?*

DP: Povjerenstvo za PZZ HLK prvenstveno pokušava riješiti probleme kolega pravne i organizacijske prirode koristeći službe Komore i njenu poziciju u strukturi zdravstvenog sustava. Moram podsjetiti kako je zbog dokidanja prava na suglasnost na akte Ministarstva i HZZO-a koje je ukinuo Sabor na prijedlog tadašnjeg ministra prof. Hebranga Komori preostalo samo davanje mišljenja, a svi znamo koliko se ono uvažava. Dok vlast ne shvati kako je za sve u sustavu veoma bitna uloga Komore kao predstavnika onih koji sustav i nose, teško je očekivati boljitak jer će on i dalje ovisiti o promjenjivosti politike i sve će se odluke donositi na najduži rok od 4 godine. Stoga je uloga HUOM-a kao strukovne organizacije veoma važna. U HUOM-u se

promišlja struka, a u Komori pokušavaju izboriti mehanizmi za ostvarenje tih ciljeva.

RŠ: Kakvo je Vaše viđenje današnjeg položaja liječnika opće/obiteljske medicine?

DP: Sve navedeno je samo nastavak tradicije obiteljskih liječnika u Hrvatskoj, nadamo se, sada bolje organiziranih, kako bi mogli uspješno odgovoriti na nove izazove koje pred njih postavlja reorganizacija zdravstvenog sustava. Po prvi puta nam se daje mogućnost da kroz kontrolu uputnica i recepata pokažemo koliko smo zaista kvalitetni i koliko smo u stanju svojim znanjem i vještinama doprinijeti poboljšanju zdravstvene skrbi, kao i smanjenju troškova. Zbog ukorijenjenih navika korištenja polikliničke službe u gradovima, trebat će mnogo truda i zajedničkog djelovanja da se te navike promijene, na dobrobit svih. Posebno treba naglasiti potrebu za strukovnim organiziranjem posebno u hrvatskom modelu privatizacije PZZ („zakupizacija“), kada je neminovno moralo doći barem u početku, do još veće izoliranosti pojedinih liječnika.

Osamljenost obiteljskih liječnika u svojim ordinacijama, i ranije izražena, sada je potencirana privatizacijom. Nerazvijeni mehanizmi dogovaranja zbog naviknutosti na odluke „od gore“, povlašteni položaj doma zdravlja, unatoč prosvjeda zbog nametnutih ugovora (neprihvatljive situacije „plati račune ili otiđi“), nedostatak sredstava za održavanje, jer se novac od najma ordinacija ne troši u zakupljenim ordinacijama, nego na plaćanje troškova i dohodak preostalih zaposlenika domova zdravlja, razlozi su za još izrazitije izoliranje kolega. Tek sporadično se probija ideja grupne prakse, što ne iznenađuje, jer je veoma teško stvoriti potrebnu koheziju u grupi koja se slučajno zatekla zajedno. Iskustva pokazuju da se grupne prakse stvaraju godinama okupljanjem oko zajedničkih interesa (ne samo novac, već slični pogledi na način rada). Uočena je i razlika u pristupu pacijenata „pravim privatnicima“ i „zakupcima“ iako je razlika samo u vlasništvu nad sredstvima za rad. A jedni i drugi su pravno izjednačeni - ugovorni liječnici Hrvatskog

zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO-a) ili jasnije svi su privatni ugovorni liječnici.

Plaćanje dodatnih usluga je potpuno razumljivo u privatnim ordinacijama, dok se u zakupljenima javlja i problem naplate potvrda koje služe za sticanje dodatne imovinske koristi pacijenata (npr. iznajmljivanje apartmana) i po zdravoj logici ne bi trebale biti obuhvaćene osnovnim zdravstvenim osiguranjem! Na žalost sustavno inzistiranje kako je u PZZ sve besplatno za pacijente, osim naplate I-IN na zahtjev pacijenta, razlog je za sve izrazitije odustajanje od bilo kakvog unapređivanja rada. Teško je očekivati kako će liječnici ulagati u opremu, npr. ultrazvuk ili EKG, ako tu opremu ne mogu isplatiti kroz primjerenu naplatu usluge.

Zadržati i unaprijediti kvalitetu rada (J.T.Hart - količina vremena odvojenog za konzultaciju je naša moneta) znači ne proširivati listu preko 1700-1800 pacijenata. Ekonomski je to moguće, ako se želi i održavati/nabavljati nova oprema, jedino uz dopunsko osiguranje pacijenata. U ekonomski iscrpljenim sredinama, kao i u onima u kojima je besplatna zdravstvena zaštita nešto što se podrazumijeva već više od 500 godina (prvi od grada plaćeni liječnik pružao je besplatnu zaštitu pučanstvu Hvara još 1476.) to je teško provediv model.

Stoga je jedina mogućnost održavanje i podizanje kvalitete zdravstvenih usluga **kroz izvršene programe zdravstvene zaštite plaćene od HZZO-a**. U protivnom će broj pacijenata na listama rasti na uštrb kvalitete. Kako je broj stanovnika definiran, nekorektna konkurencija i ulagivanje pacijentima će neizostavno postati svakodnevnica.

Cijeli sustav se sveo samo na borbu za što veći broj pacijenata kao jedini pokazatelj kvalitete! Pa zar je onda čudno što se i kvalitetni, educirani liječnici počinjū dvoumiti što raditi. Antibiotici za prehladu i nepotrebne pretrage su potpuno očekivana reakcija onih kolega koji to do sada i nisu radili, kako bi barem zadržali pacijente. Takmičenje „tko lošije“ – u terminima struke – šteti svima (mala kirurgija - kirurg, pacijent i obiteljski liječnik zadovoljni uputnicom, troškove snosi HZZO – kako to nikome ne smeta??)

Neupitno je da i u sustavu zdravstva ima osoba čije kvalitete nisu na visini očekivanoga, kao uostalom i u ostalim strukama, ali je njihovo poistovjećivanje sa cijelom strukom neumjesno.

RŠ: *Svi govore kako obiteljske liječnici moraju biti sposobni samostalno riješiti 75% problema svojih pacijenata! Jesmo li uistinu to sposobni ostvariti?*

DP: U ime velike većine kolega koji pošteno rade svoj posao, a koji su dovedeni u nedopustivu situaciju moralnog izbora između struke i ekonomije, treba naglasiti sljedeće:

Očekuje se da opći/obiteljski liječnik rješava 80% problema svojih pacijenata, kao u svijetu, a zaboravlja se da za to nije školovan!! Samo manji dio liječnika je završio specijalizaciju iz opće/obiteljske medicine, dok su većina temeljni liječnici (samo završen fakultet koji je izrazito klinički usmjeren) ili administrativno imenovani školski liječnici, koji godinama nisu radili s odraslom populacijom. O raznim bolničkim specijalistima koji preko noći postaju obiteljski liječnici bolje je i ne govoriti. Zar je onda čudno da neiskusne kolege posežu za previše konzultacija (bolje nego da su prehrabri u odlučivanju!!), ili prepisuju nalaze kliničara, umjesto da ih koriste kao osnovu za donošenje samostalnih odluka, odnosno da propisuju lijekove a ne da ih prepisuju s nalaza.

Ne upućuje li sve to na pomisao da se temeljna struka zdravstvenog sustava, posebice onog koji se i formalno za takav model zdravstvene zaštite opredijelio, sustavno zanemaruje i unazađuje. Kako inače protumačiti dopuštanje ulaska u sustav ugovornih obiteljskih liječnika i kolegama koje su desetljeća proveli kao citolozi, dermatolozi, onkolozi, anesteziolozi, itd., u bolnicama. Kako su nekada davno završili fakultet, jasno je što mogu znati o radu u populaciji, iako u vrijeme njihovog studiranja čak ni Katedra opće/obiteljske medicine nije postojala!!

Cijelo vrijeme se u odnosima sa Ministarstvom i HZZO-om govori o našim obvezama, a zamagljuje

stvarne probleme i uzroke trenutnog stanja u PZZ: **neobavezna edukacija i nelojalna konkurencija** – elemente koje mora kontrolirati država kroz Ministarstvo i HZZO, jer ni Komora, ni HUOM za to nemaju ovlasti.

Preširok je raspon normativa u općoj/obiteljskoj medicini (600 – 2500 pacijenata). Ono što je bilo prihvatljivo u ratnim uvjetima kada su normativi donešeni, danas je neodrživo. Normativ bi trebao, umnožen s glavarinom, davati dovoljno sredstava da ordinacija može raditi uz unapređivanje kvalitete rada (što uključuje i zamjene za vrijeme doedukacije i odmora), te nabavku suvremenih materijala i opreme. Sigurno je da sa 600 pacijenata nitko ne može pozitivno poslovati (**prihvća li time HZZO prešutno rad na crno ili mu ta situacija služi kao prijatnja ukoliko kolega/ica postane neposlušan**). Kao što je sigurno da sa 2500 pacijenata nema kvalitetnog rada, ukoliko se radi samo 7 sati (prosjek je 3-4 minute po pacijentu, što je nedovoljno za spoznavanje iole ozbiljnijih problema). **Stimulira li HZZO time liječnike opće/obiteljske medicine da budu prepisivači nalaza kliničara??**

Pojedine kolege pribjegavaju upućivanju pacijenta na daljnje pretrage ili nepotrebno propisuju lijekove jer je daleko više vremena potrebno za objasniti pacijentu da mu nešto što on smatra potrebnim ne samo ne treba, već može i štetiti. Davanje nepotrebnih antibiotika za prehlade najpoznatiji je primjer. Za kvalitetan rad, uz znanje i vještine, neophodno je i vrijeme. Stoga su u svijetu dužinu konzultacije odavno proglasili jednim od 3 mjerila kvalitete rada. Na žalost, kod nas ne postoji svijest o stvarnim mogućnostima opće/obiteljske medicine u gradovima (u otočkim i seoskim sredinama dvojbi nikada nije ni bilo – njihov liječnik zna, može i mora sve). Gradsko stanovništvo, naviknuto na češće korištenje zdravstvene zaštite, pogrešno smatra da je bolnički liječnik umješniji u svemu. Sadašnji sustav to i stimulira. Lakše je, i jeftinije, posjekotinu uputiti kirurgu. Zadovoljan je i pacijent, jer smatra da je to viši nivo usluge. Na žalost, i kirurg misli da mu uputnica donosi plaću. A svi gube.

Obiteljski liječnik struku, pacijent kvalitetnu uslugu svog liječnika kojemu je stalo da ga najbolje moguće zbrine, a kirurg se bavi sitnicama, umjesto da svoje vrijeme posveti ozbiljnim bolesnicima. O troškovima HZZO-a da se i ne govori.

Stav je HUOM-a da je normativ od 1700 pacijenata optimalan. U mjestima gdje postoji dovoljan broj ordinacija ne bi trebalo dopustiti prekoračenje normativa za više od 10%, jer nakon toga kvaliteta rada postaje veoma upitna, odnosno može se održati samo znatno povećanim naporima tima, ali je onda njegov vijek trajanja znatno manji. Iznimno, na terenima bez dovoljnog broja ordinacija, bi taj normativ mogao biti i dalje veći, ali samo do što skorijeg otvaranja novih ordinacija i uz kvalitetno stimuliranje kolega za takav iznimni rad.

Ne postoji minimalni standard zdravstvene zaštite, odnosno popis usluga na koje osiguranici HZZO-a imaju pravo bez dodatne naplate. Kada je sve besplatno i dostupno a jedini kriterij kvalitete našeg rada i osiguranje naše egzistencije postane zadovoljstvo pacijenta, teško se othrvati zahtjevima pacijenta za nepotrebnim pretragama, pregledima ili lijekovima, posebice kada su ti zahtjevi podržani i od kolega iz bolnica.

Nije riješeno što s otočanima koji pola godine žive na otoku a pola u gradu, što sa studentskom populacijom koja dolazi izvan sveučilišnih centara kao ni tko snosi trošak skrbi za turiste. HZZO-u su svi oni osiguranici za koje se moramo skrbiti bez obzira jesu li na našoj listi. Nepošteno prema liječnicima i veoma loše za zdravstveni sustav.

Na liječnike je prebačena sva odgovornost za nedostatke sustava na koje su najmanje oni mogli utjecati. Samo manji broj kolega je za sada u strahu od gubitka pacijenta podlegao nekritičnom radu, ugađanju pacijentima po svaku cijenu, gubljenju sebe i kao stručnjaka i kao osobe. Ne uradi li se nešto na rješavanju iznesenih problema, bojim se da će taj broj rasti. Tržišni mehanizmi su nemilosrdni i bez kontrole uvjeta pod kojima se odvijaju, ne donose uvijek boljitak kao nešto razumljivo samo po sebi.

RŠ: Ima li HUOM kakvih prijedloga za izlazak iz ovakove situacije?

DP: Kako bi pokazali da nismo samo kritizeri, dati su i prijedlozi od kojih navodim samo neke:

Ograničiti broj osiguranika po liječniku na 1700 (+ 10%) u gradovima, što bi trebao biti maksimum – iznimke su otoci i izolirane sredine – te sredine bez dovoljno liječnika, gdje bi Ministarstvo trebalo stimulirati otvaranje novih ordinacija – samo tamo!!.

Ne zapošljavati nove liječnike na mjesto umirovljenih u gradovima, dok se ne postigne standard 1700 osiguranika po liječniku. Time se i djelomično rješava problem dvaju liječnika u jednoj ordinaciji.

Utvrđiti obvezu doedukacije za samostalan rad u općoj/obiteljskoj medicini. Jasno da je drugačiji stav prema kolegama koji dugo rade na selu ili na otocima nego prema tek diplomiranim. Bez **obvezne** doedukacije liječnika koji se bave općom/obiteljskom medicinom za samostalan rad, sva očekivanja su besmislena, može se očekivati samo slabiji rad već educiranih liječnika razočaranih uravnilovkom.

Želim ponoviti kako je **osnovna zadaća HUOM-a struka kao takva**. Sindikalna borba i ugovaranje su zadaci Sindikata i Komore.

Za struku je najvažnije izdržati vremena otuđivanja, administrativnog manipuliranja, zapostavljanja i nerazumijevanja. Opća/obiteljska medicina je temelj svakog zdravstvenog sustava, htjeli to neki priznati ili ne. Na nama je da nastavimo s razvijanjem struke kroz stalna opažanja i proučavanja u svom svakodnevnom radu, kroz organizirana znanstvena istraživanja i kroz znanstvene skupove. Medicina familiaris Croatica je medij za razmjenu ideja, usklađivanje stavova i treba ga što više koristiti. Potrebno je znanstveno dokazivati svoje stavove, ali kroz realno sagledavanje, otvorenost i prihvaćanje kritike. Ekonomske neprilike mogu biti, i jesu, otežavajuća okolnost, ali ne smiju biti zapreka za napredak struke. **Stoga je osnovna zadaća**

HUOM-a izboriti obvezu edukacije za sve liječnike koji žele samostalno raditi u obiteljskoj medicini. Samo vrhunski obrazovani i za opću/obiteljsku medicinu životno opredijeljeni liječnici mogu ostvariti ideju kvalitetne skrbi.

Uz obaveznu edukaciju za samostalni rad kao preduvjet izdvajanja struke kao takove jako je važno promijeniti i sustav plaćanja. Glavarina je stimuliranje nerada i nepravedno prelijevanje troškova održavanja ordinacije koji nisu vezani za broj osiguranika u skrbi. Stoga kao drugi cilj HUOM-a treba biti ostvarivanje plaćanja fiksnih troškova ordinacije („hladni pogon“) svakom liječniku koji sklopi ugovor s HZZO-om. Nedopustivo je pokrivanje troškova ordinacije iz vrijednosti rada liječnika. Uz fiksne troškove treba osigurati i dio sredstava za rad ordinacije koji su sukladni broju osiguranika u skrbi kroz vid glavarine.

Kako bi osigurali stimulaciju liječnika za unapređivanje kako opreme ordinacije tako još više njihovih znanja i vještina neophodan je udio plaćanja dijela usluga povećati (sada samo nekoliko, potplaćenih i do preniskog limita).

Kao zadnji dio svakako treba uključiti i plaćanje pojedinih programa, sukladno potrebama društva i preporukama struke.

Šteta je što je to sve već jednom dogovoreno, čak i svečano potpisano. Nikada Sporazum nije službeno poništen, samo se ne poštuje i ne provodi. A bio je zaista, i još uvijek jeste, najviši domet u promišljanju i organizaciji struke.

RŠ: Ima li HUOM stav i mišljenje o informatizaciji naših ordinacija? Koje su preporuke kolegama?

DP: Informatizacija je nužnost današnjice. Studenti lakše dolaze do informacija na internetu nego iz knjiga. Obrada podataka je nemoguća bez računala. Ne vjerujem kako kolege ne razumiju potrebu za informatizacijom, već sam mišljenja kako im, kao i meni, puno više smeta neosjetljivost odgovornih za naše probleme, kako financijske jer moramo

kreditirati državu, tako i radne, jer se teško naučiti na novi medij, tražiti slova po tipkovnici dok pacijent čeka. Možda ih također smeta što je to obaveza koja se nama nameće pod prijetnjom kazni dok kolege u bolnicama još nisu svi dobili ni starinske pisače mašine pa je nalaze katkada teško i odgonetnuti.

Informatizacija sustava mora krenuti od nas, što prije obuhvatiti ljekarne i specijalističko konzilijarnu zaštitu. Šteta je što se toliko oteglilo njeno provođenje, što je zbog privida demokracije u sustav pušteno previše programskih rješenja i na leđa liječnika koji u najvećem broju ne razumiju i ne žele razumjeti računala prebačena odgovornost izbora nečega o čemu malo znaju i odgovornost ukoliko ta rješenja nisu dobra. Kada je već država odobrila programska rješenja, trebala se pobrinuti i da zaista sva zadovoljavaju barem minimalne standarde poštenog odnosa. Pri tome na prvom mjestu mislim na mogućnost preuzimanja podataka iz pojedinog programa i prenošenja istih u drugi program, kao i osiguranje dostupnosti podataka i pohrane podataka u svakom trenutku kada to liječniku koji ih je i napravio zatreba. Ukoliko podaci nisu na računalu liječnika, država je dužna osigurati njihovu sigurnost ne samo kada se nalaze na serverima HZZO-a već i na privatnim serverima koje je svojom licencom preporučila.

Što skorije treba donijeti i Zakon o medicinskoj dokumentaciji kojim se točno utvrđuje njezin sadržaj i način pohrane.

Sadašnje šarenilo zapisa o posjetama i pregledima pacijenata treba ujednačiti usvajanjem standardnog elektronskog kartona koji bi trebao biti isti, neovisno o programskom rješenju kojim se koristimo. Time bi se riješio i problem seobe pacijenata jer bi zapisi bili sadržajno isti i samo bi ih trebalo preuzeti sa CEZIH-a.

RŠ: Možete li nam reći što radite na Katedri za obiteljsku medicinu u Splitu?

DP: Jedan sam od osnivača Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu,

danas tajnik Katedre i predavač na kolegiju obiteljske medicine. Veliko mi zadovoljstvo pričinja činjenica što smo po ocjenama studenata godinama među prve tri katedre na fakultetu.

RŠ: *Kako stignete kvalitetno obaviti ovoliko posla, rad u Vašoj ambulanti, nastava na fakultetu, aktivnosti u HUOM-u i Komori? Nije li Vam prenaporno? Pronađete li ipak malo vremena za*

sebe, obitelj, „odlazak u ribarenje” za koji čujem da Vas najbolje opušta?

DP: Teško je sve uskladiti, ali zahvaljujući razumijevanju kolega kada je dogovaranje sastanaka u pitanju, najčešće petkom navečer i subotom ujutro, nastavi koju obavljam utorkom i četvrtkom kada radim ambulantu popodne, obitelji koja razumije kako se katkada moram i odmoriti, ima nedjelja kada se dogodi donekle lijepo vrijeme i tada zaista pobjegnem od svega na par sati „terapije morem”.

Medicina familiaris Croatica, 15 godina prije...

Viđenje prve glavne urednice

Najprije čestitke i zahvalnost svima koji su učinili da Medicina familiaris Croatica izlazi punih 15 godina.

Pripreme i dogovori o časopisu počeli su na inicijativu pok. profesora Antuna Budaka, u ratnim uvjetima 1992.-1993. godine. Zašto? Puno je razloga. Ni tada kao ni danas uloga obiteljskog liječnika u zdravstvenom sustavu nije bila prepoznata. Ali, osjećalo se da je struka naprosto bila „nabrekla” od znanja, iskustva - nakon nekoliko desetljeća provođenja specijalizacije. Bilo je to vrijeme zajedničkog rada vrlo kvalitetnih specijalista koji su nam bili uzori, svoje znanje međusobno su izmjenjivali i prenosili mlađim kolegama: Lojda, Bartolović, Starčević, Dasović, Materljan, Bartolić, Lovasić i još mnogi drugi. Vrijeme je prvih naših profesora: Grahovac, Jakšić, Budak, Šimunić, Peršić. Udio specijalista opće medicine dosezao je u nekim razdobljima i do 70% liječnika opće medicine. Izvana su dolazili povoljni glasi o položaju obiteljskog liječnika u razvijenim zdravstvenim sustavima. Istovremeno, bilo je to vrijeme zanosa samostalne Hrvatske na svim razinama. I u tim uvjetima nije trebalo puno da izađe prvi broj časopisa i da se održi prvi kongres obiteljske

medicine u Varaždinu, potom u Splitu, Bjelovaru... Kako smo se samo radovali kad je časopis dobio ime, kad je izašao prvi broj! Ne mogu ne spomenuti kolege koji su putovali čitav dan, obilazeći okupirane teritorije, na sastanke Hrvatske udružbe obiteljske medicine (HUOM) u Zagreb: Hrvoje Vuković, Liborio Polanda, Josip Buljan, Maja Pacovski, Dragomir Petric. Zatim su tu Mirica Rapić, Josip Lončar, Mirjana Korman, pa Mazzi, Matijašević, kasnije Tadin. Na žalost, ali i ratu uprkos, tematika prvog broja bila je: *Obiteljski liječnik u ratnim uvjetima u Hrvatskoj*. U drugom broju: *Obiteljski liječnik u radu s izbjeglicama i prognanicima u Hrvatskoj*. Objektivni čitatelj, danas nakon 15 godina kad čita te radove, može vidjeti pismenost struke na zavidnoj razini.

Nakon prvog zanosa, i iznimne unutarnje snage koja nas je nosila, postupno je bivalo sve teže. Kako su se pisali radovi? Najprije je trebalo postaviti i dizajnirati istraživanje, zajedno s kolegama oblikovati rad za tiskanje, organizirati recenziju i objavljivanje. Za svaku kunu sponzorstva trebalo je obići nekoliko tvrtki, otposlati nekoliko dopisa, nadati se pomoći. A tehnički

problemi su bili vrlo složeni i gotovo nezamislivi u odnosu na današnje mogućnosti. Na kapaljku je bilo mobitela, elektronske pošte. Koje su samo koverte i diskete stizale, a koliko ih je poslano!? Kad već spominjem imena bilo je autora čiji su radovi mogli odmah u tisak. Spomenut ću samo radove Magdalene Nardelli sa vrlo interesantnom problematikom obiteljske medicine na otocima. Tu je pismeni znalac Rikard Perinović, pa Liborijo Pollanda, Dinko Novaković o nefrotskom sindromu, i drugi.

No ubrzo se osjetilo da je zaustavljena specijalizacija obiteljske medicine. Nove snage se nisu školovale, nove ideje nisu stizale. Mahom se pojavljuju ista imena, isti ljudi, bez većeg izazova i konkurencije, bez svježih ideja i snažnijih poticaja... Na žalost, i broj se specijalista prirodnim odljevom smanjivao.

Sada, iz pristojne udaljenosti od tog vremena, uočljiv je znatan zamor, zasićenje, stagnacija. Posljedice zaustavljanja specijalizacije su sve više dolazile do izražaja. Sve to, i još štošta drugo zateklo nas je nepripremljene, a donekle i „slabašne” za silnu dinamiku našeg vremena. Dolazi zatim pravno nedorečena i nikad završena „zakupizacija”. Počeli smo se baviti sindikalnim i pravnim problemima. U svemu tome nismo se baš najbolje snalazili. Dolazi do jačanja financijske moći HUOM-a, pomalo se stvaraju „zvijezde”. Pojedincima je tijesno u jednoj udruzi. Javljaju se međusobne razmirice i podjele na više udruga, više kongresa, a jedva smo bili dorasli za jedan kongres i jednu udrugu. Struka se pomalo gubi. Mislim da je prvi udar doživio časopis. Danas vidim da smo tu najviše izgubili. A trebalo je baš na tom području učiniti više: i dati podršku, i veće aktiviranje za vrsne radove. Svi oni koji su kasnije radili i uređivali časopis znaju koji je to mučan i iscrpljujući rad. U tome strahovitom ritmu – a da se ne izgubi kvaliteta - izdržati mogu samo zaljubljenici struke, marljivi i ustrajani, kolegijalni i predani.

Umjesto toga, počelo je iscrpljivanje oko nebitnih stvari, uglavnom vezanih za vanjštinu, primjerice izgled korica, reklame. Jasno da se u tome kritična masa za kvalitetne radove znatno smanjivala. Time je i struka postupno gubila svoj identitet, sukus. Pojedinci više nisu imali sigurnost pripadanja cjelini – obiteljskoj medicini.

Svršetkom devedesetih u svijetu se u našoj struci sve više počinje pisati, i to prvenstveno o znanosti u struci, o potrebi istraživanja sofisticiranih tema kao što su: posjet, sadržaj posjeta, kvaliteta konzultacije, modeli edukacije studenata i specijalizanata, o profilu liječnika obiteljske medicine, smjernice da ili ne, nova uloga u menadžmentu kronične bolesti, kućno liječenje, komorbiditet i niz drugih tema specifičnih za obiteljsku medicinu. A kod nas, osim katedre obiteljske medicine, čini se da nije više bilo kritične mase u struci koja bi se mogla uhvatiti ukorak s novim izazovima viđenim u svjetskim istraživanjima. Nakon gotovo deset godina uređivanja časopisa i sama sam se ponešto odmakla od našeg viđenja ove problematike. Sebe sam više vidjela u znanosti u obiteljskoj medicini nego li u časopisu u novonastalim uvjetima. Bila je teška i spoznaja da se u neko dogledno vrijeme ništa ne može pomaknuti nabolje.

I naposljetku: hvala Hrvoju koji je bio glavni urednik nakon mene, a posebno Rajki na dugogodišnjoj ustrajanosti i nemjerljivom trudu. Nadam se da će ova nova generacija specijalista časopis dignuti na razinu citiranosti, da će se osjetiti veliki priljev specijalista obiteljske medicine, da ćemo uspjeti da izlazi barem četiri puta godišnje. Kolege to duguju svima onima koji su zaslužni za novo pokretanje specijalizacije, koji se nesebično daju za edukaciju. I na kraju to je naša obveza u prigodi *petnaeste obljetnice* izlaženja naše Medicines familiaris Croatica.

Marija Vrca Botica

Riječ drugog urednika časopisa

Urednik časopisa „Medicina familiaris Croatica“ sam bio od 2000. do 2004. godine. Uredništvo sam naslijedio od kolegice Marije Vrce Botice, a predao ga kolegici Rajki Šimunović.

Moglo bi se reći da su postojala dva temeljna izvorišta mog shvaćanja uređivačke politike. Jedno se temeljilo na tradiciji znanstvene i stručne publicistike zagrebačke škole opće medicine. Po tom viđenju uređivanje časopisa nisam naslijedio samo do kolegice Marije Vrce Botice, nego i od kolega Danimira Bartolovića, Viktora Lemaića i Velimira Lojde koji su uredili i izdali 20 volumena časopisa „Praxis medici“ od 1970. do 1990. godine. Časopis je bio službeno glasilo tadašnjeg Udruženja liječnika opće medicine Jugoslavije, ali je tijekom 20-godišnjeg izlaženja uvijek bio uređivan u Zagrebu. Osebujan format časopisa i neuobičajen izbor rubrika predstavljali su jednu od mojih trajnih inspiracija pri uređivanju časopisa.

Drugo izvorište predstavljali su rezultati ankete provedene među članovima Upravnog odbora izdavača časopisa u skladu s preporukama dobre uređivačke prakse. Vođen obavezom da poštujem želje izdavača časopisa odmah nakon preuzimanja časopisa proveo sam opisanu anketu. Tako sam došao do podataka što izdavač u budućem periodu želi, a što ne.

Osim općih uvjeta prema kojima se izdavač izjasnio za povećanje čitanosti, povećanje broja pretplatnika, za izlaženje u 4 broja godišnje i ispunjenje uvjeta za citiranost u Indeks medicusu, te financijsku isplativost časopisa, anketom se došlo i do drugih važnih podataka vezanih za budućnost časopisa. Izdavač se odlučio da potiče elektronski oblik časopisa na pripadajućoj mrežnoj stranici HUOM-a, da potencira publiciranje radova liječnika obiteljske medicine iz Hrvatske i drugih zemalja, radove koji se odnose na organizaciju i zdravstvenu politiku jednako kao i na aktualne stručne teme. Također, izdavač je izrazio zahtjev za snažnom

kontrolom nad vođenjem časopisa. S druge strane, izdavač se izrazio protiv publiciranja pojedinih radova na engleskom jeziku i protiv objavljivanja radova važnih za druge medicinske specijalnosti.

Što se tiče tematike radova izdavač se odlučio za poticanje radova iz medicinske edukacije, ekonomike zdravstva, kliničke medicine, javnog zdravstva, obiteljske medicine drugih zemalja, te civilnih društva i ljudskih prava (poredano prema važnosti prema rezultatima ankete). Izdavač se izjasnio protiv tema iz bazične medicine i ratne/poratne teme hrvatske medicine.

Konačno, izdavač je kao poželjnu formu časopisa vidio objavljivanje kratkih priopćenja, originalnih istraživačkih radova, prikaze slučaja, izvještaje sa stručnih skupova, pisma čitatelja, pregledne članke, forume, te umjetničke priloge (poredano prema važnosti prema rezultatima ankete).

U skladu s dva opisana izvorišta uređivao sam časopis tijekom 5 godina. Uvedena je rubrika „Iz prakse u praksu“ prema istoimenoj rubrici iz časopisa „Praxis medici“, a dosta prostora je ostavljeno kratkim priopćenjima čiji su autori bili specijalizanti obiteljske medicine. Ipak, moje najdraže izdanje časopisa je imalo potpuno drugačiju formu. Dvobroj volumena 11 izdan 2003. godine ispunjen je tekstovima koji su ilustrirali ono što je predsjednik HUOM-a Dragomir Petric u uvodniku opisao kao „najveći uspjeh HUOM-a do sada“. Tekstom „Projekt usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s Europskim standardima“ opisan je projekt revitalizacije specijalizacije obiteljske medicine – zajednički projekt Ministarstva zdravstva, HZZO-a, Hrvatske liječničke komore, HUOM.-a, Hrvatskog društva obiteljskih doktora HLZ-a, te Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu. U istom broju časopisa objavljen je i tekst „Sporazum o unaprjeđenju djelatnosti opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske

djece“, kao i tekst objašnjenja tog sporazuma kojim se određuje kontrola kvalitete rada i uvjeti za stimuliranje kvalitete rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Sporazum je potpisan između Ministarstava zdravstva, HZZO-a i Hrvatske liječničke komore. Objavljen je i tekst „Model financiranja opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece“ kojim je utvrđena nova osnova za uređenje plaćanja liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zajedno, ta tri dokumenta predstavljali su u tom trenutku opis obiteljske medicine Hrvatske kao dio

europske obiteljske medicine najvišeg dometa. Nažalost, samo dio od tada zamišljenog i dogovorenog je tijekom vremena ostvareno. Međutim, vrijeme izdavanja tog broja časopisa za mene je vrijeme ponosa što sam obiteljski liječnik u Hrvatskoj, što sam član Hrvatske udružbe obiteljske medicine i što sam imao privilegiju uređivati sjajno izdanje „Medicine familiaris Croatica“. Taj osjećaj ostat će zauvijek moje najljepše sjećanje vezano za časopis „Medicina familiaris Croatica“.

Hrvoje Tiljak,

Praxis Medici

Želimir Jakšić

Škola narodnog zdravlja “A. Štampar”

Prvi broj Praxis Medici izašao je 1970. Izdavač je bilo Udruženje liječnika opće medicine Jugoslavije (ULOMJ). U Redakcijskom kolegiju bili su B. Skupnjak, Zagreb, F. Fludernik, Ljubljana, B. Pučaj, Banja Luka, B. Šenderovski, Bitola, L. Bijelić, Beograd i V. Lojda Zagreb. Velimir Lojda bio je glavni i odgovorni urednik, a uredništvo su činili („časopis uređuju“): Božidar Gavazzi, Vladimir Rogina, Velimir Lojda, Danimir Bartolović, Vera Stein i Savo Zlatić.

U povodu prvog broja uredništvo je odredilo kao ciljeve časopisa stručno usavršavanje liječnika opće medicine, informiranje o najnovijim dostignućima medicinske znanosti, praćenje zbivanja na području zdravstvene zaštite u nas. Časopis će izlaziti svaka tri mjeseca, a nastojat će u svakom broju objaviti po nekoliko radova o izabranoj glavnoj temi. Prvenstveno će tiskati samostalne radove liječnika opće medicine, ali i iskustva drugih specijalista koje zanima suradnja s liječnicima opće medicine. Citirana je također odluka Upravnog odbora ULOMJ u kojoj se ističe da će to biti prvi takav časopis u kojem će liječnici opće medicine objavljivati radove o vlastitoj problematici i rasprave o aktualnim problemima, upoznati praksu

kolega u zemlji i inozemstvu, te iskustva o „primjeni dostignuća farmaceutske industrije“.

Kako se moglo i očekivati te dobre namjere nije bilo lagano ostvariti. Većinu prvih napisa činile su simpozijalne obrade tema važnih za praksu, ali uglavnom pisane sa strane specijalista drugih struka. Bili su to nastavni tekstovi: gastrointestinalne bolesti, rak, alkoholizam, odabrana poglavlja iz pulmologije itd. Prvi, objavljeni radovi liječnika opće medicine bili su kraći i bavili se više organizacijskim pitanjima (Organizacija mikrorejona, B. Pučaj, Kućni liječnik i kućne posjete, V. Grahovac, Izvještaj s 5. svjetske konferencije, Z. Dembić, Suzbijanje epidemije tonzilofaringitisa kod omladine na radnoj akciji Sava 67, D. Droždjek, sudsko-medicinski problemi općih praktičara iz Rumunjske itd). Posebni dio činili su članci pod naslovom Terapija u kojima su prikazani lijekovi i njihova racionalna upotreba kod čestih bolesti: hipertenzije, prehlade itd. Napisali su prenijeti iz Biltena Pharmaca i često nepotpisani.

Međutim, već nakon 1-2 godine javljaju se ozbiljni radovi liječnika opće medicine koji se temelje na većim istraživačkim i zdravstveno-političkim projektima. To

su npr. analize slobodnog i radnog vremena liječnika opće medicine (V. Grahovac), planiranje obitelji i kontracepcija (D. Štampar), Sadašnje stanje i potrebe razvoja opće medicine u Hrvatskoj (D. Bartolović, M. i Z. Jovanović, B. Popović, M. Šešo), Rezolucija Ulcinjske skupštine Saveza liječničkih društava Jugoslavije o mjerama za unapređenje opće medicine u zdravstvu SFRJ. Kako projekti postaju veći i složenije radove potpisuje sve veći broj autora, redom liječnici opće medicine, ali i drugi suradnici. Vidi npr. Standardi i normativi u djelatnosti opće medicine (Bartolović D. i sur.), Orijentacija pacijentu u timovima opće medicine (M. Novosel i sur.), Kontinuirano liječenje i mikrorajonski liječnika (T. Dasović i sur.), Pristup organizaciji mikrobiološke dijagnostike (N. Vačić i sur.), Glavobolje (V. Rogina i sur.). Nastavlja se također praksa da se pojedine glavne teme prepuštaju grupama specijalista. Te teme su aktualni izbor onog što se smatralo važnim za stručno usavršavanje, ali i šire medicinske novine tog doba, kao npr. faktori rizika i laboratorijska dijagnostika u općoj medicini, aktualnosti iz sudske medicine, suzbijanje malignih bolesti i sl. Izbor je sličan i na neki način dopuna temama popularnih jesenskih Opatijskih okupljanja, za potrebe kojih se radovi publiciraju u posebnim knjigama (Neurologija, Gerijatrija itd.).

Godine 1976. obilježena je deseta godišnjica ULOMJ: „U toku večeri 16. X 1966. kada je kiša obilno lijevala Zagrebom, liječnici opće medicine iz cijele zemlje donijeli su jednoglasnu odluku da osnuju svoje udruženje... Tijekom deset godina razvila se kolegijalnost, pa i prijateljstvo. Što se vidimo češće, susreti su nam draži...” (D. Bartolović). U časopisu, međutim, premda među autorima ima i kolega iz svih dijelova Jugoslavije, veliku većinu radova pišu liječnici opće medicine iz Zagreba (posebno iz Doma zdravlja Remetinec) i Hrvatske. Godine 1977. počinje i objavljivanje radova koji su svake druge godine bili izabrani za javno predavanje pod naslovom „U čast profesora Ante Vuletića”.

Velik posao je zahtijevao i značajne napore onih koji se okupljaju oko časopisa, što ilustrira jedan od proslova (Praxis medici 1978; 9(2-3):5):

„Ovih nekoliko redova pojavljuje se u povodu devete godine izlaženja časopisa “Praxis medici” i višegodišnjeg rada pojedinih kolegica i kolega.

Tokom godina radilo se kako se najbolje znalo. Sasvim sigurno je da su neka rješenja mogla biti i bolja. No ne zaboravimo da su sve kolegice i kolege na ovom poslu radile u svoje slobodno vrijeme, jasno bez ikakve naknade. Dok je većina naših kolega svoje slobodno vrijeme koristila za druge aktivnosti, hobi ili odmor, skupina entuzijasta uređivala je časopis, “pročešljavala” pretplatnike, pisala adrese na samoljepljive etikete, učestvovala u radu redakcijskog kolegija, obavljala i neke teže fizičke poslove oko transporta časopisa i na drugim poslovima. Neki od kolega, nažalost najavljuju svoj odlazak. Nadajmo se da se to neće ostvariti. U suprotnom to će zahtijevati angažman novih dobrovoljaca koji žele i vole ovaj posao.

Vas, dragi čitaoci, molimo da nam pišete i na taj način s nama surađujete, bez obzira da li ćete poslati pismo iz razloga što nešto nije u redu ili prema svojem mišljenju imate prijedlog za poboljšanje koje od postojećih rubrika ili otvaranja nove.

Unaprijed Vam hvala.

30.V.1978. Prim. Dr Danimir Bartolović

Predsjednik ULOMJ”

Došlo je ipak do djelomične smjene. Od 1979. glavni i odgovorni urednik je Viktor Lemaić, a časopis uređuju Danimir Bartolović, Stjepan Buljan, Višnja Cipek-Marek, Nada Limov, Velimir Lojda, Gordana Marijić, Mirko Palić, Vladimir Rogina, Marija Buljan, koju već sljedeće godine zamjenjuje Marija Štrukelj. Ta grupa je brinula o časopisu i uređivala ga sljedeće desetljeće do zadnjeg broja 1991., kojemu je u proslavu među ostalim D Bartolović napisao:

„Prvi ovogodišnji broj sada je na posljednjoj korekturi. Radi dobrog izgleda časopisa, mi vječni optimisti dali smo izraditi nove klišeje i korice...”

Prelazi okvir ovog napisa da se nabroje svi članci i sadržaji časopisa, što će počekati nekog mlađeg da sačini potpunu bibliografiju. Moj je dojam da se dijelom radi o sadržajima „noviteta” koji tako brzo zastarjevaju

u medicini, ali i o vrlo vrijednim istraživanjima i prikazu prakse koji i danas ostaju aktualnim. Spomenut ću npr. početke grupnog rada s kroničnim bolesnicima, suzbijanje esencijalne arterijske hipertenzije u „samozaštitnoj jedinici”, rezultate rada liječnika opće medicine u medicinskoj edukaciji, radove na perifernoj arterijskoj i venskoj cirkulaciji, ulogu opće medicine u suzbijanju i liječenju alkoholizma itd. Upozoreno je na zdravstvene probleme sezonskih radnika, zdravstvene rizike na selu, krpeljni encefalitis, problem straha od raka, prva iskustva Balint-ovih grupa. O tome se i danas piše, a katkad neopravdano prenose „svježa” inozemna iskustva, a zanemaruju naša vlastita dostignuća i provjerena iskustva. Neki sadržaji mogu biti danas zastarjeli, ali ne i okvir i način na koji se do njih došlo. Dobar primjer je rubrika „Pitanja i odgovori“ koja je vođena u suradnji sa Zavodom za kliničku farmakologiju, Klinike za unutarnje bolesti na Rebru. Među zdravstveno-političkim temama iscrpno su prikazani dokumenti Svjetske konferencije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Alma-Ati, pregled rada ULOMJ 1966-1981., te

dokumenti o osnivanju Katedre za opću medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. U toj dekadi osamdesetih godina javljaju se i imena novih aktivnih specijalista opće medicine, koji su danas u punoj snazi, kao B. Mlačak, Z. Ebling, H. Tiljak, S. Blažeković-Milaković, M. Vrcić-Keglević, H. Grubišić-Greblo, S. Lovasić i više drugih.

S velikim sam interesom i dubokom emocijom prelistao sve brojeve Praxis medici u podrumu biblioteke Škole narodnog zdravlja, saznao da uvezane brojeve ima i Katedra za obiteljsku medicinu, pa sam stoga i prihvatio poziv sadašnje urednice časopisa *Medicina familiaris Croatica*, da za obilježavanje godišnjice razvoja vlastite stručne literature liječnika opće medicine u nas napišem kratak prikaz. Ipak, možda je najvažniji razlog za pisanje bio da sam se osjećao krivim da tom važnom razvoju nisam posvetio dovoljno pozornosti u vrijeme redakcije *Ogleda o razvoju opće/obiteljske medicine*. Želja mi je potaknuti mlađe da taj kulturno-povijesni zadatak temeljito izvrše.

O Stipišiću uz članak Zlatni tovar

Dr. sc. Antun Stipišić, začasni član HLZ, liječnik sa velikim L. Moj prvi obiteljski liječnik i uzrok mog izbora medicine kao životnog poziva. Veliki erudita ali i zafrkant, uvijek spreman izrugati se vlasti zbog gluposti, ma koja trenutno država ili politička opcija vladali narodom. Osobni prijatelj Andrije Štampara i Branka Kesića, zaljubljenik u šire promišljanje suštine zdravstvene skrbi. Nadasve borac, uvijek svoj. Kada je prije dvije godine obolio od raka debelog crijeva, kao terapiju je, uz klasičnu medicinu, izabrao pisanje časopisa. Njegova „OLUiJA“ zagovara promišljanje sadašnjosti kroz iskustva generacije maturanata 1939. Ne srami se prošlosti i iskustva već ih nudi kao dragocjenost. Nudi činjenice katkada i pod krinkom šaljivih događaja, uvijek ostavljajući čitatelju

zaključivanje. Publika mu je mala, tiska samo 35 primjeraka, ali odabrana. Dovoljna kako bi se riječ o sada već 16 brojeva širila. Kako bi to on sam kazao „Nakon dvije godine pune zauzetosti, uređujući list olujnim načinom, otklonio sam veliki dio bremena koji pritišću bolesti i podmakla dob”.

I danas pun energije, nepresušan izvor ideja, u svemu pronade malo drugačiji pristup. Tako je i s dodjelom priznanja. U HUOM-u smo napravili Pravilnik o priznanjima, ali se nitko nije sjetio tako živahne prisposode liječnika kao što je izbor Tovara (osela, magarca) kao najboljeg utjelovljenja statusa današnjih liječnika. Stoga ovaj prilog zaslužuje svoje mjesto u jubilarnom broju MFC.

Dragomir Petric

MALA

OLUJA

ENIGMATSKI PRILOG

PRIČA SA ZADNJE STRANE

ZLATNI TOVAR (I)

Gledam prekjučer: Privredna Komora Republike Hrvatske dili „Zlatne Kune“. Jučer, dva i više sati Filmska Akademija of The United States of America dili zlatne „Oskare“ pa mislim, zašto ne bi mi koji imamo i svoju (liječničku) Komoru i (Medicinsku) Akademiju i ne bi dijelili priznanje našim zaslužnim liječnicima. Mogli bi, kao i Ameri nagraditi pojedinca ali i ustanovu za najbolju glumu, režiju i tako dalje. Mogli bi nagrađivati kolegice, a i slabiji spol - muškarce. Muškarcima bi mogli dati lentu za fotogeničnost, a kolegice izvesti na pistu i glasovima ocjenjivačkog tijela i gledatelja na TV-izabrati prvu doktoricu Republike Rvacke. Prihod od 06000 mogli bi namijeniti za puhalačku sekciju Zbora Liječnika-Pjevača. Za odabir znamenja treba ustrojiti komisiju. Ona bi trebala izabrati lik ili životinju koja najbolje odgovarala **statusu naših liječnika**. Privlačno znamenje Kunu su sebi uzeli privrednici. Slično je i sa „Oskarom“. „Oskar jede sve“. Taj bi slogan bio više nego dobrodošao da ga N(ajjača) (N)acija nije okupirala. Onda sam otvorio enciklopediju. Onu petu nemam jer je izašla pred kraj onog rata, a nju su uspjeli oteti samo oni blizu oltara. Onda sam „*Prošetao kopnom i morem*“. Jednom sam pomislio da bi se jegulja i murina mogli uzeti kao naš simbol.

Odustao sam. Moglo bi se pomisliti da ciljaj na rukovodeći kadar, a osim toga **novinari bi ostali bez zaštitnog znaka**. I onda sam išao spavati. Po noći i to baš u osvit zore sjetih se dok sam bio na selu, u to vrijeme, glasali su se prvo kokoti, zatim koze i konačno tovari. Kokote sam a-priori odbacio. Teško bi bilo među nama kokotima bez problema pronaći najvećeg. O kozama se ne usuđujem ni razmišljati a kamoli pisati. Ostao mi je samo Tovar. Za one „Kaj“ to je Osel, a za književnike Magarac. To je mirna, krotka beštija koja po vasdan radi, klima stalno glavom (što gospodari tumače kao znak odobravanja.) Podnosi batine, uzde, u jednu riječ možemo ga „Naprtiti ko tovara“. Svoje negodovanje pokazuje povremenim „štrajkom“ ali to gazde ne uzbuđuje: „**Pusti ga da reve**“. Oni bistriji, a na te računa „Oluja“, su već po naslovu i na sredini članka pronikli da za **naslov idealnog doktora predložimo Tovara** i to sa posebnim razlogom. Nije zgodno da sam sebe predložim za prvog Tovara jer bi se to moglo tumačiti kao **sukob interesa**. Onima koji čitaju Oluju od korica do korica će to razumjeti. Umjesto da sa praunučicom šetam po suncu uz more na Bačvicama, popijem sok u „Žbirca“ svoju trombophlebitu potkoljenice hranim sjedenjem uz kompjuter. Već godinama **reven ko tovar** da bi ovaj svijet potaknuo na olujno razmišljanje. „Tučem vodu u mortaru“. Ipak da završim konstruktivno: „Oluja“ će „Zlatnog“ tovara dodijeliti onom koji se prvi samokritički javi uredništvu. U slučaju da se jave dvojica ima prednost onaj sa dužim stažem.

Žalbe prima i ne odgovara antun stipišić

Naše zdravstvo i obiteljski liječnik. Kako povećati njegovu važnost?

Croatian health service and family physician. How to increase his importance?

Božidar Vrhovac, Medicinski fakultet Zagreb

Sažetak

Osnovna značajka hrvatskog zdravstva su njegovi relativno zadovoljavajući rezultati koji se očituju u relativno zadovoljavajućem očekivanom trajanju života hrvatskog stanovništva. Ipak, sredstva za zdravstvo (< 500€/stan. od toga za lijekove oko 100€/stan.) su nezadovoljavajuća iako sukladna niskom (bruto nacionalnom proizvodu (BDP) (oko 7500€/stan.). Kako nije vjerojatno da će sredstva za zdravstvo rasti brže od rasta BDP-a neophodno je što prije provesti neke mjere koje bi smanjile značajan deficit države Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) koji je dijelom i posljedica nerealne predizborne politike na tom području. Iako nepopularno osiguranici će morati preuzeti, tj. pokriti veći dio troškova zdravstva (sada manje nego u svijetu gdje se za to troši nekoliko desetaka % ukupnih troškova) nego što je to do sada bio slučaj. Smanjenje prava se nameće kao imperativ. Osnovna lista (potpuno pokrivena zdravstvenim osiguranjem) lijekova se mora smanjiti. Korisnije bi bilo uz pomoć farmakoeconomista, odrediti cijenu koju za pojedine terapijske skupine HZZO može platiti a ne za istovrsne lijekove, kao sada, imati različitu cijenu. Edukacija (objektivna, ne samo putem promocijskih predavanja!) zdravstvenih djelatnika ali i stanovnika u cijelosti, trebala bi uz pomoć medija razjasniti potrebu racionalizacije korištenja zdravstvene službe, lijekova i pretraga (dijagnostike). U tome su moguća i značajna poboljšanja. Liječnik primarne zdravstvene zaštite, posebno obiteljske medicine trebao bi trošiti manje vremena na pisanje recepata i uputnica te sam

odlučivati kada njegov bolesnik treba savjet specijalista. Opća/obiteljska medicina bi trebala umjesto sadašnjih 50% zdravstvene skrbi pružiti svojim osiguranicima 75% te skrbi. Intenziviranje preventivnih pregleda, kućnih posjeta, uključujući tu i pedijatrijsku skrb je neophodno. Besmislene propise HZZO treba ukinuti budući da današnja informatizacija omogućava praćenje propisivača i eventualnih aberacija, na jednostavan način.

Istraživanja o funkcioniranju zdravstvene službe su neophodna. Rezultati tih istraživanja usmjeravat će napore potrebne da se ona poboljša. Ulaganje u zdravstvo pratit će porast BDP-a do kojeg će u bližoj budućnosti, nadajmo se, sigurno doći.

Ključne riječi: Obiteljska medicina, reforma zdravstva, racionalizacija zdravstva

Summary

Basic characteristics of the Croatian health service are its relatively satisfactory results and life expectancy. The health care funds (less than 500.-€/cap out of which about 100.-€/cap for pharmaceuticals) are not satisfying but are in correlation with the modest BNP (about 7500€/cap) of Croatia. Since it is not probable that health care resources will raise faster than BNP some measures to decrease the deficit (partly a consequence of unrealistic pre-election decisions) of the state i.e. Croatian Institute for Health Insurance (CIHI) are inevitable. Decreasing rights

of the patients and citizens will increase their participation in health care costs (now less than in many countries where it is up till 20%). The so called basic drug list (completely covered by health insurance) must be reduced. It would be more useful with the help of pharmacoeconomy to calculate a price for various therapeutic groups and not have (as now) various prices even for the same generics! Education of health workers and general public as well (also using help of the media) could and should increase the awareness of need of rationalization in the use of pharmaceuticals, diagnostic tests and of referrals for specialist examinations. In all those activities considerable improvements are possible. GPs should spent less time in writing Rps or specialist referrals and more time for preventive examinations and home visits the number of which considerably declined in recent years. Only GP should/be able to decide when a specialist consultation is necessary. Family medicine should take care of 75% of their patients' health needs and not only of 50% what is now the case. CIHI should abandon useless and senseless regulations. Informatization of GPs offices enable monitoring of all activities. Finally the studies on functioning of various parts of the health service (prescribing, laboratory data, sickleaves....) are of utmost importance. This will give information in which direction must educational efforts be undertaken.

One should hope that the BNP of Croatia will constantly rise and make available more resources for health service.

Key words: Family medicine, health service reform, rationalization of the health service

Naše zdravstvo se već nekoliko decenija nalazi u fazi reforme, još od vremena bivše Jugoslavije i nakon nekoliko godina prekida zbog Domovinskog rata (kada je pokazalo iznenađujuće dobru funkciju zdravstva), ponovno u samostalnoj Hrvatskoj. Reforma, njezin nastavak, nadajmo se u intenzivnijem obliku i uspješnija, sigurno sada predstoji. Svuda u demokracijama, a mi to unatoč slabosti ipak jesmo,

reforme (koje u pravilu rezultiraju smanjenjem prava osiguranika) se provode i moraju provoditi neposredno nakon izbora jer se, (to smo vidjeli tijekom 2007. godine) u izbornoj godini, prava nikada ne smanjuju. Tijekom 2007. godine deficit (na sastanku SZO nedavno održanom u Zagrebu za neplaćene obveze zdravstvenog osiguranja korišten je termin „dugovi”- „debts”) HZZO i zdravstvenih ustanova (jer HZZO pokriva više od 2/3 troškova zdravstva) narastao je, kažu i pišu (1-5), na 3-4 mlrd kn. Plaćanje lijekova ljekarnama obavlja se u više od 200 dana iako je ugovoreni rok plaćanja 120 dana. Dugovi zdravstvenih ustanova posljedica su deficitarnog sustava financiranja odnosno usklađivanja financiranja s raspoloživim sredstvima a ne stvarnom vrijednošću ugovorenih i pruženih zdravstvenih programa.

Nažalost nije sigurno da je svima jasno da su značajni rezovi potrebni i da stanovništvo mora preuzeti dio troškova zdravstva kao što je to slučaj u svim zemljama s kojima se volimo uspoređivati! Dakako ako se namjerno (?) ne radi o „ciljanom deficitu”(1).

Liječnici primarne zdravstvene zaštite (PZZ) posebno obiteljska medicina (OM) također nisu zadovoljni svojim položajem i ne ispunjavaju zadatak da obavljaju 75% (novi postotak sada važeći za EU koji je zamijenio „stari“ od 80%)(2,6) zdravstvenih usluga potrebnih stanovništvu tj. njihovim bolesnicima. U nas OM pokriva 50% potreba stanovništva u zdravstvenoj zaštiti (tabl.1.) Uz to, što je posebno nepovoljno, broj kućnih posjeta od 1990. do 2004. pao je za 35%, broj kućnih posjeta pedijataru za čak 91%, broj upućivanja u bolnice porasao za 29%, dok su preventivni pregledi provedeni od OM pali za 72% (1). Ovome u prilog ide i podatak da je ukupni broj usluga pruženih u polikliničko konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti veći od broja u PZZ.(tabl.1.)(7).

Pokušali smo analizirati koje su sve slabosti PZZ i zdravstva Hrvatske u cijelosti u sadašnjem trenutku neposredno nakon izbora i predložiti mjere koje bi te slabosti mogle bar smanjiti ako ne i ukloniti. Koje su značajke obiteljskog liječnika -obiteljske medicine) (OM) u našem zdravstvu i značajke našeg zdravstva u sadašnjem trenutku?

Tablica 1. Naturalni pokazatelji korištenja zdravstvene zaštite i drugih prava (u 000)

Table 1. Natural indicators of health care usage and other rights (in 000)

„Usluga“/“Service“	I.-VI.2006	I.-VI.2007	Indeks
Prim.zdrav.zaštita /Primary health care	33,776	33,901	100,37
Stomatološka zašt. /dental care	6,900	6,825	98,91
Spec.konzilij.sluzba /spec. counseling service	39,263	37,631	95,84
Broj receptata /no. of prescriptions	17,603	19,442	110,45
Boln. liječ.(sluč.) /Hospitalization (cases)	339	338	99,49
Dani boln. liječ./hospitalization per day	3,772	3,717	98,56
Br. ortoped uređ./no. of orthopedic aids	445	374	83,96
Br.pomoć novorođenčla/No. of infant ?	19	17	89,94
Putni troškovi/Travel expenses	97	517	530,54

Iz tablice 1. razvidan je velik broj podataka kojih potanko razmatranje prelazi okvire ovog prikaza. Najnoviji podaci, usporedba naturalnih pokazatelja korištenja zdravstva u prvoj polovici 2006. i 2007.godine pokazuju da „raspored“ obavljenih zdravstvenih „usluga“ u Hrvatskoj ne zadovoljava(7).

Broj usluga PZZ i specijalističko konzilijarne zdravstvene zaštite(SKZZ) je nesrazmjern, broj receptata raste (vjerojatno ako se brojeve za pola godine preračuna na jednu godinu s 8,08 na 8,92 po stanovniku), a isplaćeni putni troškovi zbog promjene kriterija (proširenja prava) su takodjer veoma značajno porasli.

Što „muči“ OM? To su:

- preopterećenost s pisanjem uputnica, čak manje za specijalističke preglede a više za niz (često nepotrebnih) pretraga koje slijede svaki specijalistički pregled
- pisanje receptata kroničnim bolesnicima kojima se terapija smije (prema posebnom popisu na kojemu nije dijabetes!!) odobravati za najviše mjesec dana (8)
- neracionalni dopisi specijalista u pogledu ambulantne terapije posebno u otpusnim pismima bolničkih (i kliničkih!!) liječnika. Otpusna pisma s preporukom ordiniranja i više od 10 lijekova nisu

rijetkost. Pri tome se gotovo uopće ne vodi računa o dva detalja. Prvi, da će samo rijetko koji bolesnik uzimati dulje od tjedan, dva više od 3-5 lijekova u preporučenoj dozi. Nakon kratkog vremena sam će „adaptirati“ dozu i broj lijekova i vjerojatno većinu uzeti u neadekvatnoj dozi. Drugi, o terapijskim skupinama-jednako vrijednim, različito skupim lijekovima iste terapijske skupine (ACE inhibitori, antagonisti angiotenzinskih receptora, statini, triptani, setroni, SSRI...).

• „uzimanje“ bolesnika obiteljskom liječniku, bolesnika koji svuda u svijetu njemu spadaju (svi stabilni oblici kroničnih bolesti od dijabetesa do hipertenzije) sa strane sekundarne i terciarne zdravstvene zaštite. Bolesnici se bespotrebno naručuju na kontrole specijalisti iako bi o potrebi konzilijarnih pregleda trebao odlučivati bolesnikov obiteljski liječnik. OM po definiciji mora bolje poznavati i sigurno bolje poznaje, svoje bolesnike.

• besmisleni propisi HZZO-a koji smanjuju ugled i značenje OM kao npr. odobravanje igala za inzulin sa strane endokrinologa i posebnog povjerenstva (1-2 x godišnje). Obiteljski liječnik propisuje inzulin ali sam ne može odlučiti koliko igala za njegovu primjenu „njegov“ dijabetičar treba. Koliko je „Hitrorez“ premijera Sanadera – anuliranje besmislenih propisa koji ničemu ne služe a maltretiraju i liječnike i

bolesnike, u zdravstvu bilo odbačeno nije poznato i nije objavljeno.

Potvrda povjerenstva zahtijeva uvredljivo čekanje u redu u podružnici HZZO često više od 60 min i to dva puta prvi puta predaja dokumenata drugi dobivanje „dozvole“ povjerenstva.

- „dodatne“ teškoće radi zabrane izdavanja u ljekarni drugog lijeka čak ni istog generičkog naziva a kamoli kliničke paralele. To i u gradovima maltretira često starije bolesnike koji se moraju vraćati svom liječniku po novi recept a da se o slabije naseljenim dijelovima zemlje ne govori...

- ovisnost OM o „glavarini“ i mogućnost da bolesnik ako je nezadovoljan (istina, samo jednom godišnje) promijeni liječnika, čini obiteljskog liječnika nesigurnim i onemogućuje mu da utječe, što je često potrebno, na terapiju, na ispisivanje uputnica i recepata. To sve obiteljskog liječnika čini nedovoljno zadovoljnim sa svojim radom i doprinosi njegovom nezadovoljavajućem položaju. „Glavarina“ potiče liječnika da prikupi što više pacijenata, da pacijente uputi na specijalističke preglede i da im propisuje mnogo (često previše) lijekova. Glavarina je nedostatna i ne potiče OM da sam obavlja neke aktivnosti (materijalni troškovi **potim** priznaju se u visini od 1000.-kn/mjesec).

Istovremeno zdravstvene mogućnosti gledano kroz zdravstvene kadrove Hrvatske su manje nego „u Europi“ (tablica 2.)(2).

Tablica 2. ne pokazuje optimalnu sliku (uglavnom ispod EU prosjeka) mogućnosti zdravstva ali je treba dopuniti s činjenicom da osnovni pokazatelji upućuju na relativno dobro zdravlje stanovnika Hrvatske. Očekivano

trajanje života u 2004. godini je bilo za Hrvatsku za muškarce/žene 72/79 g. za EU 15 76/82 a za EU-10 71/79. Međutim preventabilni zdravstveni rizici pretilost odraslih (22/23), korištenje duhana (32/23) i potrošnja alkohola (162 l/g) bili su značajno viši u Hrvatskoj nego u EU-15 i posebno EU-10)(3). Posljedice su očekivane: U Hrvatskoj na 100.000 osoba (u 2002.g.) je umrlo od kardiovaskularnih bolesti 356 osoba u EU-15 185.

12.000 osoba umire godišnje od posljedica pušenja što zdravstvo „košta“ 2 mlrd kn.

Edukacija obiteljskog liječnika danas se provodi (osim specijalizacije, koja je nakon dulje pauze krenula zadnjih godina kako bi zadovoljila EU standarde po kojima je nositelj PZZ liječnik specijalist) gotovo isključivo:

a) promocijskim predavanjima koje organiziraju pomoću „eksperata“ proizvođači lijekova, zajedno s „domjenkom“

b) plaćanjem različito skupih i različito korisnih putovanja na stručne sastanke i kongrese od Dubrovnika i Rovinja do južne Amerike i Indije. Istina, skupa putovanja su gotovo rezervirana za članove različitih tijela koja odlučuju o nekom aspektu područja lijekova bez da se tome vodi računa ili se bar igdje registrira. O sukobu interesa tek se počelo raspravljati (9,10).

c) objektivnim izvorima informiranja o lijekovima koji u nas postoje od 1963. g. Pharmaca izlaze sada već 46. godinu, četvrti su časopis posvećen racionalnoj farmakoterapiji i suosnivač Međunarodne udruge biltena o lijekovima-International Society of Drug Bulletins (Madrid 1965)u nas ne pobuđuju dovoljan

Tablica 2. Stanje u zdravstvu(na 1000 stan)

Table 2. Health care status (per 1000 inh.)

Liječnici <i>Physician</i>	Med.sestre <i>Nurses</i>	Primalje <i>Midwives</i>	Stomatol. <i>Stomatol.</i>	Ljekarnici <i>Pharmacysts</i>	Boln.kreveti* <i>Hospital beds</i>
Hrvatska <i>Croatia</i>	2,4	5,1	0,3	0,7	0,5 5,5
EU-15	3,3	9,2	0,6	0,7	0,8 5,4
EU-10	3,2	6,8	0,3	0,6	0,7 6,4

(praktički nikakav) interes relevantnih faktora u prvom redu HZZO i Ministarstva zdravstva. Sve to unatoč pisanju Konceptualnog okvira razvitka zdravstva Hrvatske(11) koji među inima kaže (očito samo deklarativno): „ažurirati izdavanje prikladnih farmakoterapijskih priručnika, a razmotriti i mogućnost izdavanja redovitih i češće izlazećih biltena“.

Farmakoterapijski priručnik izašao je tijekom 2007. u svom V. izdanju, a neki bolnički bilteni, najredovitije onaj KBC i KB Merkur Zagreb, izlaze od 1976. godine.

Ovdje treba spomenuti analizu novosti na području farmakoterapije francuskog kritičkog časopisa o lijekovima *La Revue Prescrire* (12,13) koja je pokazala da je posljednjih dvadesetak godina od 2693 nova lijeka: 0,3% predstavljalo značajnu novu terapijsku mogućnost, 2,7% značilo značajnu korist za liječenje, 7,9% predstavljalo određeno poboljšanje bez značajnog utjecaja na terapiju, 16% imalo minimalnu dodatnu korist a ostatak od 1984 lijeka bilo za terapiju nepotrebno

d) ovdje treba spomenuti i potencijalno korisnu ulogu medija koja nije iskorištena. Važnost medija za stanovništvo ali i zdravstvene djelatnike mogla bi se očitovati u širenju ispravnih istinitih informacija (primjer su generički lijekovi). Predstavnici medija, morali bi redovno dobivati informacije o kretanjima na području lijekova što unatoč nastojanjima još uvijek nije uspjelo u zadovoljavajućoj mjeri. Ne bi li ministar zdravstva ili bar direktor HZZO mogao imati s medijima „razgovor uz kavu“ kao što to radi Predsjednik Republike? Rečenica, koja se često čuje, „mediji su zainteresirani samo za senzacionalistički pristup a ako on nije moguć onda izmišljaju“ neprihvatljiva je i kontraproduktivna.

Kad govorimo o medijima onda treba spomenuti veoma nisku ali agresivnu razinu reklamiranja lijekova koji se izdaju bez recepta. To se gotovo u pravilu radi o nedjelotvornim najčešće biljnim preparatima za koje se navodi velik broj posve nedokazanih terapijskih tvrdnji u izravnoj suprotnosti sa Zakonom o lijekovima (reklama mora biti osnovana na dokazima). Dominira pripravak dobiven iz biljke *Ginkgo biloba*, slijede otopine koje odgovaraju morskoj vodi, silimarini i dr. Očito nitko ne kontrolira kvalitetu reklama. Da li bi to trebala činiti

Agencija za lijekove ili Ministarstvo zdravstva? Jedna od ovih institucija sigurno.

Financiranje zdravstva je također nesređeno od čega ima štete čitavo zdravstvo ne samo primarna zdravstvena zaštita. Na troškove zdravstvene zaštite otpada samo 2,3% novaca kućanstva (2003.-2005.) no za skupinu ljudi s najnižim primanjima to može ići do 17%. Očigledno se socijalni aspekt mora uzeti u obzir! Istovremeno je do nedavno više od 60% građana bilo zbog ovog ili onog (pretežno ne socijalnog-siromašnog razloga) oslobođeno od participacije. Međunarodni monetarni fond smatra da u slučaju da je više od 1/3 stanovništva oslobođeno participacije ona nema smisla! Dopunsko zdravstveno osiguranje (radnici 80.- kn/mj., umirovljenici 50.- kn/mj) kad bi bilo dovoljno obuhvatno moglo bi popraviti situaciju ali do sada ono nije bitno rasteretilo HZZO!

Tijekom 2006. godine zdravstvo Slovenije (2 milijuna stanovnika) imalo je deficit od 4 milijuna Eura, Poljske (40 milijuna stanovnika) 2,7 mlrd Eura, a Hrvatska (4,4 milijuna stanovnika) 550 milijuna Eura. U 2007. godini Hrvatska je za zdravstvo potrošila 18,55 mlrd kn, nešto više od 8% BNP (samo Francuska, Njemačka i Irska su potrošile veći postotak BNP a sve ostale zemlje manje od Hrvatske (1). Da je deficit, dug Hrvatske veći od 30 mlrd Eura široko je poznato. BNP Hrvatske je 2007. bio između 7000 i 7500 Eura dok je u spomenutim zemljama bar tri puta veći!??

Imajući u vidu socijalni element i potrebu većeg sudjelovanja stanovnika Hrvatske u troškovima zdravstvene zaštite ovaj imperativ bi trebalo što ranije početi rješavati i riješiti. U međuvremenu ukinuta administrativna pristojba bila je od svih napadana, posebno kao izborno obećanje. Možda bi participaciju (sada kad je sukladno predizbornim obećanjima svih stranaka više nema!) trebalo uvesti na drugim razinama gdje dijelom, već i sada postoji (za neke pretrage). Prvenstveni cilj participacije nije „zarada“ zdravstvenih fondova nego stimulacija nepotrebnih pregleda odnosno prihvaćanje jeftinijih intervencija. Specijalistički pregledi bi bili vjerojatno prikladni za uvodjenje participacije. Sve kronične bolesti mirnog

stabilnog tijeka ostale bi onda kod „svog“ OM a ne „tražile“, bilo od strane bolesnika, bilo od strane samih specijalista, specijalističke preglede. To bi i izravno smanjilo troškove HZZO. Zdravstveni troškovi ovise o dobi, a tablica 3. pokazuje različite postotke odnosa populacije i troškova zdravstva (5).

Jedno što je sigurno, to je da stalan deficit i HZZO i bolnica nije održiv i da se trošenje mora što prije dovesti u ravnotežu s mogućnostima države i HZZO.

Tablica 3. Troškovi zdravstvene zaštite prema postotku stanovništva

Table 3. Health care expenditures according to the percentage of population

Postotak ukupnog stanovništva	Postotak ukupne zdravstvene
<i>Percentage of total population</i>	<i>Percentage of total health expenditure</i>
1	29
5	60
10	74
50	98
80	100

Napomena: 20% stanovništva je zdravo i ne troši ništa. Kod nas je nepovoljna činjenica da jedan radno aktivni stanovnik privredjuje zdravstvene troškove za sebe i još dva umirovljenika(3)!! Odnos zaposleni: umirovljeni je u nas 1,37:1(1,427000:1.041000/000).

Istraživanja funkcioniranja različitih dijelova zdravstvene službe su u nas (pretežno zbog pomanjkanja interesa HZZO-a koji, krivo, ne vidi da bi to bilo u njegovu korist) posve nerazvijena. Jedno se pokazalo u usporedbi obrade i liječenja akutne upale ždrijela od strane specijaliste ORL i OM da su obiteljski liječnici bili mnogo racionalniji. Specijalisti su proveli na 100 bolesnika 135 pretrage a OM na 120 samo 14 (14).

Pitanje pretraga je gotovo jednako neracionalno kao ono farmakoterapije. Ipak ono je teže kao takvo verificirati. Svi se slažu da ponavljanje ranije učinjenih pretraga u bolnici nakon hospitalizacije nije potrebno. Vjerojatno nedostaju pažljivo sastavljeni postupnici uz napomenu da u zemlji koja raspolaže i

troši oko 500 Eura/ stanovniku za zdravstvo ne mogu vrijediti ista pravila kao u onoj koja izdaje (čitaj:kojoj su na raspolaganju) 4-6 puta više!! Potrebni su postupnici sastavljeni na realan način čije bi se, što treba posebno naglasiti, pridržavanje kontroliralo i po potrebi nakon opetovanih upozorenja i edukacije, sankcioniralo. Kao jedan od nastavnika specijalizacije obiteljske medicine (od 1976!!!) opetovano slušam što se sve od pretraga traži npr. preoperativno kod mladih zdravih ljudi za „banalne“ operativne zahvate poput herniotomije, što se sve traži za obradu starijih osoba npr. s ishemičnim gubitkom vida (dopler svih cirkulatornih bazena od karotida do srca i drugih područja). Svatko će se složiti da je to ne samo bespotrebno nego maltretira staru osobu osuđujući je na opetovano čekanje i povlačenje po nizu zdravstvenih ustanova, laboratorija i zavoda. A obiteljski liječnik je bespomoćan jer „preporuka“ dolazi s „višeg mjesta“ kojem se ,zbog ranije rečenog, teško može oduprijeti. K tome se prilikom hospitalizacije pretrage često ponavljaju, dupliraju „jer se vjeruje samo svom laboratoriju“. Sve to nepotrebno diže troškove obrade i liječenja u neprihvatljive visine.

Analiza koliko učinjenih, često vrlo skupih i diferentnih pretraga (danas CT, sada sve više i MR) je uredno, što bi govorilo da , bar dijelom, nisu trebale biti učinjene nije već dugo provedena. To su pred više desetaka godina učinili, samo orijentacijski, Klarić i sur. i Hebrang(15). Našli su da velik broj- 40% (koliki % je prihvatljiv je teško reći) nalaza nije bio podignut (u jednoj godini 500 CT nalaza !!) Bila bi korisna i zanimljiva analiza i istraživanje koliki % nalaza je bio posve uredan. I tu je teško reći koji postotak urednih nalaza je prihvatljiv. Bojim se da je u nas, gdje je poduzimanje ogromnog broja upitno potrebnih pretraga naročito razvijeno, taj broj sigurno veći od prihvatljivoga.

Preporuča se prijeći (što je dijelom od 2002.g. već učinjeno- danas ih ima oko 200) (2) na plaćanje po terapijskom postupku i uvesti plaćanje po dijagnostičkim skupinama. Početni pokušaji naišli su na oštre proteste naročito tercijarne zdravstvene zaštite.

Farmakoterapija u Hrvatskoj uzima oko 20% troškova zdravstva što je veoma mnogo. Samo Mađarska ima blizu 30% dok razvijene zemlje s kojima se, često neopravdano, volimo uspoređivati, mnogo manje. Hrvatska je, već je rečeno, u 2007. godini za lijekove potrošila oko 100-110 Eura po glavi stanovnika (lijekovi na rp. 2,29 mlrd, lijekovi bez recepta 5-10% od prve svote dakle oko 0,2 mlrd, 20%-25% za bolnice 0,6 mlrd i 0,35 mlrd za posebno skupe lijekove). Lijekovi „koštaju“ državu, njene stanovnike izravno ili neizravno više nego primarna zdravstvena zaštita!!!

Treba jasno i pošteno reći da sa 100-110.- Eura/glavi stanovnika ne možemo imati istu terapiju kao zemlje koje raspolažu s nekoliko puta većim svotama (Francuska oko 600 Eura). Povišenje sredstava za zdravstvo moralo bi pratiti rast BNP ali uvjet je, dakako, da rast BNP postoji!! Ipak, kad su lijekovi u pitanju čini se da se ide na „ciljani“ deficit jer se uvijek planiraju sredstva koja sasvim sigurno neće biti dovoljna (2,4 mlrd /3,0 mlrd!)

Profil najpropisivanijih lijekova (količinu) pokazuje tablica 4.

Treba spomenuti da indeks za simvastatin iznosi 140! Rasprava o neopravdanosti i neracionalnosti propisivanja lijekova na tablici 4. prelazi također okvire ovog prikaza. Zadovoljit ćemo se s napomenom da dobar dio lijekova na njoj ne bi trebao biti među najpropisivanijim lijekovima. Pri tome treba naglasiti da se kod nas još uvijek ne propisuje dovoljno jeftinije generičke preparate koji npr. u SAD(16) predstavljaju 63% svih lijekova na recept. Ovaj podatak nedostaje za Hrvatsku jer se HZZO za to slabo zanima i to ne istražuje, ili bar ne objavljuje („čuva“) te podatke..

Nikada nije dosta naglasiti da se uz redovnu kontrolu kvalitete lijekova na tržištu (koju po zakonu provodi Agencija za lijekove) očekuje da generički preparati budu istovrsni pripravcima pripremljenim u pogonu proizvođača originatora. Iste su značajke ali je cijena značajno niža. U nas ta razlika iznosi najviše 35% a u „svijetu“ i više od 50%(5). Zašto je kod nas 35% dovoljno uz zahtjev da novi generik koji se stavlja na listu mora biti najmanje 10% jeftiniji od lijeka iste

generičke strukture prethodno stavljenog, nije sigurno. Iz toga slijedi jedinstvenost činjenice da isti generički pripravci imaju u nas različitu cijenu??? Toga, naime, nigdje nema.

Tablica 4. Hrvatska: deset najpropisivanijih lijekova (br.kutija u tisućama)u 2007.godini i indeks prema godini ranije.

Table 4. Croatia: ten most frequently prescribed drugs (no. of boxes in thousands) in 2007 and index according to 2006

Indeks 06/07	
1.lizinopril/lizinopril+ HTZ (184+471=655)	75,3/ 88,5
2.ranitidin(431)	96,1
3.lacidipin(363)	110
4.amlodipin(174)	93
5.amoksisicilin+klav.kis(222)	125,6
6.azitromicin(191)	113,3
7.alendronat(65)	39,3*
8.cilazapril+HTZ(124)	88,8
9.doksazosin(112)	87,5
10.pantoprazol(100,0)	125

*alendronat je dobrim dijelom zamijenjen kombinacijom s kolekalciferolom koja je jeftinija!

Nabrojili smo niz problema prema mišljenju autora ovog članka, koji se bavi racionalnom primjenom lijekova, ali i svime što nju uvjetuje, nekoliko decenija. Pokušajmo dati prijedloge za njihovo smanjivanje ili uklanjanje. S obzirom na moj posebni interes za lijekove počinjem s njima iako i druga područja omogućuju bolje funkcioniranje i uštedu bez smanjenja kvalitete usluga:

Lista lijekova. Broj lijekova koji se može dobiti bez ikakve doplate treba smanjiti. Predizborno širenje Liste lijekova (sada osnovne liste) nije bilo realno. Novi ministar zdravstva našao se u teškom položaju naslijedivši značajan deficit u rubrici „lijekovi“ dobrim dijelom uzrokovan nerealnom osnovnom listom lijekova. Sa sredstvima koje nam stoje na raspolaganju a to je, već je rečeno, prema najnovijem izračunu negdje oko 100-110 Eura po stanovniku ne možemo imati

ovakvu široku (bez doplate) listu. Optimalno bi bilo ocijeniti (bar dva puta godišnje) koliko HZZO može platiti određeni lijek, točnije određenu terapijsku skupinu. Razliku, ako postoji, između cijene HZZO i stvarne cijene plaća osiguranik. Treba dakako osigurati, što je moguće, da osnovnu „košaricu“ (koja sada također ne postoji jer osnovna lista ne može biti „osnovna košarica“!) osiguranik dobije bez doplate. Već je naglašeno da niz terapijskih skupina ima jednaki učinak a ne uvijek istu cijenu. Paradoks da isti generički lijek ima različitu cijenu što neki smatraju „normalnim“ posve je originalno! Pri tome bi farmakoekonomija trebala dobiti značajno mjesto. Educiranog farmakoekonomičara, bojim se, nema ni u strukturama zdravstvenog osiguranja ni u većim kliničkim centrima i svuda gdje se radi o velikim troškovima lijekova. Tu je dakako važno da HZZO surađuje s proizvođačima koji često dodatno spuštaju cijenu da dođu na „besplatnu“ osnovnu listu. Sve to će dovesti do daljnjeg snižavanja cijene lijekova. Trebalo bi početi pripremati liječnike, bolesnike i sve čimbenike u liječenju i bavljenju s lijekovima na generičko propisivanje. Ono nezadrživo napreduje u više zemalja pa bi zemlja poput naše trebala biti među onima koje to podupiru i uvode. Za to treba priprema jer ovakvo propisivanje donosi niz koristi za državu iako nekima smanjuje profite.

Zdravstvene ustanove koje su prema očekivanju, veoma brzo potrošile 2006. g. osnovani fond namijenjen posebno skupim lijekovima treba pokušati disciplinirati. Trebalo bi pričekati da li je novi lijek, koji uvijek košta više od „staroga“, bolji od provjerenoga i da li vrijedi koliko košta(18). Nije li cijena bitno veća nego njegove eventualne prednosti (bolja podnošljivost, bolja djelotvornost)?

Bezuvjetna primjena smjernica za terapiju koje su beziznimno pripremljene u nekoliko puta bogatijim zemljama nije uvijek u nas održiva. Argument „to su europske smjernice“ nije argument ako se ne raspolaze „europskim novcima“.

Agencija za lijekove bi trebala smanjiti kontrole svake serije uvoznog lijeka a daleko češće kontrolirati kvalitetu lijekova „iz prometa“, iz ljekarni. Ako se otkrije loša kvaliteta potrebne su sankcije.

Sve ti elementi nalaze se u (do sada čak pet!!!) verzija **Nacionalne politike lijekova(NPL)(17)**, dokumenta koji prema preporuci Svjetske zdravstvene organizacije ima za osnovni cilj „usuglašavanje zdravstvenih potreba i ekonomskih mogućnosti države“. Piscu ovih redova koji je neposredno sudjelovao u pripremi svih pet verzija tog dokumenta nije jasno kako jasne prednosti postojanja NPL nisu prevladale otpore onih koji smatraju da su njihovi interesi njome ugroženi!?

Nadalje bi trebalo pokušati utjecati na agresivnu reklamu pomoćnih ljekovitih sredstava velikim dijelom beskorisnih tvari čije kupovanje osiromašuje stanovništvo.

Potrebno je uvesti **participacije** (sada kad se stranke na vlasti ne boje izbora!) koje bi dovele do tog da stanovništvo umjesto sadašnjih nekoliko postotaka pokriva više troškova zdravstva. Već i naši mediji (G.Jureško koja se posebno bavi farmakoterapijom i zdravstvom)(18) shvaćaju da u nizu zemalja bolesnici pokrivaju značajan postotak troškova zdravstva. Mogućnosti, gdje bi mogle biti uvedene su već spomenute: specijalistički pregledi, bolnice, pretrage i dr. Pri tome treba voditi računa, dakako, o socijalnom momentu i striktno uzeti u obzir samo ukupna primanja (i „bogatstvo“ odnosno siromaštvo) pojedinca. Valja odlučiti koja je granica, veličina prihoda koja bi trebala osloboditi bolesnika participacije?

Važno je osigurati kontinuiranu i objektivnu **edukaciju** zdravstvenih djelatnika, u prvom redu liječnika, obiteljskih liječnika kao i bolničkih specijalista. Treba smanjiti utjecaj promocijskih predavanja (6), domjenaka i skupih putovanja, posebno onih koji donose odluke na području lijekova od registracije, sastavljanja lista, izdavanja lijekova itd.

Komore bi ovdje, dajući bodove za relicenciranje za različite edukacijske aktivnosti, trebale biti kritičnije. Po općem mišljenju promocijskim se predavanjima daju preveliki bodovi u usporedbi s kritičnim objektivnijim predavanjima u stručnim društvima. I tu bi možda trebalo voditi računa o sukobu interesa onih koji bodove dodjeljuju!

Vežu i suradnju **specijalisti –obiteljski liječnici** treba poticati i nastojati smanjiti, po potrebi i propisima, neracionalno preuzimanje bolesnika koje bi trebao zbrinjavati obiteljski liječnik. Potrebno je pisati realna otpusna pisma i na taj način farmakoterapiju ali i obradu bolesnika učiniti racionalnijom, korisnijom i manje opterećujućom za same bolesnike.

HZZO bi trebao analizirati sve svoje propise koji često nemaju smisla i čak su uvredljivi za obiteljske liječnike! Od premijera negdje pred godinu, dvije svečano deklarirani "Hitrorez"(brzo ukidanje besmislenih propisa) u zdravstvu nije zaživio! U današnje vrijeme kad je većina ordinacija opće medicine ali i bolnica snabdjevena računalom kontrola propisivanja i funkcioniranja zdravstvenih djelatnika općenito ne predstavlja problem. Da posebno povjerenstvo odobrava igle za inzulin je gotovo tragikomično! Ne bi li trebalo povećati dozvoljenu količinu lijeka za stabilne kronične bolesnike na 2 mj?

Kućne posjete često bi mogle zamijeniti pregled u hitnoj službi kojim se najlakše „preskače“ obrada u ambulantnim uvjetima. U Izraelu se pregled u hitnoj službi koji nije hitan plaća. To je u nas nezamislivo! U literaturi se naglašava kako je korisna **edukacija bolesnika** o njegovoj bolesti i podaci koliko treba liječiti i pretraživati bolesnika od iste bolesti da bi se dobio određeni pozitivan, ali i negativan rezultat(19). Treba naglasiti da planove kako bolesnik treba dati pismenu privolu za svaku (?) pretragu nije moguće realizirati. Takav pristup se označava engleskim terminom „arm chair approach“- izmišljanje pravila bez poznavanja što bi njihova realizacija značila. Grupna praksa olakšala bi kućne posjete čija se učestalost mora ponovno povisiti. To posebno vrijedi za pedijatrijsku skrb.

Preventivne preglede bi dakako trebalo pojačati, što se s brojem bolesnika u prosječno radno vrijeme (50-60!!) vjerojatno ne može. Može li se misliti na smanjenje broja bolesnika po obiteljskom liječniku? Uz racionalnije ponašanje, propise i sve što uzrokuje sada nezadovoljavajuće stanje, mislim da može!

Literatura:

1. Vončina L, Bagat M, Evetovits T, Kehler J. Study on inefficiencies and fiscal deficits in Croatian health care system, WHO symposium. Policy Dialogue on Health System Performance and Deficit spending. Zagreb, 2007.
2. Mihaljek D. Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj. Kako vidjeti šumu od drveća. Dostupno na: <http://www.ijf.hr/Eu4/mihaljek.pdf>
3. Izvješće o financijskom poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2006. g. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; 2006.
4. Jureško G. Farmaceutski tsunami na državni proračun. Jutarnji list 2008, 16 siječanj.
5. Hsiao W. What should macroeconomists know about health care policy? A primer. Washington, DC: International Monetary Fund; 2000. (IMF working paper)
6. General practitioners. Dostupno na: http://en.wikipedia.org/wiki/general_practitioner citirano 9.1.2008
7. Krajačić S. Podaci HZZO 2007. (usmeno priopćenje 2008)
8. Pravilnik o načinu propisivanja, izdavanja i naplaćivanja lijekova. Narodne novine 2007(40)
9. Campbell EG. Doctors and drug companies – scrutinizing influential relationships. N Engl J Med 2007;357:1796-7.
10. Kopp C. (usmeno saopćenje)
11. Konceptualni okvir strategije razvitka hrvatskog zdravstva za razdoblje 2006-2011. Narodne novine 2006;(72).
12. A look back at 2000: overabundance and deregulation. Prescrire Int 2001;10:52-4.
13. Mintzes B, Lexchin J. Do higher drug costs lead to better health? Can J Clin Pharmacol 2005;12:e22-7.
14. Frank RG. The ongoing regulation of generic drugs. N Engl J Med 2007;357:1993-6.
15. Klarić-Čustović R. (usmeno saopćenje)
16. Vranješ Ž, Katić V, Vinter-Repalust N, Jurković Lj, Tiljak H, Cerovečki-Nekić V, et al. Akutne infekcije gornjeg dišnog sustava - što pridonosi dijagnozi, a što odluci o propisivanju antibiotika? Acta Med Croat 2007;61:83-90.
17. Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006-2011. Zagreb: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi; 2006.
18. Jureško G. Što me čeka ako se razbolim? Jutarnji list 17 studeni 2007.
19. Barclay L, Vega C. Knowing number needed to treat may help patients consent to treatment interventions. Dostupno na: <http://www.medscape.com/viewarticle/558559> citirano 30.1.2008

Horizontalna i vertikalna primarna zdravstvena zaštita

(U povodu tridesete godišnjice Konferencije u Alma-Ati)

Želimir Jakšić, Škola narodnog zdravlja „A. Štampar”

U rujnu 1978. održana je u Alma-Ati dosad još uvijek najveća konferencija o zdravstvenoj politici. Prisustvovali su visoki predstavnici 134 države i 67 međunarodnih organizacija, a skup je organizirala Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF. Široko je poznato da je na sastanku donesena Deklaracija u kojoj su formulirana dva bitna zaključka, kako se vidi iz ovog izvoda:

„U tijeku narednih desetljeća glavni društveni cilj vlada, međunarodnih organizacija i čitave svjetske zajednice treba biti **da do godine 2000.** svi narodi svijeta dostignu takvu zdravstvenu razinu koja bi im omogućila **društveno i gospodarski plodotvoran život...**

Primarna zdravstvena zaštita je ključ za postizanje tog cilja kao dijela razvoja u duhu društvene pravičnosti.”⁽¹⁾

Radi se o politici „Zdravlje za sve” i o opredjeljenju za primarnu zdravstvenu zaštitu.

Bilo je to nakon desetljeća relativno mirnog i prosperitetnog razvoja, u vrijeme kad su sve agencije Ujedinjenih naroda, a i Svjetska banka ocjenjivale da u svjetskim razmjerima treba smanjiti razlike bogatih i siromašnih, ako se želi i postići gospodarski napredak i razvoj. Tako je UNESCO podupirao pismenost za sve, FAO hranu za sve, pa čak i Međunarodna organizacija rada (ILO) posao za sve.⁽²⁾

Međutim, neposredno nakon konferencije ili nešto kasnije došlo je do „kontra-revolucije”⁽²⁾, kojom se pokušava osnovnim pojmovima promijeniti značenje i istim riječima dati drugi sadržaj. Ta vrlo ozbiljna borba suprotnih stajališta traje i danas.

Što zapravo znači politika „Zdravlje za sve”?

Razumjeti znači poznavati i suprotnosti politike. To su s jedne strane politike potpune jednakosti i solidarnosti za koje se pokazalo da na jednom stupnju razvoja usporuju napredak i dovode do krize i političke supresije slobode, a s druge strane neoliberalističke politike pomaganja „lokomotive povijesti” (onih koji su najmoćniji), što dovodi do sve većih razlika i socijalnih problema i napetosti, te opće nesigurnosti. Shematski su razlike tih stavova prikazane na tablici 1.

Tablica 1

RAZLIČITI RAZVOJNI INTERESI

SLOGAN, CILJEVI i politika	LOKOMOTIVA POVIJESTI liberitarna	ZA SVE pravičnost	JEDNAKOST egalitarna
GLEĐANJE NA ZDRAVLJE	Bolja služba sposobnijima i koji žele sami platiti	Funkcionalno Zdravlje kao preduvjet za društveno gospodarski plodotvoran život	Preraspodjela za siromašne zapostavljene i isključene
NAČIN POSTIZANJA	Strukturalna prilagodba	Održivi razvoj	Prisila i/ili moralna obnova

Deklaracija se iz Alma-Ati može shvatiti posljedicom konsensusa na temelju iskustava napretka u zemljama u razvoju šestdesetih i sedamdesetih godina. Međutim, Konferencija u Alma Ati odigrala se upravo na početku jednog vala recesije i javljanja radikalne verzije neoliberalne politike (RW Reagan 1981-9., MH Thatcher 1979-90.), što je izazvalo vrlo brzu negativnu reakciju kako u načinu gospodarske politike, tako i na stručnom polju. To je potencirala i sve jača globalizacija.

Bilo je napada na Deklaraciju iz Alma-Ate koji su bili samo podsmješljivi (npr. radi li se opet o jednom sloganu došlom iz Svjetske zdravstvene organizacije koji nerealno predlaže nedostižni ideal, slično definiciji zdravlja koje će se ostvariti 2000. godine po islamskom kalendaru?). Međutim, paralelno je dolazilo do ozbiljnih prepreka političke i financijske naravi. Svjetska zdravstvena organizacija ima sve veće financijske poteškoće⁽³⁾. U osamdesetim godinama njezin temeljni budžet se realno smanjuje, a neke zemlje ne uplaćuju svoje redovite priloge. Sve veći broj projekata financira se izvan-budžetskim sredstvima pojedinih zemalja, privatnih i javnih donatora i tako to teče sve do danas, Time se smanjuje moć i mogućnost centralne koordinacije i provođenje odluka iz Alma-Ate. Najmoćnija financijska središta (Svjetska banka, Međunarodni monetarni fond i Riznica SAD) prihvaćaju paket mjera koje bi trebale provesti zemlje u razvojnoj krizi, nazvan kasnije (1989. g.) Washingtonskim konsenzusom⁽⁴⁾. Smatra se da su za zaostajanje u razvoju pojedinih zemalja uglavnom krive nesposobne i korumpirane vlade, koje se nerazumno zadužuju da bi se održale na vlasti. Stoga su među mjerama ozdravljenja ili „**strukturalne prilagodbe**” uz gospodarske važne i političke mjere, te liberalizacija trgovine i stranih investicija, privatizacija državnih poduzeća, deregulacija mjera koje ometaju slobodno tržišno natjecanje. Za prilagodbu je neophodno ograničenje javne potrošnje, pa i potpore bitnih socijalnih službi (primarnog obrazovanja, primarne zdravstvene zaštite i ulaganja u socijalnu infrastrukturu). Velik broj stručnjaka, političara i javnost oštro se protivio i javlja se alter-globalizacijski pokret protiv nametnute prilagodbe za suradnju na pravičnijim temeljima.

Za postizanje ciljeva politike Zdravlja za sve u Svijetu, u kojem se ocjenjuje da 60-80% ljudi nema trajnu korist od dostignuća znanstvene medicine i zdravstvene zaštite trebaju dodatna sredstva. Dovoljna sredstva, smatralo se, mogu se prikupiti od 0,7% bruto nacionalnog proizvoda gospodarski razvijenih zemalja, što ne bi moglo bitno usporiti njihov napredak. Ipak je samo nekoliko manjih

(uglavnom skandinavskih zemalja ispunjavalo tu obvezu (ODA, official development assistance). U svim zemljama to je bilo mnogo puta manje od sredstava koja su davana za naoružanje (u SAD više od 25 puta manje). Za zemlje u razvoju to je značilo da je umjesto 14\$ po stanovniku, koliko je bilo proračunato da bi trebalo za primjenu „osnovnog zdravstvenog paketa”, bilo ostvareno od 2-8\$^(2,7). Istovremeno se u okviru globalizacije umjesto usklađenih zajedničkih aktivnosti uspostavljaju direktni odnosi donatora s odabranim zemljama i institucijama, te na područjima koja su uglavnom donatori ocijenili prioritetnima⁽²⁾.

Za razdoblje koje slijedi karakteristična je opća pometnja međunarodnih aktivnosti do koje dolazi zbog brojnih direktnih bilateralnih i grupnih aktivnosti zemalja, nevladinih organizacija i dobrovoljnih fondova. Zbog toga se gube mnoga sredstva, a takva „pomoć” izvana u mnogim zemljama rastače socijalnu mrežu, postojeće službe i zajedništvo. Razlike između bogatih i siromašnih postaju time još veće, a zdravstveno stanje se u najsiromašnijim zemljama i nekim zemljama u tranziciji ozbiljno pogoršava. 1989. g. UNICEF ocjenjuje da su mjere koje se provode „nehumane, nepotrebne i neučinkovite” i da je „zadnjih 12 mjeseci umrlo najmanje pola milijuna djece zbog ekonomske krize u koju su „umotane”» (enveloped) zemlje u razvoju⁽²⁾.

Stručno, a još više političko vodstvo je prešlo mogućnosti specijaliziranih agencija, pa se u vrijeme prijelaza u novo stoljeće problemom daljnjeg razvoja bavi i Milenijska skupština UN, 2000., u povijesti najveći skup 149 čelnika država i vlada i 40 visokih dužnosnika iz drugih zemalja^(5,6). Kofi Annan je predstavio dokument: **Mi, narodi** Svijeta, koji je „promišljen pogled na velike izazove s kojima se suočava globalno društvo: ekstremno siromaštvo, pandemijske bolesti, uništavanje okoliša i građanski sukobi⁽⁷⁾”. Zaključci su formulirani u obliku globalne Milenijske deklaracije, u kojoj je postavljeno i osam milenijskih ciljeva (iskorijeniti ekstremnu glad i siromaštvo; postići opće primarno obrazovanje; unaprijediti ravnopravnost i moć žena; smanjiti dječji

mortalitet; suzbiti HIV/AIDS, malariju i druge bolesti; osigurati održivost okoliša; razviti globalno partnerstvo za razvoj). Za provođenje tih ciljeva formiran je kasnije Globalni fond i organiziran Milenijski projekt. Ocijenjeno je da je moguće dostići određenu razinu tih ciljeva do 2015.g.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Zbog ozbiljnosti situacije počinje se o zdravstvenim problemima raspravljati i na sastancima najmoćnijih zemalja (G8) i jača djelovanje dobrovoljnih i nevladinih organizacija. Gospodarskom konferencijom u Monterrey-u (Monterrey Consensus 2002) umjesto neo-liberalnog financijskog modela nastoji se organiziranjem javno-privatnog partnerstva (PPP: Public-Private-Partnership) stvoriti **razvojni model financiranja**^(7,11-13). Razdvojeni su pojmovi rasta i razvoja: gospodarski rast dovodi do poboljšanja, ali često rastu nejednakosti, tako da se stanje kod najsiromašnijih može i pogoršati. Cilj, dakle ne treba biti što brži rast, već i osposobljavanje za razvoj zajednica i zemalja u krizi⁽¹⁴⁾. Osnovni cilj je mobilizirati vlastite domaće financijske izvore zemalja mjerama međunarodnih investicija, ravnopravne trgovine i smanjenjem, otpisom ili reprogramiranjem nakupljenih međunarodnih dugova. Ponovljena je otprije raspravljana obveza da razvijene zemlje trebaju davati 0,7 % BNP za pomoć razvoju^(6,13).

Usprkos pozitivnim najavama do bitne političke promjene ipak ne dolazi, bar ne u nužnom obujmu. Teroristički napad na SAD 11. rujna 2001. potaknuo je politiku borbe s terorizmom vojnim sredstvima i osiguranje vojno-strateškog položaja najmoćnijih, umjesto politike ravnopravnosti, slobode, šire solidarnosti, tolerancije, čuvanja prirode, te borbe protiv siromaštva, neukosti i bolesti⁽⁷⁾. Nastavlja se nadmetanje dva suprotstavljena stava, što ovisi o neposrednim interesima moćnijih.

Kad kažete primarna zdravstvena zaštita mislite li na selektivnu ili komprehenzivnu primarnu zdravstvenu zaštitu?

Dakako, u takvoj situaciji, ni na stručnoj strani stvari ne stoje bolje.

Primarna zdravstvena zaštita je koncipirana u Alma-Ati kao dio života zajednice. Ona se bavi zdravstvenim nedaćama kako ih shvaća primarna zajednica, zadovoljava svakodnevne potrebe, ali također je dio zdravstvene organizacije i rješava prioritetne zdravstvene probleme u interesu šire zajednice. Ona je stoga dobila ime **horizontalne**, jer stvara mrežu jedinica u prvoj crti zdravstvene zaštite, a i **komprehenzivne** primarne zdravstvene zaštite jer se ne bavi samo odabranim problemima. Ona se razvija i živi u zajednici zajedno s narodnom medicinom, proizašlom iz tradicionalne medicine i lokalnog znanja i iskustva, kao i alternativnim oblicima medicine, pa se susreće i sukobljava i s anti-medicinom, koju provode iz vlastitih interesa pojedine grupa nadrilječnika, iscjelitelja, a i „stručnjaka”^(1,15,16).

Odmah, neposredno nakon Konferencije javila se i kritika takve zdravstvene zaštite, sumnje u mogućnost njenog provođenja i potaknula tzv. **vertikalna ili selektivna** primarna zdravstvena zaštita^(17,18). Selektivna stoga što se treba baviti samo odabranim problemima, bez obzira na želje i potrebe zajednice, a vertikalna što je organizirana po sistemu centralno upravljanih programa. Takva primarna zdravstvena zaštita bila je nastavak programa pomoći u rješavanju velikih općih zdravstvenih problema, podržavana od međunarodnih organizacija i iz zemalja donatora, jer je obećavala bržu intervenciju, naizgled racionalniju uporabu oskudnih sredstava, a vertikalnom organizacijom trebala osigurati kontrolu provođenja i stručnu kvalitetu službe⁽¹⁹⁾. Argument je bilo nekoliko uspješnih takvih akcija (eradikacija velikih boginja i kampanje cijepljenja). Nasuprot tome postojala su brojna iskustva da se velik broj vertikalnih programa gasi odmah nakon prestanka pomoći izvana i vodstva sa strane donatora. Najveća je šteta bila u tome da su vertikalni programi razarali horizontalnu mrežu primarne zaštite kakva je tradicionalno postojala, nepovoljno utjecali na razvitak i obrazovanje stručnjaka za primarnu zaštitu i kampanjskim djelovanjem usprkos privremenim uspjesima stvarali nezadovoljstvo i zapravo priječili razvoj^(17,20).

Tablica 2

**PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA (PZZ)
USPOREDBA SHVAĆANJA
SELEKTIVNE I POTPUNE (KOMPREENZIVNE)**

	SELEKTIVNA PZZ	KOMPREENZIVNA PZZ
<i>Stručni temelj</i>	Napredak tehnike, znanje	Zajedništvo, umijeće
<i>Neposredni cilj</i>	Rješenje izabranih zdravstvenih problema	Unapređenje ukupnog zdravlja i kvalitete života
<i>Usmjerenost</i>	Društvene grupe i administrativne jedinice	Pojedinci, obitelj i primarna zajednica
<i>Perspektiva</i>	Kratkoročna	Dugoročna
<i>Način primjene</i>	Ustrojeni program (vertikalno potaknuta)	Razvoj mjesnih snaga (horizontalno širenje)
<i>Mjerilo uspjeha</i>	Učinkovitost	Održivost i zadovoljstvo ljudi
<i>Tipično upravljanje (kvantitativni menadžment)</i>	Organizacijski zadaci (kvalitativni pristup)	Razvoj i sudjelovanje ljudi
<i>Utjecaj</i>	Brz, vremenski ograničen i privremen	Spor i kulturno uvjetovan

Uz jačanje globalizacijskih tendencija i opisanog razvoja međunarodne pomoći jasno je da je postepeno vertikalna primarna zdravstvena zaštita dobivala na prostoru. Tipični selektivni programi su bili u UNICEF-u i drugim fondovima, te većem broju projekata koje je financirala Svjetska banka. Najvjernija je zamisli komprehenzivne primarne zaštite ostala Svjetska zdravstvena organizacija, premda je ona shodno svojoj unutarnjoj strukturi vodila i primarnu zaštitu kao veliki vertikalni projekt, a pod utjecajem sve većeg broja ekstra-budžetskih projekata iz godine u godinu sve je više prioriternih programa imalo selektivni karakter⁽²¹⁾.

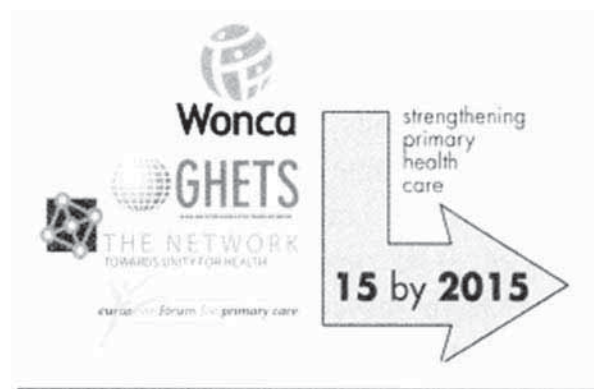
Problem odnosa vertikalnih i horizontalnih programa javlja se osobito akutno u nerazvijenim i siromašnijim zemljama, ali očituje se kao problem i u razvijenim zemljama, u donekle izmijenjenom obliku. Radi se o odnosu opće i specijalizirane službe, pa se stoga većina razvijenih zemalja odlučila za jačanje

komprehenzivne primarne zaštite i opće medicine, kako iz stručnih, tako i gospodarskih razloga. Problemi je javljaju katkad preko selektivnih projekata, preko posebnih državnih preventivnih programa, a često i preko ulaska većeg broja specijalista u prvu liniju zaštite, bilo putem privatne prakse, bilo organizirane sekundarne zaštite. Tradicionalno su u nekim zemljama u okviru primarne zdravstvene zaštite bile posebne službe za zaštitu djece, trudnica, radnika, ali i u slučajevima tuberkuloze (kasnije plućnih bolesti), šećerne bolesti, povišenog krvnog tlaka, terminalnih stanja, raka i nekih teških rijetkih bolesti. Kod toga je posebno pitanje liječnika opće/obiteljske medicine koji je nosilac koncepcije horizontalne (komprehenzivne) medicine ili bar formalno zamišljen „vratar” zdravstvenog sustava i „kontrolor” zdravstvene potrošnje. Oduzimanje sve većeg dijela stručnog sadržaja rada opće/obiteljske medicine i takva podjela rada u kojoj opća/obiteljska medicina

preuzima prvenstveno administrativne i pomoćne poslove ozbiljno remeti njen razvoj, a istovremeno je čini odgovornom za slabe uspjehe selektivnih vertikalnih programa i uvijek previsoku zdravstvenu potrošnju. Nepovoljno je da takav položaj odgovara onima u primarnoj zaštiti koji žele posao bez veće stručne odgovornosti ili nasuprot tome žele „mirni“, neovisan potpuno autonoman posao bez suradnje, zaštićen minimalnim korektnim ispunjavanjem administrativnih zadataka unutar dodijeljenih okvira. Takvo stanje stvara nepravične nejednakosti i nezadovoljstvo populacije, ruši kvalitetu rada, provocira nepovjerenje i impersonalne administrativne („kompjuterizirane“) kontrole^(22,23). Tu je, osobito u prijelaznom razdoblju, važna uloga pravne i socijalne države^(13,24-26). Međutim, niti tamo gdje dolazi do prevelikog uplitanja države kroz duže vrijeme rezultati nisu dobri, zaštita postaje „administrativna“ i birokratizirana. Ne pokazuju se dobri opći rezultati niti u zemljama gdje je takav sustav povezan s povećanjem prihoda primarnih liječnika⁽²⁷⁾.

Zbog svih tih razloga očekivan je apel (koji se i pojavio u siječnju ove godine) sa strane Međunarodne organizacije liječnika opće/obiteljske medicine (WONCA) s više relevantnih udruga (GHETS – Global Health through Education, Training, and Service; Europskog foruma za primarnu zaštitu; te Mreže jedinstva za zdravlje). Apel je upućen Novom zdravstvenom partnerstvu, te fondacijama kao što su Globalni fond, Svjetska banka, Fondacija Billa i Melinde Gates, pa i Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji. Apel nosi naslov **Jačanje primarne zdravstvene organizacije „15 do 2015“**⁽¹⁹⁾. U dokumentu se upozorava na loše razvojne tendencije i traži da se do 2015. godine od ukupnih sredstava vertikalnih programa bar 15% investira za primarnu zaštitu, posebice za jačanje „dobro koordiniranog, integriranog sustava lokalne primarne zaštite i da se taj postotak vremenom povećava“⁽¹⁹⁾. Naime, već je vidljivo da bez jačanja horizontalne primarne zaštite neće biti moguće dostići ciljeve Milenijskog projekta Ujedinjenih naroda, kako je uz mnoge druge u svom inače optimističnom izvještaju Izvršnom odboru

Svjetske zdravstvene organizacije u siječnju 2008. istakla M. Chan, generalna direktorica SZO^(7,19,21).



Slika 1

Što Alma-Ata danas može značiti za nas?

Kad se razmotri stanje, kretanja i sukobe interesa u svijetu, postaje jasno koliko se to tiče i nas i kako zaokupljeni neposrednim svakodnevnim problemima gubimo osjećaj prave dimenzije problema. Kod nas i danas traje mrtva trka između stvarne neoliberalne strukturalne adaptacije (koja je rezultirala upitnom privatizacijom i brzom „liberalizacijom“, uz slabu državu socijalnim i razvojnim zaostajanjem) s razvojnim gospodarskim konceptom deklarirane socijalne države. U zdravstvu je razbijena horizontalna mreža i kvazi privatizacijom individualizirana praksa, a javno-zdravstvene, preventivno ekološke službe centralizirane. Time je razbijena koncepcija integrirane zaštite. Noviji preventivni programi ranog otkrivanja raka i prevencije kardiovaskularnih bolesti nastoje se također pretežno organizirati kao vertikalni projekti. Neophodno je stoga i kod nas potrebno većim povezivanjem i većim ulaganjem štititi komprehenzivnu, horizontalnu primarnu zaštitu, a obiteljima i primarnim zajednicama dati mogućnost većeg osposobljavanja, aktivnog utjecaja i samo-organiziranja na području zdravstvene zaštite^(28,29). Pomak započet Alma-Atom bio je korak naprijed i u praksi nerazvijenih i razvijenih zemalja i razbistrio

kontroverze interesa, ali niti izdaleka nije doveden do kraja i bitka dobivena. Kako u svijetu, tako i u nas, općoj/obiteljskoj medicini, najbližoj životu i potrebama populacije, ne može biti svejedno kojim smjerom će se konačno izgraditi socijalna i zdravstvena politika zemlje, jer o tome ovisi i sudbina te struke.

Literatura

1. WHO-UNICAF. Alma-Ata 1978 Primary health care. Health for All Series No 1. Geneva, WHO, 1978.
2. Maciocco G, Italian Global Health watch. From Alma Ats to the Global Fund: The history of international health policy. *Social Medicine* 2008; 3(1): 36-48.
3. Levine R. Open letter to the incoming director general of the World Health Organization: time to refocus. *BMJ* 2006; 333: 1015-7.
4. Washington Consensus. Wikipedia, 2008. [http://en.wikipedia.org/5;370\(9593\):1153-63](http://en.wikipedia.org/5;370(9593):1153-63).
5. United Nations Millenium Declaration 2000. <http://www.eoearth.org>
6. United Nations. High-level Dialogue on Financing for Development. Summary by the President of the General Assembly. <http://www.un.org/esa/ffd/hld/HLD2007/index.htm>
7. Sachs J. Kraj siromaštva. *Ekonomске mogućnosti našeg doba*. Biblioteka Facta. Zagreb, Algoritam, 2007.
8. Marmot M for the Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007 Oct
9. Tugwell P, Robinson V, Morris E. Mapping global health inequalities: challenges and opportunities. Center for Global, International and Regional Studies. Global inequalities Conference 2007. <http://repositories.cdlib.org/cgirs/mgi-22>.
10. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med* 2007; 64: 1355-62.
11. Sen A. Development as freedom. New York, Anchor books, 1999.
12. Giddens A, Diamond P, Liddle R, eds. *Global Europe, social Europe*. Cambridge, Polity Press, 2006.
13. Radošević D. Izazovi razvoja: zagovor nove ekonomske politike Hrvatske. Zagreb; Politička kultura, 2005.
14. Pogge T. Growth and inequality: understanding recent trends and political choices. *Dissent* 2008. <http://www.dissentmagazine.org>
15. Newell KW. Selective primary health care: the counter revolution. *Soc Sci Med* 1988; 26(9): 903-6.
16. Assar M, Jakšić Ž. A health services development project in Iran. U: Newell KW, ed. *Health by the people*. World Health Organization, Geneva, 1975. Str. 112-127.
17. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *NEJM* 1979; 301(18): 967-73.
18. Warren KS. The evolution of selective primary health care. *Soc Sci Med* 1988; 26(9): 891-98.
19. De Maeseneer J, van Wheel Ch, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *BJGP* 2008; 58: 3,4.
20. Partnership for Health. Reform plus (USAID). System-wide effects of the Global Fund in Malawi: Baseline study report. October 2005. <http://www.phrplus.org>.
21. Chan M. Report to the WHO Executive Board January, 21. 2008. Geneva WHO News, 2008.
22. WHO Commission on Social Determinants of Health. Final Report of the Health Systems Knowledge Network. http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/systems/en/
23. Eckersley R. Is modern Western culture a health hazard? *Int Jour Epidemiology* 2006; 35: 252-8.
24. Pusić E, Puljiz V, Zrinščak S, Magdalenić I. Pitanja socijalne države. Rasprava na Okruglom stolu: Hrvatska kao socijalna država. *Revija za socijalnu politiku* 1997; 4(1): 21-6.
25. Zrinščak S, ur. *Socijalna država u 21. stoljeću – privid ili stvarnost?* Zagreb, Pravni fakultet, 2006.
26. Suhrske M, MsKee M, Sauo Arce R, Tsołova S, Mortensen J. Investment in health could be good for Europe's economies. *BMJ* 2006; 333: 1017-9.
27. Heath I. An open letter to the Prime Minister. *BMJ* 2008; 336: 360.
28. Lloyd J, Wait S. *Integrated care. A guide for policy makers*. Londo, Alliance for Health and the Future, 2006.
29. WHO. *Engaging for Health. XI General Programme of Work 2006–2015. A Global Health Agenda*. Geneva, WHO, 2006.

ZDRAVSTVENI LOKUS KONTROLE BOLESNIKA KOJI BOLUJU OD ISHEMIJSKE BOLESTI SRCA

HEALTH LOCUS OF CONTROL OF THE PATIENTS SUFFERING FROM ISCHAEMIC HEART DISEASE

¹Petriček G, ²Barišić T, ³Grubišić-Čabo J, ⁴Mravak-Alviž V, ⁵Vuletić Mavrinc G, Murgić L, ¹Vrcić-Keglević M

Sažetak

Uvod: Dosadašnja saznanja upućuju da zdravstveno ponašanje pojedinca djelomično ovisi i o njegovom vjerovanju da li i koliko njegovo zdravlje ovisi o njegovom vlastitom ponašanju, a da li i koliko o čimbenicima na koje se ne može utjecati. Teorijsko ishodište ove spoznaje čini Rotterova teorija socijalnog učenja po kojoj osoba koja ima unutarnji lokus kontrole smatra da može utjecati na događaje i/ili njihove posljedice. Nasuprot tome, osoba sa vanjskim lokusom kontrole smatra da je ono što se zbiva rezultat sreće, slučaja, sudbine ili utjecaja drugih osoba.

Cilj: Istražiti zdravstveni lokus kontrole bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca, te povezanost zdravstvenog lokusa kontrole sa spolom, dobi bolesnika, socijalnom podrškom i zadovoljstvom života bolesnika.

Uzorak i metoda: Deskriptivno presječno istraživanje provedeno je u ordinaciji obiteljske medicine na uzorku od 47 bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca, tijekom ožujka i travnja 2007. godine. Korištenjem ZLK-90-2 upitnika i upitnika o općim podacima o bolesnicima procijenjen je zdravstveni

lokus kontrole, te određena socijalna podrška i zadovoljstvo životom bolesnika. Podaci su obrađeni statističkim programom Statistika, verzija 7.1.

Rezultati: Procjenom zdravstvenog lokusa kontrole utvrđeno je da su ispitanici vjerovali da na njihovo zdravlje najviše utječu okolnosti, podjednako utječu sudbina odnosno sreća, te vlastite snage, a najmanje su važne druge osobe. Bolesnici su iskazali povjerenje prema zdravstvenim radnicima i tradicionalnim postupcima liječenja, a nepovjerenje prema alternativnim postupcima liječenja. Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost dobi i unutarnjeg lokusa kontrole. Iako je socijalna podrška bolesnika bila visoka, zadovoljstvo životom bilo je na donjoj granici očekivanog normativnog raspona.

Zaključak: Liječnici bi prije određivanja terapijskog plana za svakog bolesnika morali procijeniti okolnosti u kojima bolesnik živi, te zajedno s bolesnikom, provjeriti mogućnost provedbe preporučenog zdravstvenog ponašanja i terapijskih postupaka, kako bi preporučeno liječenje moglo biti provedivo, a time i suradljivost bolesnika na preporučene postupke liječenja veća.

¹Katedra za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Rockefellerova 4, Zagreb

²Ordinacija opće medicine, Dr Tihana Barišić, Punta bb, Omiš

³Ordinacija opće medicine, Dr Jadranka Grubišić-Čabo, Narodnog preporoda 12, Šibenik

⁴Ordinacija opće medicine, Dr Vedrana Mravak-Alviž, Kralja Zvonimira 23, Šibenik

⁵Katedra za medicinsku statistiku, epidemiologiju i medicinsku informatiku, Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Rockefellerova 4, Zagreb

Ključne riječi: zdravstveni lokus kontrole, ishemijska bolest srca, kronična bolest

Summary

Introduction. Recent experiences have shown that individual's health behavior partly depends on his belief whether and how much his health depends on his own behavior, and how much on other factors on which he can or cannot influence. Rotter's Social Learning Theory is a theoretical point of this idea. According to this theory a person who has internal locus of control is assuming that he can have influence on events and/or their consequences. On the other hand, a person with the external locus of control is assuming that what is happening is a result of luck, chance, fate or other people's influence.

Aim. To assess health locus of control among ischemic disease patients, and correlation between patients' locus of control, their gender, age, social support and life satisfaction

Patients and methods. Descriptive cross-sectional study among 47 ischemic disease patients was carried out in the general/family medicine practice during March and April 2007. Using the ZLK-90-2 questionnaire and the Questionnaire on patient general data patient health locus of control, social support and life satisfaction were assessed. Data were analyzed using statistical software Statistica ver. 7.1.

Results. The assessment of health locus of control showed that the patients believed that surrounding factors are mostly influencing their health, followed by fate or luck and their own strength. Other people are the least important. Patients trusted health professionals and traditional medicine, and felt distrust towards alternative forms of medicine. There was positive statistical correlation between age and internal locus of control. Although the social support was high, the life satisfaction was on the lower limit of expected normative range.

Conclusion. Before setting the treatment plan, physicians should assess living conditions of every

patient, and together with them, check the possibilities for implementation of proposed health behavior and treatment, in order to insure the possibilities for its improvement, thus making patient's compliance higher.

Key words: health locus of control, ischaemic heart disease, chronic illness

Uvod

Kronična bolest takav je poremećaj organa, sustava organa ili cijelog organizma koja dovodi do poremećaja psihičkog, tjelesnog i socijalnog funkcioniranja pojedinca, a oboljelog sprječava u potpunom obavljanju svakodnevnih aktivnosti (1). Očituje se dugotrajnošću i izazivanjem invaliditeta što doprinosi uključivanju više organskih sustava u bolest, te višestruki poremećaj funkcije organizma. Kod kronične bolesti, zbog njezinog trajanja i posljedica, te potrebe dugoročnog liječenja i rehabilitacije dolazi do poremećaja ne samo u bolesniku, njegovim najbližima, već i u cijeloj društvenoj zajednici.

Temelj odgovarajuće skrbi kronične bolesti je partnerstvo bolesnika i liječnika koje pretpostavlja središnju ulogu bolesnika (2) i danas je prepoznato i široko usvojeno da uspješna skrb nad liječenjem kronične bolesti ovisi o aktivnom sudjelovanju bolesnika. Tako bolesnik dobiva integralnu ulogu u procesu liječenja, mora se uključiti u liječenje, mijenjati svoje ponašanje i prilagoditi se posljedicama bolesti. Liječnik pak mora shvatiti kako je to imati kroničnu bolest i kako program liječenja prilagoditi potrebama i željama svakog pojedinog bolesnika (3).

Ishemijska bolest srca je kronično stanje koje predstavlja skup kliničkih sindroma nastalih zbog ishemijske miokarda kao posljedica nerazmjera potrebe i dopreme kisika u miokard zbog promjene koronarne cirkulacije (4). Sindrom se može očitovati različitim kliničkom slikom što ovisi o opsegu i vrsti pogođene koronarne krvne žile, tako da razlikujemo anginu pectoris, akutni koronarni sindrom, poremećaje srčanog ritma i provođenja, dekompenzaciju srca i

iznenadnu smrt. Dok se na zapadu posljednjih desetljeća bilježi pad kardiovaskularne smrtnosti, u tranzicijskim zemljama događa se drugi val epidemije ovih bolesti, pa se vjeruje da će njihova učestalost rasti u sljedeća dva desetljeća (5). Ishemijska bolest srca najčešći je uzrok smrti u Hrvatskoj sa ukupnim udjelom od 20,33% za žene i 18,67% za muškarce (6). U djelatnosti opće medicine u Hrvatskoj, bolesti srca i krvnih žila zauzimaju drugo mjesto, odnosno 12,7% ukupnog morbiditeta (6). Stoga je javnozdravstveni značaj uspješne kontrole i suzbijanja komplikacija ove bolesti neosporan.

Adekvatno liječenje ishemijske bolesti srca obuhvaća, uz uzimanje propisane terapije, provođenje pravilna životna stila koji uključuje prestanak pušenja, pravilnu prehranu, pravilnu fizičku aktivnost, te smanjenje izloženosti stresu (4). Načine kako motivirati bolesnika da promijene rizično zdravstveno ponašanje, te trajno zadrže provođenje pravilna životna stila od važnosti je za zdravstvene profesionalce u skrbi za kroničnog bolesnika koji boluje od ishemijske bolesti srca (7).

Smatra se da zdravstveno ponašanje pojedinca djelomično ovisi i o njegovom vjerovanju da li i koliko njegovo zdravlje ovisi o njegovom vlastitom ponašanju, a da li i koliko o čimbenicima na koje se ne može utjecati. Teorija lokusa kontrole temelji se na Rotterovoj socijalnoj teoriji o lokusu kontrole po kojoj su neke osobe događaje koji im se dogode u životu, svoje uspjehe i neuspjehe, bolesti, nesreće i slično, skloni pripisivati sudbini, slučaju, sreći, odnosno drugim moćnicima (8). Takve osobe imaju vanjski lokus kontrole. Nasuprot navedenom, druga skupina ljudi će za događaje koji im se događaju nalaziti osnovni razlog u sebi, svom ponašanju i vlastitim uvjerenjima, dok će vanjski faktor u tome imati mali ili nikakav značaj. Takve osobe imaju unutarnji lokus kontrole (9). Rezultati istraživanja upućuju da će se osobe sa unutarnjim lokusom kontrole aktivnije suočavati sa novim situacijama pa tako i sa bolesti, odnosno biti suradljivije s propisanim liječenjem i drugim oblicima zdravlju usmjerenog ponašanja (10). Smatrat će da će svojim ponašanjem utjecati na tijek i ishod bolesti, te će svoje ponašanje

oblikovati prema novonastaloj situaciji. Osobe sa vanjskim lokusom kontrole ponašat će se pasivnije, teže prihvatiti nove ideje, te teže mijenjati vlastito ponašanje.

Svaki pokušaj negiranja bilo kojeg percipiranog izvora kontrole zdravlja izazvat će otpor pojedinca u provođenju propisanog liječenja (11). Zbog toga je važno razmotriti sve percipirane izvore kontrole zdravlja bolesnika, kao i stupanj vjerovanja koji se uz njih veže.

Cilj istraživanja

Osnovni cilj:

Istražiti zdravstveni lokus kontrole bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca.

Specifični ciljevi:

1. Istražiti povezanost zdravstvenog lokusa kontrole sa spolom i dobi bolesnika.
2. Istražiti povezanost zdravstvenog lokusa kontrole sa socijalnom podrškom i zadovoljstvom života bolesnika.

Uzorak i metoda

Presječno istraživanje provedeno je u ordinaciji liječnika na specijalizaciji iz obiteljske medicine u Omišu. Namjernim uzorkom obuhvaćeno je 46 bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca (MKB X revizija, dijagnoze: I20 - I25) koji su posjetili ordinaciju u razdoblju od 20. veljače do 31. ožujka 2007. godine. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno, a niti jedan bolesnik nije odbio istraživanje.

Liječnik je bolesnicima objasnio cilj i svrhu istraživanja, način ispunjavanja upitnika, zagantirao anonimnost, te onima koji su pristali, dao dva upitnika. Većina je ispunila upitnike kod kuće i sljedeći dan predala zatvorene u kuverti medicinskoj sestri. Nekoliko bolesnika je upitnik ispunilo isti dan u posebnoj prostoriji uz čekaonicu i potom predalo upitnike medicinskoj sestri.

U istraživanju su korištena dva upitnika: upitnik o općim podacima o bolesniku i upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK-90-2).

Upitnik o općim podacima o bolesniku sastoji se od 18 pitanja o sociodemografskim karakteristikama bolesnika: dob, spol, mjesto rođenja, obiteljski status i broj članova obitelji, krug prijatelja, školska sprema, radni status, zaposlenje, radni uvjeti i ekonomsko stanje obitelji, opis sebe, trajanje bolesti, prisustvo ostalih kroničnih bolesti, duljina skrbi kod obiteljskog liječnika, postojanje kroničnih bolesti kod prijatelja i obitelji, te socijalna podrška i zadovoljstvo života.

Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja ZLK-90-2 namijenjen je ispitivanju percipiranog izvora kontrole zdravlja, a sadrži 32 pitanja podijeljena u četiri skale: I skala koja ispituje vjerovanje bolesnika u unutarnji izvor kontrole, te tri skale koje ispituju vjerovanje bolesnika u vanjski izvor kontrole: Evd skala - važni drugi, Es skala - slučaj, sudbina i Eo skala - okolnosti (10). Uz svako pitanje ponuđena su četiri odgovora koja upućuju na različiti stupanj vjerovanja/nevjerovanja (u potpunosti vjerujem, uglavnom vjerujem, uglavnom ne vjerujem, uopće ne vjerujem). Viši rezultat na skali ukazuje u veće vjerovanje u navedeni izvor kontrole. Maksimalni mogući rezultat u svakoj od skala je 32 boda (12).

Obrada podataka:

Podaci su obrađeni statističkim programom Statistika, verzija 7.1, a vrijednosti $P < 0,05$ smatrana je statistički značajnom.

Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 47 bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca, od čega 23 muškarca i 24 žene. Prosječna dob ispitanika iznosila je 65.0 godina \pm 12.9 (M \pm SD), a prosječno trajanje koronarne bolesti srca 6.6 \pm 5.4 (M \pm SD). Većina ispitanika završila je samo osnovnu školu (31/47). Obzirom na stariju dob, 36/47 ispitanika nije više bilo radno aktivno, dok ih je 11/47 bilo radno aktivno.

Većina ispitanika živjela je u obitelji, s najvećim udjelom dvočlanih obitelji (11/47) prosječnog ekonomskog stanja (30/47).

Više od polovice bolesnika (30/47) opisalo se uobičajeno povjerljivom osobom, te optimistom (28/47), a 23/47 bolesnika doživjelo se komunikativnima.

Većina bolesnika (41/47) pored ishemijske bolesti srca, bolovala je i od drugih kroničnih bolesti, većina od još 2 kronične bolesti (39/47). Najčešća pridružena kronična bolest bila je arterijska hipertenzija (20/47), potom šećerna bolest tip 2 (6/47), hiperlipidemija (4/47), depresija (2/47), osteoporoza (2/47), bronhalna astma (2/47) i anksiozno depresivni poremećaj (2/47).

Iako u većine ispitanika u roditeljskoj obitelji nije bilo kronične bolesti (36/47), u sadašnjoj obitelji (21/47), kao i među prijateljima (40/47) utvrđena je kronična bolest.

Socijalna podrška

Socijalna podrška procijenjena je s dva pitanja na koja su bolesnici odgovarali na skali od 0 (nikada) do 10 (uvijek). Na pitanje »U proteklih mjesec dana koliko je netko bio uz Vas kada Vam je trebao?« i muški i ženski ispitanici imali su centralnu vrijednost 8 što ukazuje na visoku socijalnu podršku. Na pitanje »U proteklih mjesec dana koliko ste se mogli pouzdati u nekoga?« medijan za muškarce bila je 8, dok je za žene iznosila 6. Međutim nije utvrđena statistički značajna razlika u socijalnoj podršci između muškaraca i žena, kao niti između optimista i pesimista.

Zadovoljstvo životom

Subjektivni osjećaj zadovoljstva životom procijenjen je odgovorom ispitanika na pitanje: »Koliko ste zadovoljni životom uopće?« na koje su ispitanici odgovarali na skali od 0 -10 (0 -sasvim nezadovoljan, 5 - ni zadovoljan ni nezadovoljan, 10 - sasvim zadovoljan). Raspon dobivenih odgovora je od 1–8, uz centralnu vrijednost 5, a dominantnu 6. Ženski ispitanici imali su centralnu vrijednost 5, a muški ispitanici 6. Nije utvrđena statistički značajna razlika u zadovoljstvu životom između muškaraca i žena, kao niti između optimista i pesimista.

Tablica 1. Korelacija dobi, zadovoljstva životom i skala zdravstvenog lokusa kontrole

		Dob Age	Zadovoljstvo životom Life satisfaction	I skala I scale	Evd skala Evd scale	Es skala Es scale	Eo skala Eo scale
Dob Age	<i>Pearson Correlation</i>	1	.000	.498(**)	.159	.087	.063
	p		.999	.000	.291	.561	.674
	N	47	47	47	46	47	47
Zadovoljstvo životom Life satisfaction	<i>Pearson Correlation</i>		1	.251	.287	-.328(*)	-.337(*)
	p		.999	.089	.053	.024	.021
	N	47	47	47	46	47	47

** korelacija je statistički značajna na razini $p < 0.01$
Correlation is statistically significant for $p < 0.01$

Table 1. Correlation of age, life satisfaction and health locus of control scale

* korelacija je značajna na razini $p < 0.05$
Correlation is significant for $p < 0.05$

Utvrđena je statistički značajna povezanost zadovoljstva životom i socijalne podrške (Tablica 1). Oni ispitanici koji su imali visoku socijalnu podršku imali su i visoko zadovoljstvo životom i obrnuto.

Nije utvrđena statistički značajna razlika u socijalnoj podršci, niti u zadovoljstvu životom između pesimista i optimista. Iako su pesimisti češće navodili manje vrijednosti zadovoljstva životom ($M=4.2$) u odnosu na optimiste ($M=5.3$) nije utvrđena statistički značajna razlika.

Percipirani izvor kontrole zdravlja bolesnika

I skala:

Od maksimalna 32 boda, medijan za cijelu skalu je 20.0, a prosječna vrijednost 19.8 ± 3.9 ($M \pm SD$). Bolesnici uglavnom nisu vjerovali (medijan 2) da će se zaštititi od bolesti poznavanjem uzroka, da ih higijenske navike štite od većine bolesti i da o njima ovisi brzina ozdravljenja, a uglavnom su vjerovali (medijan 3) da će sačuvati zdravlje vodeći računa o

tome što i koliko jedu, što rade i kako žive, da rezultati liječenja ovise o njima koliko o liječniku ili terapiji, da će sačuvati zdravlje ako redovito odlaze na kontrolne preglede, te da je svatko odgovoran za svoje zdravlje. Bolesnici niti u jednu tvrdnju I skale, koja je ispitivala vjerovanje u vlastite snage, nisu u potpunosti vjerovali, već su svaku uzeli s rezervom (uglavnom vjerovali), odnosno uglavnom nisu vjerovali (Tablica 3).

Es skala:

Od maksimalna 32 boda, medijan za cijelu skalu je 20.0, prosječno 20.9 ± 2.8 ($M \pm SD$). Bolesnici uglavnom uopće nisu vjerovali (medijan je 1) da je njihovo zdravlje u Božjim rukama, a uglavnom nisu vjerovali (medijan je 2) da su gotovo sve njihove bolesti posljedica slučaja, da se uvijek zateknu gdje ima prehladenih i bolesnih, te da loša sreća ugrožava zdravlje. Bolesnici su uglavnom vjerovali (medijan je 3) da je zdravlje stvar sreće, da će uz Božju pomoć ozdraviti od svih bolesti, te da ne treba voditi računa o zdravlju, dok su u potpunosti vjerovali (medijan 4) da trebaju voditi brigu o zdravlju (Tablica 4).

Tablica 2. Korelacija zadovoljstva životom i socijalne podrške Table 2. Correlation of life satisfaction and social support

		Netko bio uz vas <i>Someone was by your side</i>	Pouzdanje u nekoga <i>Confidence</i>	Zadovoljstvo životom <i>Life satisfaction</i>
Zadovoljstvo životom <i>Life satisfaction</i>	Spearman's rho	.672(**)	.682(**)	1.000
	p	.000	.000	
Netko bio uz vas <i>Someone was by your side</i>	Spearman's rho	1.000	.869(**)	.672(**)
	p		.000	.000
Pouzdanje u nekoga <i>Confidence</i>	Spearman's rho	.869(**)	1.000	.682(**)
	p	.000		.000

** korelacija (povezanost) je statistički značajna na razini $p < 0.01$ (ili 1%)

Correlation was statistically significant for $p < 0.01$ (or 1%)

Tablica 3. Deskriptivna statistika i test značajnosti razlika za I skalu upitnika zdravstvenog lokusa kontrole bolesnika koji boluju od koronarne bolesti

Table 3. Descriptive statistics and significant differences test for scale I of questionnaire od health locus of control of patients suffering from coronary diseases

	M	SD	Medijan <i>Median</i>	Min.	Maks. <i>Max</i>	Raspon <i>Range</i>
I skala / <i>Scale I</i>	19.8	3.9	20.0	12.0	30.0	18.0
Sačuvat ću zdravlje vodeći računa o tome što i koliko jedem/ <i>I will keep my health caring for what and how much I eat</i>	2.6	.8	3	1	4	3
Sačuvat ću zdravlje ako pazim što radim i kako živim/ <i>I will keep my health if I care what I do and how I live</i>	2.9	.7	3	2	4	2
Zaštitit ću se od bolesti poznavanjem uzroka / <i>I will protect myself from diseases knowing their causes</i>	2.0	.7	2	1	4	3
Rezultati liječenja ovise o meni koliko o liječniku ili terapiji/ <i>Treatment results depend on me as much as on the doctor or the therapy</i>	2.6	.8	3	1	4	3
Higijenske navike štite me od većine bolesti / <i>hygienic habits protect from most diseases</i>	2.0	.7	2	1	3	2
O meni ovisi brzina ozdravljenja/ <i>Quickness of recovery depends on me</i>	2.2	.6	2	1	4	3
Zdravlje ću sačuvati ako redovito odlazim na kontrolne preglede/ <i>I will keep my health if I go to control check ups regularly</i>	2.6	.7	3	1	4	3
Svatko je odgovoran za svoje zdravlje/ <i>Everyone is responsible for his/her health</i>	2.9	.8	3	2	4	2

Eo skala:

Od maksimalna 32 boda, medijan za cijelu skalu je 25.0 uz prosječnu vrijednost odgovora 25.2 ± 2.1 (M \pm SD). (Tablica 5)

Odgovori ispitanika na pojedina pitanja skale Eo pokazuju da bolesnici uglavnom ne vjeruju (medijan 2) da bi zdravlje bilo manje ugroženo uz više slobodnog vremena, dok uglavnom vjeruju (medijan 3) da uništena priroda šteti zdravlju, da svaka društvena promjena kao i promjena vremena negativno djeluju na njihovo zdravlje, te da ne mogu sačuvati zdravlje ako na liječnički pregled čekaju 2-3 sata. Bolesnici u potpunosti vjeruju (medijan 4) da ljudi koji im idu na živce i neugodne vijesti škode njihovu zdravlju, te da svakodnevne poteškoće

ugrožavaju njihovo zdravlje. Za skalu Eo lokusa kontrole koja ispituje vjerovanje bolesnika u okolnosti na utjecaj zdravlja, postignut je najviši rezultat što ukazuje da ispitanici smatraju okolnosti važnim u utjecaju na njihovo zdravlje.

Skala Evd:

Od maksimalna 32 boda, medijan za cijelu skalu je 19.0 uz prosječnu vrijednost odgovora 18.4 ± 2.7 (M \pm SD). Odgovori ispitanika na pojedina pitanja Evd skale pokazuje da bolesnici uopće nisu vjerovali (medijan 1) da su najkorisniji zdravstveni savjeti i upute u novinama, te da većinu bolesti najuspješnije liječe bioenergetičari, dok uglavnom nisu vjerovali (medijan je 2) da su savjeti obitelji važni su za ozdravljenje, da kada su bolesni trebaju potražiti

Tablica 4. Deskriptivna statistika i test značajnosti razlika za Es skalu upitnika zdravstvenog lokusa kontrole bolesnika koji boluju od koronarne bolesti

Table 4. Descriptive statistics and significant differences test for Es scale of questionnaire od health locus of control of patients suffering from coronary diseasaes

ES skala / ES Scale	M	SD	Medijan Median	Min.	Maks.	Raspon Range
Ne treba voditi računa o zdravlju / <i>There is no need to care about health</i>	20.9	2.8	20.0	15.0	27.0	12.0
Moje zdravlje je u Božjim rukama / <i>My health is in God's hands</i>	1.6	.8	1	1	4	3
Trebam voditi brigu o zdravlju / <i>Health should be taken care of</i>	3.3	.9	4	1	4	3
Zdravlje je stvar sreće / <i>Health is a matter of luck</i>	3.2	.7	3	2	4	2
Uz Božju pomoć ozdravit ću od svih bolesti / <i>I will be better with God's help</i>	3.2	.7	3	2	4	2
Gotovo sve moje bolesti posljedica su slučaja / <i>Almost all my diseases are the consequences of coincidence</i>	2.5	.7	2	1	4	3
Uvijek se zateknem gdje ima prehladenih i bolesnih / <i>I am always among people with cold or suffering from some disease</i>	2.0	.7	2	1	4	3
Loša sreća ugrožava zdravlje / <i>Bad luck threaten my health</i>	1.8	.9	2	1	4	3
Ne treba voditi računa o zdravlju / <i>There is no need to care about health</i>	3.4	.6	3	2	4	2

savjet prijatelja, te da najuspješnije liječe travari. Bolesnici su uglavnom vjerovali (medijan je 3) da liječnici mogu izliječiti većinu bolesti, da zdravstveno osoblje zna što je dobro za njihovo zdravlje, te da bi za zdravlje bilo bolje kad bi radne organizacije organizirale sistematske preglede (Tablica 6).

Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost dobi i Skale I ($p < 0,01$) što upućuje da su bolesnici starije dobi postizali više rezultate na I skali odnosno da su stariji bolesnici više vjerovali u važnost unutarnjeg izvora kontrole, odnosno sebe samih. Nije utvrđena statistički značajna povezanost ostalih skala (Es, Eo i Evd) s dobi (Tablica 1). Nadalje utvrđena je statistički značajna negativna povezanost zadovoljstva životom i Skala Es ($r = -0.328$, $p < 0,05$) te zadovoljstva životom i rezultata na skali Eo ($r = -$

0.337 , $p < 0,05$) što upućuje da su bolesnici koji su bili zadovoljniji životom manje vjerovali u važnost slučaja, sudbine, odnosno okolnosti (Tablica 2). Nije utvrđena statistički značajna povezanost socijalne podrške i niti jedne ZLK skale (Tablica 2).

Rasprava

Ovim presječnim, deskriptivnim istraživanjem procijenjen je zdravstveni lokus kontrole u 47 bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca, te istražena povezanost zdravstvenog lokusa kontrole sa spolom, dobi, socijalnom podrškom i zadovoljstvom života bolesnika.

Ispitivani bolesnici bili su prosječne životne dobi 65

Tablica 5. Deskriptivna statistika i test značajnosti razlika za Eo skalu upitnika zdravstvenog lokusa kontrole bolesnika koji boluju od koronarne bolesti

Table 5. Descriptive statistics and significant differences test for Eo scale of questionnaire od health locus of control of patients suffering from coronary diseasaes

	M	SD	Medijan Median	Min.	Maks. Max.	Raspon Range
Eo skala / Eo Scale	25.2	2.1	25.0	21.0	30.0	9.0
Uništena priroda šteti zdravlju/ <i>Destroyed nature is harmful to health</i>	3.3	.6	3	2	4	2
Svakodnevne poteškoće ugrožavaju zdravlje/ <i>Everyday problems endanger health</i>	3.6	.5	4	3	4	1
Zdravlje bi bilo manje ugroženo uz više slobodnog vremena/ <i>Health will be less threatened with more spare time</i>	1.7	.7	2	1	4	3
Svaka društvena promjena negativno djeluje na moje zdravlje/ <i>Every social change effects my health</i>	3.2	.7	3	2	4	2
Ljudi koji mi idu na živce škode mojem zdravlju/ <i>People that are getting on my nerves affects my health</i>	3.8	.4	4	3	4	1
Svaka promjena vremena ugrožava zdravlje/ <i>Every weather change affects my health</i>	3.3	.6	3	2	4	2
Ne mogu sačuvati zdravlje ako na liječnički pregled čekam 2-3h/ <i>I cannot keep my health if I wait for my check up 2-3 hours</i>	2.8	1.0	3	1	4	3
Neugodne vijesti škode vašem zdravlju/ <i>Unpleasant news affect my health</i>	3.6	.7	4	1	4	3

Tablica 6. Deskriptivna statistika i test značajnosti razlika za Evd skalu upitnika zdravstvenog lokusa kontrole bolesnika koji boluju od koronarne bolesti

Table 6. Table 4 Descriptive statistics and significant differences test for Evd scale of questionnaire od health locus of control of patients suffering from coronary diseasaes

	M	SD	Medijan Median	Min.	Maks. Max.	Raspon Range
EVD skala / EVD Scale	18.4	2.7	19.0	12.0	27.0	15.0
Liječnici mogu izliječiti većinu bolesti/ Doctors can cure most of diseases	3.2	1.1	3	2	8	6
Najkorisniji zdravstveni savjeti i upute su u novinama/ Most useful health advice and instructions are in the papers	1.5	.6	1	1	3	2
Savjeti obitelji važni su za ozdravljenje/ Family advices are important for healing	2.3	.8	2	1	4	3
Većinu bolesti najuspješnije liječe bioenergetičari/ Most diseases are most successfully treated by bioenergetics	1.4	.7	1	1	4	3
Kada sam bolestan trebam potražiti savjet prijatelja/ When I am sick I should ask for advice of my friend	2.0	.7	2	1	4	3
Najuspješnije liječe travari/ Most successfull healers are herbalists	2.3	.8	2	1	4	3
Zdravstveno osoblje zna što je dobro za moje zdravlje/ Health personnel know the best what is good for my health	3.0	.3	3	2	4	2
Za zdravlje bi bilo bolje kad bi radne organizacije organizirale sistematske preglede/ It will be better for health if institutions organize regular systematic checkups	2.7	.8	3	1	4	3

godina, uglavnom rođeni na selu. Većinom su živjeli u dvočlanoj obitelji, osnovnoškolskog obrazovanja, prosječnog imovinskog statusa, te u mirovini. Bolesnici su se opisali komunikativnim, uobičajeno povjerljivim prema drugim ljudima, te optimistima.

Prosječno trajanje ishemijske bolesti srca ispitanika bilo je 6,5 godina, a bolesnici su većinom imali još jednu kroničnu bolest, i to najčešće arterijsku hipertenziju ili šećernu bolest tip 2, koji su važni rizični čimbenici za nastanak ishemijske bolesti srca (4).

Socijalna podrška ispitanika je visoka, no iako nije utvrđena statistički značajna razlika, muškarci su

socijalnu podršku procjenjivali višom od žena. Kako se radi o malom uzorku, postavlja se pitanje bi li povećanjem uzorka ova razlika postala značajnom.

Zadovoljstvo života procijenjeno je od ispitanika prosječnom vrijednošću 5. Kako se u odrasloj zdravoj populaciji normativni raspon prosječnog zadovoljstva životom kreće se između 6-8, procijenjena vrijednost 5 upućuje na znatan utjecaj ishemijske bolesti srca na zadovoljstvo životom u ispitanih bolesnika (13).

Nije utvrđena statistički značajna razlika u zadovoljstvu životom prema spolu, kao niti u zadovoljstvu životom i socijalnoj podršci između

optimista i pesimista, iako su pesimisti procijenili zadovoljstvo životom niže. Povezanost zadovoljstva životom i socijalne podrške je statistički značajna. Oni ispitanici koji su imali visoku socijalnu podršku imali su i visoko zadovoljstvo životom i obrnuto. I ovaj podatak potvrđuje koliko je važno u skrbi za kroničnog bolesnika i daljnjem tijeku i liječenju njegove bolesti, potpora socijalnog okruženja.

Procjenom zdravstvenog lokusa kontrole utvrđeno je da su ispitanici najviše vjerovali da na njihovo zdravlje najviše utječu okolnosti, podjednako utječu sudbina odnosno sreća, te vlastite snage, a najmanje važne druge osobe.

Iako postoje i oni bolesnici koji nisu vjerovali u utjecaj okolnosti na vlastito zdravlje, ipak je ono bilo u većine bolesnika najviše izraženo. Tako su bolesnici većinom u potpunosti vjerovali da ljudi koji im idu na živce, neugodne vijesti i svakodnevne poteškoće škode njihovu zdravlju, te uglavnom vjerovali da uništena priroda, promjene vremena i društvenog poretka štete

zdravlju, kao i da ne mogu sačuvati zdravlje ako na liječnički pregled čekaju 2-3 sata. Navedeno upućuje u važnost kontekstualnih, okolinskih elemenata u svakodnevnom procesu donošenja odluka bolesnika (14). Stoga je vjerovanje bolesnika u ovisnost zdravlja o okolnostima vjerojatno utemeljeno u stvarnim životnim okolnostima u kojima žive.

Procjenom utjecaja sudbine i sreće utvrđeno je da su bolesnici uglavnom vjerovali da je zdravlje stvar sreće, da će uz Božju pomoć ozdraviti od svih bolesti, te da ne treba voditi računa o zdravlju, dok su u potpunosti vjerovali da trebaju voditi brigu o zdravlju. Zadnje dvije izjave su kontradiktorne i postavlja se pitanje da li su razumjeli što se od njih traži. I u istraživanju Trenta i suradnika bolesnici su s godinama trajanja šećerne bolesti i uz grupni rad smanjili vjerovanje u utjecaj slučaja ili loše sreće (15).

U odnosu na utjecaj sebe samog na zdravlje, bolesnici uglavnom nisu vjerovali u korist poznavanja uzroka bolesti, provođenja higijenskih navika, te utjecaja njih

Tablica 7. Korelacija skala zdravstvenog lokusa kontrole

Table 7. Correlation scale of Health locus of control

		I skala <i>Scale I</i>	EVD skala <i>EDV scale</i>	ES skala <i>ES scale</i>	EO skala <i>EO Scale</i>
I skala <i>Scale I</i>	<i>Pearson Correlation</i>	1	.132	-.125	-.026
	p		.381	.403	.860
	N	47	46	47	47
EVD skala <i>EDC Scale</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.132	1	.296(*)	.252
	p	.381		.046	.092
	N	46	46	46	46
ES skala <i>ES Scale</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.125	.296(*)	1	.322(*)
	p	.403	.046		.027
	N	47	46	47	47
EO skala <i>EO Scale</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.026	.252	.322(*)	1
	p	.860	.092	.027	
	N	47	46	47	47

samih na brzinu ozdravljenja, dok su uglavnom vjerovali da su odgovorni za svoje zdravlje i da utječu na rezultate liječenja, te da će sačuvati zdravlje vodeći računa o prehrani i načinu života, odnosno odlaskom na kontrolne preglede. Slabo izraženo vjerovanje u unutarnji lokus kontrole moglo bi se objasniti činjenicom da se u ovom istraživanju radilo o bolesnicima prosječna trajanja ishemijske bolesti srca 6,5 godina (uz maksimalno trajanje 25 godina). Naime Rubin i Peyrot su u studiji kroničnih bolesnika koji boluju od šećerne bolesti tip 2 utvrdili da su bolesnici kraćeg trajanja bolesti imali jače izražen unutarnji lokus kontrole u odnosu na bolesnike duljeg trajanja bolesti (16).

Iako su bolesnici najmanje vjerovali u utjecaj važnih drugih na zdravlje, ipak su uglavnom vjerovali u učinkovitost liječnika i zdravstvenog osoblja, te korist sistematskih pregleda. Bolesnici nisu vjerovali u uspješnost alternativnih medicinskih postupaka, te korist zdravstvenih savjeta i uputa iz novina, odnosno savjeta obitelji i prijatelja na ozdravljenje. Navedeno upućuje da je bilo izraženo povjerenje prema zdravstvenom osoblju i tradicionalnim medicinskim postupcima.

Osobe koje su više vjerovale da je zdravlje pod utjecajem važnih drugih osoba, statistički su više vjerovale da je i pod utjecajem sreće i slučaja, te one osobe koje su vjerovale da je zdravlje posljedica sreće i slučaja statistički su češće vjerovali da je i pod utjecajem okolnosti.

Nije utvrđena statistički značajna razlika u percipiranom zdravstvenom lokusu kontrole između bolesnika obzirom na spol. Do istih rezultata došli su i Hayes i suradnici (17). Nasuprot tome, Rubin i Peyrot su utvrdili da žene češće vjeruju u važne druge osobe i utjecaj slučaja na zdravlje u odnosu na muškarce (16).

Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost dobi i vjerovanja u unutarnji lokus kontrole što upućuje da s porastom dobi ispitanika, raste i vjerovanje u vlastite snage.

Utvrđena je negativna statistička povezanost zadovoljstva životom i utjecaja okolnosti i slučaja sreće što upućuje da su bolesnici koji su bili zadovoljniji životom manje vjerovali u važnost slučaja, sudbine odnosno okolnosti na vlastito zdravlje.

Ishemijska bolest srca zauzima značajno mjesto u ukupnom mortalitetu i morbiditetu stanovništva Hrvatske, tako da se prema javnozdravstvenim podacima gotovo može govoriti o epidemijom porastu, a također se često javlja u komorbiditetu sa šećernom bolesti tip 2 i arterijskom hipertenzijom, koje također imaju porast incidencije, što zajedno pridonosi većem porastu zdravstvene potrošnje (5). Iako je prikladno zdravstveno ponašanje posebno važno kada se radi o kroničnim bolestima, koje traže trajni slijed liječničkih uputa (npr. pridržavanje dijete, trajno uzimanje lijekova), kao što je i ova bolest, niz ispitivanja unutar zdravstvene psihologije pokazao je da se bolesnici u velikom broju slučajeva (procjene se kreću čak do 80%) ne pridržavaju liječničkih uputa i preporuka, a da većina ljudi uopće niti ne poduzima nikakve preventivne akcije koje bi pridonijele održanju zdravlja (10). Stoga se u posljednja dva desetljeća potiču istraživanja iz perspektive osobe koja boluje od kronične bolesti, iz perspektive bolesnika (18).

Percepcija izvora kontrole zdravlja bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca, koji su prisiljeni trajno živjeti na određeni način, sa brojnim odricanjima i ograničenjima, znatno može utjecati na tijek, prognozu, kvalitetu i konačno na krajnji ishod ove bolesti (9). Stoga bi zdravstveno ponašanje pojedinaca, tj. poduzimanje preventivnih, kao i svih kurativnih akcija, moglo biti značajno pod utjecajem percipiranog izvora kontrole zdravlja i razumijevanjem bolesnikova percipiranog izvora kontrole zdravlja unaprijedila bi se skrb na području kroničnih bolesti.

Procjenom zdravstvenog lokusa kontrole bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca ovim istraživanjem je utvrđeno da su bolesnici iskazali povjerenje prema zdravstvenim radnicima i tradicionalnim postupcima liječenja, ali i naglasili

važnost utjecaja okolnosti u kojima žive na tijek i liječenje bolesti. Sukladno navedenom, temeljeći se na principima partnerskog odnosa liječnika i bolesnika u skrbi nad kroničnom bolešću, a uzimajući u obzir rezultate i ovog istraživanja, bilo bi od koristi da liječnici prije određivanja terapijskog plana za svakog bolesnika procijene okolnosti u kojima bolesnik živi, te zajedno s bolesnikom, provjere mogućnost provedbe preporučenog zdravstvenog ponašanja i terapijskih postupaka. Liječnici moraju naučiti dijeliti autoritet donošenja odluke u svezi liječenja s bolesnikom kako bi preporučeno liječenje moglo biti provedivo, a time i suradljivost bolesnika na preporučene postupke liječenja veća (19).

Provedeno istraživanje ima nedostatke u malom broju bolesnika, a uzorak nije ujednačen s obzirom na spol, školsku spremu i ekonomsko stanje obitelji, a što je svakako moglo utjecati na doživljaj bolesti jer određuje kontekst u kojem osoba živi.

Kako je utjecaj zdravstvenog lokusa kontrole u skrbi za kroničnog bolesnika još uvijek nedovoljno istražen, potrebna su daljnja istraživanja u cilju procjene različitih aspekata medicinskih intervencija koje uzimaju u obzir zdravstveni lokus kontrole kroničnog bolesnika.

Literatura

- 1 Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name. A review of the literature. *Eur J Gen Pract* 1996;2:65-70.
- 2 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:805-7.
- 3 Holman H. Chronic disease – the need for a new clinical education. *JAMA* 2004;292: 1057-9.
- 4 Vrhovac B i sur. *Interna medicina*.3.promj. i dop. izd..Zagreb:Naklada Ljevak;2003.
- 5 Polić S, Lukin A, Bagatin J. Odabrana poglavlja iz kardiovaskularnog liječenja. Split:Jedinica za znanstveni rad Kliničke bolnice Split;2004.
- 6 Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis 2005. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2006.
- 7 Younger J, Marsh KJ, Grap MJ. The relationship of health locus of control and cardiac rehabilitation to mastery of illness related stress. *J Adv Nurs* 1995;22:294-9.
- 8 Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *J Consult Clin Psychol* 1975;43:56-7.
- 9 Lefcourt HM. *Locos of control: current trends in theory and research*. New York: Distributed by Halsted Press, 1976.
- 10 Budak A i sur. *Obiteljska medicina*.3 dop. prom. izd. Zagreb:Gandalf; 2000.
- 11 Cerjan-Letica G, Letica S. Uloge i odnosi pacijenata i liječnika.U: Cerjan-Letica G, Letica S, Babić-Bosanac S, Mastilica M, Orešković S. *Medicinska sociologija*.Zagreb: Medicinska naklada; 2003. Str.157-71.
- 12 Krizmanić M, Szabo S. Priručnik za upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja: ZLK-90. 2. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1994.
- 13 Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Disabil Res*. 2005;49:699-706.
- 14 Frijling BD, Lobo CM, Keus IM, Jenks KM, Akkermans RP, Hulscher Me, et al. Perceptions of cardiovascular risk among patients with hypertension or diabetes. *Patient Educ Couns* 2004;52:47-53.
- 15 Trento M, Passera P, Miselli V, Bajardi M, Borgo E, Tomellini M, et al. Evaluation of the locus of control in patients with type 2 diabetes after long- term management by group care. *Diabetes Metab* 2006;32:77-81.
- 16 Peyrot M, Rubin RR. Structure and Correlates of diabetes-specific locus of control. *Diabetes Care* 1994;17:994-1001.
- 17 Hayes RP, Bernard AM, Slocum W, el-Kebbi I, Ziemer D, Gallina D, et al. Diabetes in urban African Americans: assessment of diabetes-specific locus of control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2000;26:121-8.
- 18 Herxheimer A, McPherson A, Miller R, Shepperd S, Yaphe J, Ziebland S. Database of patients' experiences (DIPEX): a multi-media approach to sharing experiences and information. *Lancet* 2000;355:1540-3.
- 19 Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R College Gen Pract* 1969;17:269-76.

TELEFONSKE KONZULTACIJE U ORDINACIJI OBITELJSKOG LIJEČNIKA (ILI U OBITELJSKOJ MEDICINI)

TELEPHONE CONSULTATION IN FAMILY PRACTICE OFFICE (OR IN FAMILY MEDICINE)

Urbanc J¹, Juroš-Martinović B², Vučinac I³, Kronja M⁴, Barišić-Marčac Z⁵

Sažetak

Uvod. Komunikacija putem telefona prisutna je u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine. Porast korištenja komunikacije telefonom kao sredstva za konzultacije bolesnika s liječnikom obiteljske medicine potiče znanstveni interes za istraživanje značajki i vrijednosti telefonskih konzultacija.

Cilj i metoda. Cilj ovog rada bio je istražiti učestalost i karakteristike konzultacija telefonom u ordinaciji obiteljskog liječnika. Istraživanjem je obuhvaćena populacija od 7960 osoba koje su registrirane u pet ordinacija obiteljske medicine u kojima su u razdoblju od dva tjedna (05.02.2007. do 17.02.2007.) prospektivno prikupljeni podaci o svim telefonskim konzultacijama liječnika odnosno telefonskim pozivima koje medicinska sestra prosljeđuje liječniku u tijeku redovnog radnog vremena ordinacije.

Rezultati. Ukupno je bilo registrirano 273 telefonske konzultacije u trajanju od 15,7 sati odnosno 1,5 sati tjedno po liječniku. Najčešći korisnici telefonske konzultacije su bolesnici u gradu ($\chi^2 = 91.393$ df=1, $p < 0,001$) i žene ($\chi^2 = 4,206$ df=1, $p < 0,05$). Razlog

telefonske konzultacije najčešće je traženje savjeta (75%), a zahtjev za kućnom posjetom zastupljen je sa 11,4%. Ishod telefonske konzultacije u 43,6% poziva bio je savjet, u 12,5 % upućivanje bolesnika u bolnicu, u 11,7% korekcija terapije, u 11,7 % kućna posjeta, a u samo 4% naručivanje bolesnika na pregled u ordinaciju.

U nemogućnosti telefonske konzultacije, kao alternativu tri četvrtine pacijenata došli bi osobno u ordinaciju a 13% zahtijevalo bi kućnu posjetu.

Rasprava. Telefonska konzultacija vrlo je dobro prihvaćena od bolesnika jer štedi vrijeme, putovanje, troškove i čekanje, a liječniku omogućuje praćenje tijeka akutne ili kronične bolesti i podjelu odgovornosti za tijek bolesti sa bolesnikom.

Praćenjem preporuka o načinu vođenja konzultacija, odvajanjem posebnog vremena u radu ordinacije za taj način rada, te dobro potkrijepljenom dokumentacijom o telefonskoj konzultaciji, može se unaprijediti kvaliteta rada te bolje iskoristiti postojeći potencijali.

Gljučne riječi: obiteljska medicina, telefonska konzultacija

¹ Ordinacija opće medicine, Dr Jadranka Urbanc, Stubičke Toplice

² Ordinacija opće medicine, Dr Branka Juroš Martinović, Zagreb

³ Ordinacija opće medicine, Dr Ivan Vučinac, Slatina

⁴ Ordinacija opće medicine, Dr Marsela Kronja, Vodice

⁵ Ordinacija opće medicine, Dr Zdenka Barišić-Marčac, Generalski Stol

Summary

Introduction. Telephone consultation is present in everyday practice in family practice. Increase in its use as a mean of consultation between the patient and family practitioner encourage the scientific interest for research of significance and values of telephone consultations.

Aim. The aim of this study was to investigate the frequency and characteristics of telephone consultations in family practice. Data were collected prospectively from 7960 persons registered in five family practice offices during a two week period (from February 2, 2007 till February 17, 2007) about all telephone consultations i.e. telephone calls passed on by the nurse to the physician during the regular working hour.

Results. There were 273 telephone consultations registered during 15.7 hours i.e 1.5 hour per week per doctor. Most frequent users of telephone consultations were patients in the urban area ($\chi^2=91.393$ $df=1$, $p<0.001$) and women ($\chi^2 =4.206$ $df=1$, $p<0.05$). Reasons for telephone consultations were most frequently advices (75%) while there were only 11.4% requests for home visits. The result of the telephone consultation was advice in 43.6% of calls, sending patients to the hospital in 12.5% of cases, correction of the therapy in 11.7% of the calls, home visit in 11.7% and only in 4% of calls request for appointments.

In the cases when there were no possibilities for telephone consultation three third of the patients were visiting the office personally and 13% requested home visit.

Discussion. Telephone consultation is very well accepted among the patients because it is saving time, travelling, expenses and waiting. It enables the doctor to follow up the course of the acute or chronic disease and distribution of the responsibility with the patient.

Following the recommendations about consultations, saving special time for this form of work in the office and well collected documentation on telephone

consultation, the quality of this kind of work could be improved and the present potential used.

Key words: family medicine, telephone consultation

Uvod

Porast korištenja komunikacije telefonom kao sredstva za konzultacije bolesnika s liječnikom obiteljske medicine potiče znanstveni interes za istraživanje značajki i vrijednosti telefonskih konzultacija. Telefonska konzultacija je proces u kojem se poziv bolesnika prima, procjenjuje i različito rješava bilo davanjem savjeta, poziva na pregled, odlaska u kućnu posjetu ili upućivanja u druge razine zaštite. U telefonskoj konzultaciji postoji slijed odluka na koje utječu mnogi činitelji. Prilikom donošenja tih odluka prisutno je mnogo faktora i okolnosti koje utječu na odluku liječnika, u prvom redu poznavanje pacijenta, njegovih dosadašnjih tegoba, te načina prezentacije problema, socijalnih uvjeta i mogućnosti alternativne skrbi za pacijenta.

Za bolesnika telefonska konzultacija je mogućnost dobivanja stručnog mišljenja bez čekanja, putovanja, troškova. Za liječnika telefonska konzultacija može omogućiti uštedu vremena, ponekad i nepotrebne dijagnostičke obrade, te pridonijeti osposobljavanju bolesnika da preuzme dio odgovornosti u liječenju (1). Provođena su istraživanja sa ciljem procjene korisnosti telefonske konzultacije primjerice u uštedi vremena u usporedbi s vremenom potrebnim za obradu bolesnika u ordinaciji. Nadalje istraživanja je zastupljenost najčešćih razloga zbog kojih bolesnici koriste mogućnost kontakta telefonom te zadovoljstvo bolesnika telefonskom konzultacijom. Rezultati istraživanja provedenim u Nizozemskoj pokazali su da se osposobljavanjem medicinske sestre ili druge osobe zadužene za primanje telefonskih poziva za davanje primjerenih savjeta bolesniku znatno može utjecati na uštedu i racionalno korištenje liječnikova vremena za savjetovanje drugih bolesnika kojima je liječnikov savjet doista potreban (2). Također se

istraživao profil pacijenata koji preferiraju telefonsku konzultaciju te je uočena značajnija zastupljenost žena, osoba sa djecom mlađom od pet godina, starija populacija, redoviti konzumenti psihotropnih lijekova(3). Istraživana je i razlika u korištenju dodatnih dijagnostičkih postupaka u grupi pacijenata koji su konzultirali liječnika telefonom i grupi koja je posjetila liječnika u ambulanti (4). U tri četvrtine telefonskih konzultacija može se postaviti radna dijagnoza temeljem anamneze, a s druge strane, vizualni kontakt i neverbalna komunikacija u direktnom kontaktu liječnika i pacijenta utječu u 55% procesa postavljanja radne dijagnoze (5). Konzultacije putem telefona naročito su pogodne za savjetovanje i praćenje bolesnika u kojih se javlja neko od akutnih stanja ili akutna bolest. Telefonske konzultacije su vrlo korisne i učinkovite u praćenju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti primjerice, dijabetes tipa 2, praćenje antikoagulantne terapije, modificiranje terapije astme (6). Kod nekih psihičkih poremećaja kontakt telefonom u praćenju bolesti ima čak prednost pred osobnim kontaktom jer je stres manji, vremensko ograničenje manje izraženo, a podložnost savjetovanju veća (5). Telefonska je konzultacija naročito pogodna u praćenju bolesnika u završnoj fazi bolesti, gdje osim procjene o potrebama bolesnika doprinosi osjećaju o podršci takvom bolesniku kao i ukućanima (7).

Liječnici nažalost nedostavno bilježe telefonske konzultacije te se prema podacima istraživanja Cara i Sheikha samo oko polovina telefonskih konzultacija upiše u zdravstvenu dokumentaciju (5). Zadovoljstvo telefonskom konzultacijom izražava 91% bolesnika a 96% je spremno i nadalje koristiti tu mogućnost. S druge strane, mišljenja i iskustva liječnika su podijeljena: 65% liječnika ima pozitivan stav prema toj vrsti rada, a argumenti liječnika koji imaju negativan stav prema telefonskim konzultacijama su medicinski i pravni rizici koji prate tu metodu rada (8).

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi učestalost traženja konzultacija putem telefona u pet ordinacija obiteljske

medicine, značajke telefonske konzultacije obzirom na socio demografske karakteristike bolesnika.

Metode i ispitanici

Istraživanjem je obuhvaćena populacija pet ordinacija obiteljske medicine u kojima su u razdoblju od dva tjedna (05.02.2007. do 17.02.2007.) prospektivno prikupljeni podaci o svim telefonskim konzultacijama liječnika odnosno telefonskim pozivima koje medicinska sestra prosljeđuje liječniku u tijeku redovnog radnog vremena ordinacije.

U skrbi svih pet obiteljskih liječnika ukupno je 7960 osoba. Dvije su ordinacije pretežno urbanog tipa, a tri su pretežno ruralne. Sve ordinacije imaju telefonsku centralu, gdje na poziv odgovara medicinska sestra te po potrebi pozive prosljeđuje liječniku.

Podatke su sakupljali liječnici koji rade u ordinacijama obiteljske medicine u kojima se provodilo ovo istraživanje. Svi liječnici su polaznici poslijediplomskog specijalističkog studija Obiteljska medicina, koji u ordinacijama rade dvije godine (troje liječnika), osam godina (jedna liječnica) i sedamnaest godina (jedna liječnica). Na području dvije od pet ordinacija ne postoji organizirana služba hitne pomoći kao alternativno mjesto konzultacije ili zahtjeva za intervencijom što znači da 2951 (37,1%) osoba ima mogućnost konzultacije samo sa svojim liječnikom.

Tijekom konzultacija uzimani su podaci o vremenskom trajanju konzultacije, dobi i spolu pacijenta, pozivatelju (osobni kontakt ili druga osoba ili institucija), razlogu konzultacije (podijeljenom u kategorije: savjetovanje, zahtjev za kućnu posjetu akutnom bolesniku, zahtjev za kućnu posjetu kroničnom bolesniku, hitna intervencija, rješavanje administrativnih pitanja i ostalo), te ishod konzultacije (sa mogućnostima savjetovanja, korekcije terapije, upućivanja na bolničko liječenje, naručivanja na pregled, odlaska u kućnu posjetu ili ostalo). Podaci su obrađeni metodama deskriptivne statistike, a za testiranje razlika korišten je χ^2 test.

Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo pet liječnika obiteljske medicine koji su u skrbi imali od najmanje 1100 do najviše 2050 osoba. Liječnici su se razlikovali i po duljini rada u svojim ordinacijama jedan je liječnik radio samo dvije godine a jedan 17 godina. Ordinacije označene u tablici 1. sa brojevima 1, 4 i 5 nalaze se na području s pretežno ruralnom populacijom dok su ordinacije označene brojevima 2 i 3 pretežno urbane. Na području ordinacija 1 i 5 ne postoji organizirana hitna pomoć.

Broj konzultacija telefonom s obzirom na broj pacijenata u skrbi statistički je značajno veći u ordinacijama u gradskoj sredini ($\chi^2 = 91.393$ df=1, $p < 0,001$) Ukupno vremensko trajanje svih poziva i prosječno trajanje poziva po jednom pozivatelju prikazano je na tablici 2.

U deset radnih dana zabilježeno je ukupno vrijeme telefonskih konzultacija od 15,7 sati što po jednoj

ordinaciji iznosi 1,5 sati tjedno odnosno 3,8% ukupnog tjednog radnog vremena.

Žene su zastupljenije po korištenju telefonskih konzultacija (35,2% : 64,8%) i ta je razlika statistički značajna ($\chi^2 = 4,206$ df=1, $p < 0,05$)

Najučestaliji korisnici ovakvog vida komunikacije sa liječnikom su osobe starije od 60 godina (36,6%) a najmanji broj poziva 17.6% zabilježen je od osoba u dobnoj skupini od 20 do 39 godina.

Osoba koja traži konzultaciju, po ovom istraživanju, najčešće je bolesnik osobno (56,0%) ili član obitelji (38,5%). Institucija je zastupljena u većoj mjeri kada liječnik ima u skrbi umirovljenički dom (ordinacija 4). U ordinacijama koje rade na selu članovi obitelji bolesnika su statistički značajno češće upućivali telefonski poziv nego što je to bio slučaj u gradskoj sredini ($\chi^2 = 3,342$ df=1, $p < 0,05$).

Tablica 1. Prikaz broja bolesnika u skrbi, ukupnog broja telefonskih poziva, te trajanja poziva u pet ordinacija obiteljske medicine

Table 1. Number of patients in care, total number of telephone consultations, their duration in five family practices

	Ordinacija 1 <i>Office 1</i>	Ordinacija 2 <i>Office 2</i>	Ordinacija 3 <i>Office 3</i>	Ordinacija 4 <i>Office 4</i>	Ordinacija 5 <i>Office 5</i>	Ukupno <i>Total</i>
Broj pacijenata <i>No. of patients</i>	1100	1303	1656	2050	1851	7960
Broj poziva/ <i>No. of calls</i>	19	102	79	42	31	273
Relativno učešće broja bolesnika koji su tražili telefonsku konzultaciju <i>Relative participation of patients asking for telephone consultation</i>	1,7%	7,8%	4,8%	2,1%	1,7%	3,4%
Ukupno vrijeme korišteno za telefonske konzultacije u minutama <i>Total time used for telephone consultations in minutes</i>	36'	260'	138'	253'	144'	946'
Prosječno trajanje poziva <i>Average duration of calls</i>	1,9	2,5	1,7	6	4,6	3,5

Tablica 2. Razdioba bolesnika koji su tražili telefonsku konzultaciju prema dobi i spolu

Table 2. Distribution of patients asking for telephone consultations by age and sex

		Ordinacija 1 <i>Office 1</i>	Ordinacija 2 <i>Office 2</i>	Ordinacija 3 <i>Office 3</i>	Ordinacija 4 <i>Office 4</i>	Ordinacija 5 <i>Office 5</i>	Ukupno <i>Total</i>
Omjer po spolu	M	8	30	26	18	14	96(35,2%)
<i>Proportion by sex</i>	Ž	11	72	53	24	17	177(64,8%)
Dob/Age	0-19	5	9	12	4	20	50 (18,3%)
	20-39	0	17	27	4	0	48 (17,6%)
	40-59	10	35	20	10	0	75 (27,5%)
	60 i više	4	41	20	24	11	100 (36,6%)
Ukupno/ <i>Total</i>		19	102	79	42	31	273

Tablica 3. Razdioba telefonskih konzultacija prema pozivatelju

Table 3. Distribution of telephone consultations according to caller

		Ordinacija 1 <i>Office 1</i>	Ordinacija 2 <i>Office 2</i>	Ordinacija 3 <i>Office 3</i>	Ordinacija 4 <i>Office 4</i>	Ordinacija 5 <i>Office 5</i>	Ukupno <i>Total</i>
Tko zove/ <i>Who is calling</i>	bolesnik/ <i>patient</i>	12	67	48	24	2	153(56,0%)
	obitelj/ <i>family</i>	7	32	27	10	29	105(38,5%)
	institucija/ <i>institution</i>	0	3	4	10	0	15 (5,5%)
	Ukupno/ <i>Total</i>	19	102	79	42	31	273

Tablica 4. Razdioba telefonskih konzultacija prema razlogu poziva

Table 3. Distribution of telephone consultations according to their motives

		Ordinacija 1 <i>Office 1</i>	Ordinacija 2 <i>Office 2</i>	Ordinacija 3 <i>Office 3</i>	Ordinacija 4 <i>Office 4</i>	Ordinacija 5 <i>Office 5</i>	Ukupno <i>Total</i>
Razlog poziva/ <i>motif for call</i>	savjet/ <i>advice</i>	11	95	50	26	24	206(75,5%)
	KP akutnom bolesniku/ <i>acute patient</i>	0	1	6	5	1	13(4,8%)
	KP kroničnom bolesniku/ <i>acute patient</i>	1	1	4	6	6	18 (6,6%)
	hitna intervencija/ <i>emergency intervention</i>	1	0	0	0	0	1 (0,4%)
	administrativni razlog/ <i>administrative reason</i>	4	3	2	5	0	14 (5,1%)
	ostalo/ <i>other</i>	2	2	17	0	0	21 (7,6%)
	Ukupno/ <i>Total</i>	19	102	79	42	31	273

Tablica 4. Razdioba telefonskih konzultacija prema ishodu

		Ordinacija	Ordinacija	Ordinacija	Ordinacija	Ordinacija	Ukupno
		1	2	3	4	5	Total
		Office 1	Office 2	Office 3	Office 4	Office 5	
Ishod/result	savjet/advice	7	28	48	16	20	119(43,6%)
	kućna posjeta/ home visit	2	19	4	4	3	32(11,7%)
	naručivanje na pregled /appointment	1	6	1	3	0	11 (4,0%)
	upućivanje u bolnicu/ sending to hospital	4	22	3	4	1	34 (12,5%)
	korekcije terapijeg/ therapy correction	1	4	5	15	7	32 (11,7%)
	ostalo/other	4	23	18	0	0	45 (16,5%)
	Ukupno/Total	19	102	79	42	31	273

Table 3. Distribution of telephone consultations according to their results

Kao ishod telefonske konzultacije, savjet je zastupljen u samo u 43,6% poziva. To je za 31,9% manje od poziva primljenog kao zahtjev za savjetom koji je prisutan u 75,5% svih telefonskih poziva.

Od ukupno zaprimljenih poziva, po ovom istraživanju liječnik procjenjuje neophodnost pregleda u 36,2% pacijenata, bilo u vidu naručivanja na pregled u ordinaciju ili odlaska u kućnu posjetu. Od ukupno pregledanih bolesnika nakon telefonske konzultacije liječnici su za 4% bolesnika procijenili neophodnost upućivanja na bolničko liječenje.

Rasprava

Iz istraživanja može se zaključiti da je telefonska konzultacija sa bolesnikom učestao i važan vid rada u ordinacijama obiteljske medicine. U ovom istraživanju zabilježeno je da je 3,4 % bolesnika registrirano kod liječnika u razdoblju od deset radnih dana koristilo telefonsku konzultaciju. Prema istraživanju provedenom u Velikoj Britaniji samo je 2% pacijenata koristilo telefonsku konzultaciju (9). Po ovom istraživanju primjećuje se značajno više korisnika konzultacija putem telefona u urbanom području što je sukladno istraživanju provedenom u Velikoj Britaniji 2005. godine sa ciljem utvrđivanja

varijacija u telefonskim konzultacijama. Prosječno trajanje telefonske konzultacije u ovom istraživanju bilo je 3,5 minute i korelira sa podacima iz Velike Britanije gdje je zabilježeno vrijeme telefonske konzultacije bilo od 1,31 do 3,56 minuta (4).

Zanimljiva bi bila usporedba vremena potrošenog po jednoj konzultaciji u usporedbi sa vremenom utrošenim za obradu bolesnika prilikom posjete u ordinaciji, što bi bilo jasan pokazatelj uštede vremena kroz telefonsku konzultaciju. Takvo istraživanje rađeno je u Velikoj Britaniji 2001. godine te je prikazano da je prosječno vrijeme telefonske konzultacije kraće od prosječnog trajanja posjeta koje je tada bilo 8,2 minute. Dio bolesnika nakon telefonske konzultacije ipak želi doći i na pregled, te se trajanje obrade takvog bolesnika produžuje na 10,9 minuta (8). I u našem istraživanju je 15,7% bolesnika nakon telefonske konzultacije bilo ili naručeno na pregled u ordinaciju ili ih je liječnik posjetio u kući. Ipak, dokazi o konačnoj uštedi vremena i korisnosti telefonske konzultacije su neprijeporni (9). Kao i u drugim istraživanjima i u ovom se istraživanju pokazalo da žene češće koriste telefonske konzultacije. Od ukupnog broja telefonskih konzultacija u 64,8% konzultacija korisnici su bile žene. Po istraživanju koje su provele Rapić i Fudurić 1998. godine (10),

u samo 18% telefonskih konzultacija pozivatelji su bili muškarci. Ti svi podaci mogli bi biti u skladu sa ulogom žene – njegovateljice, što bi bilo vidljivo da su istraživanjem odvojene konzultacije koje žene traže za sebe osobno od one koju traže za člana obitelji. Osobe sa malom djecom su po nekim istraživanjima prepoznate kao skupina koja češće koristi mogućnost telefonskog kontakta (3), što može jednim dijelom objasniti zašto žene češće koriste telefonsku konzultaciju.

Po razlogu traženja konzultacija u ovom istraživanju dominira potreba za savjetom kao najčešćim, 75,5%. Iako je istraživanje rađeno u periodu najviše incidencije akutnih respiratornih infekcija u samo 31 (11,4%) poziva bolesnici su postavili zahtjev za kućnom posjetom i to 13 bolesnika zbog akutne bolesti i 18 bolesnika zbog kronične bolesti. Ta je razdioba slična rezultatima ranijih istraživanja koja su provedena u našoj sredini (10). Administrativni razlog i „ostalo“ čine zajedno 12,7% poziva i opterećuju pozive zahtjevima koji bi se eventualno mogli riješiti nekim drugim načinom. U istraživanjima u Velikoj Britaniji na takve razloge otpada još i veći postotak (21%), od čega je najčešće zahtjev za ponovnim propisivanjem lijekova, te mišljenje liječnika o dobivenim nalazima dijagnostičkih pretraga (11).

O svrsishodnosti konzultacija telefonom kao dobrodošlom pomaganju u radu slikovito govori podatak o odgovoru ispitivanih pacijenata o tome što bi poduzeli da im nije dostupan kontakt liječnika telefonom; tri četvrtine njih došlo bi u ordinaciju na pregled, a 13% bi tražilo kućnu posjetu (12). Konzultacija rezultira savjetom kao rješenjem kod 43,6% ispitanika. Slične rezultate nalazimo i u drugim zemljama. Bunn i suradnici su naveli podatak da u brojnim istraživanjima o telefonskim konzultacijama koje su analizirali, najmanje 50% telefonskih konzultacija završi davanjem savjeta bolesniku (13). Nepoznat je, u ovom istraživanju broj ponovnih telefonskih savjetovanja istog pozivatelja, što se smatra prihvatljivim, čak poželjnim, i pokazatelj je dvosmjerne komunikacije u savjetovanju što je jedan

od zahtjeva kvalitetne konzultacije. U rezultatima ovog istraživanja, odlukom liječnika, 26,2% bolesnika treba pregled za postavljanje radne dijagnoze, bilo nakon pregleda bolesnika u kućnoj posjeti (11,7%) ili naručivanjem bolesnika na dolazak na pregled u ordinaciju (12,5 %). U 4% ispitanika konzultacija završava upućivanjem na bolničko liječenje. Korekciju postojeće terapije ili savjetovanje o uzimanju lijekova, a bez pregleda bilo je moguće ostvariti u 11,7% bolesnika. Po literaturnim navodima 30% bolesnika bilo je pozvano na pregled, 4% kao hitni pacijenti (9). Samo sa savjetom bilo je zbrinuto 37,6% bolesnika, što odgovara i našim podacima. Potreba za savjetovanjem po zahtjevu bolesnika bila je zastupljena u 75,5% telefonskih konzultacija, a prema rezultatima ishoda telefonske konzultacije savjetovanje je bilo dostatno za uspješno rješavanje 43,6% telefonskih konzultacija. Tu se nameće dvojba da li je među nekim telefonskim konzultacijama koje su završile pozivom na pregled u ordinaciju ili kućnom posjetom i samo savjetovanje bilo dostatno. Naime, poznato je iz literature da liječnici često ne mogu uvjeriti bolesnika da je dostatan telefonski razgovor i savjet i teško odbiju bolesnikov zahtjev za ponovnim pregledom u ordinaciji ili u kući bolesnika (14)

U ovom istraživanju osobe starije životne dobi bili su najčešći korisnici telefonskih konzultacija (36,6%). U istraživanju koje su provele Rapić i Fudurić, taj je udio bio bitno veći i iznosio je 57% (10). Po podacima istraživanja provedenom u Velikoj Britaniji telefonsku konzultaciju najčešće su tražile osobe u dobnoj skupini od 21 do 30 godina što se objašnjava traženjem savjeta mladih roditelja u vezi djece (9). Pri analizi zastupljenosti osoba pojedinih dobnih skupina treba uzeti u obzir zastupljenost pojedinih dobnih skupina unutar populacije o kojoj skrbi dotični liječnik. U ovom smo istraživanju imali dostupne podatke odnosno dobnu razdiobu svih osoba u skrbi za svakog pojedinog liječnika.

Telefonska konzultacija kao metoda rada dobrodošla je u ordinacijama obiteljske medicine. Vrlo je dobro prihvaćena od bolesnika jer štedi vrijeme, putovanje, troškove i čekanje, a liječniku omogućuje praćenje

tijeka akutne ili kronične bolesti i podjelu odgovornosti za tjeke bolesti sa bolesnikom.

Sa strane liječnika mišljenja su podvojena. Zagovornici uviđaju uštedu vremena na preglede kada se dijagnoza može postaviti i bez njih i smanjenje broja kućnih posjeta. Protivnici svoje mišljenje argumentiraju ometanjem liječnikovog rada sa pacijentima koji su u ambulanti, višim rizikom od medicinske pogreške, te opterećivanjem nemedicinskom problematikom.

Praćenjem preporuka o načinu vođenja konzultacija, odvajanjem posebnog vremena u radu ordinacije za taj način rada, te dobro potkrijepljenom dokumentacijom u vezi telefonske konzultacije, može se unaprijediti kvaliteta rada te bolje iskoristiti postojeći potencijali.

Literatura

1. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005;55: 956-61.
2. de Groot RA, de Haan J, Bosveld HE, Nijland A, Meyboom-de Jong B. The implementation of a call-back system reduces the doctor's workload, and improves accessibility by telephone in general practice. *Fam Pract* 2002;19:516-9.
3. Brown A, Armstrong D. Telephone consultations in general practice: an additional or alternative service? *Br J Gen Pract* 1995;45:673-5.
4. Innes M, Skelton J, Greenfield S. A profile of communication in primary care physician telephone consultations: application of the Roter Interaction Analysis System. *Br J Gen Pract* 2006;56:363-8.
5. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ* 2003;326:966-9.
6. Pinnock H, McKenzie L, Price D, Sheikh A. Cost-effectiveness of telephone or surgery asthma reviews: economic analysis of a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2005;55:119-24.
7. Parać-Bebek D, Burić M, Soldo D, Cerovečki-Nekić V, Katić M. Palijativna skrb u domu bolesnika - možemo li bolje? U: Zbornik. VI kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora. Rovinj, 2006. Hrvatska. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2006. Str. 271-89.
8. Stuart A, Rogers S, Modell M. Evaluation of direct doctor-patient telephone line advice in general practice. *Br J Gen Pract* 2000;50:305-6.
9. Jiwa M, Mathers N, Campbell M. The effects of GP telephone triage on numbers seeking same-day appointments. *Br J Gen Pract* 2002;52:390-1.
10. Rapić M, Fudurić B. Telefonske konzultacije kao pomoć kućnom liječenju. U: Zbornik. V simpozij obiteljske medicine Osijek, 1998. Osijek: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1998. Str. 181-9.
11. McKinstry B, Walker J, Campbell C, Heaney D, Wyke S. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. *Br J Gen Pract* 2002;52:306-10.
12. Nagle JP, McMahon K, Barbour M, Allen D. Evaluation of the use and usefulness of telephone consultation in one general practice. *Br J Gen Pract* 1992;42:190-3.
13. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4): CD004180.
14. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. *BMJ* 1998;317:1054-59.

AMJODARONOM INDUCIRANA HIPOTIREOZA

Prikaz pacijenta

AMIODARON IODINE INDUCED HYPOTHYREOIDISM

A case study

Jadranka Giljanović-Perak

Sažetak

Primarna hipotireoza može biti inducirana i lijekovima. U ovom radu prikazan je bolesnik s primarnom hipotireozom koja se javila nakon prekida terapije amjodaronom. Kod njega su se postepeno razvile promjene zbog kojih se poslije nekoliko mjeseci od prestanka uzimanja lijeka javio svom liječniku. Došao je zbog grlobolje i promuklosti i tražio antibiotsku terapiju. Žalio se na vrtoglavicu, nesigurnost u hodu, pospanost, parestezije u lijevoj strani usne i desni. U aspektu adipozan, blijed, s podočnjacima, dubokog glasa. Dijagnoza amjodaronom inducirane hipotireoze (AIH) postavljena je nakon niza pretraga, od kojih je najvažnija bila povišena količina TSH u serumu. Amjodaron je širokoprimjenjivani antiaritmik koji se koristi za supraventrikularne i ventrikularne aritmije, a sadrži 35% joda i time utječe na metabolizam štitnjačinih hormona. Može dovesti do hipertireoze (AIT) i do hipotireoze. Hipotireoza je najčešća ozbiljna nuspojava - javlja se u 7% slučajeva na amiodaronu naspram 1,1% na placebo. AIH češće se javlja kod bolesnika koji u podlozi već imaju bolest štitnjače. Potrebno je kontrolirati hormone štitnjače kod bolesnika koji uzimaju amiodaron.

Ključne riječi: hipotireoza, AIH, amjodaronom

Summary

Primary hypothyroidism can be drug-induced. In this case report was presented a patient with primary hypothyroidism due to interruption taking amiodarone therapy slow developed the changes and that was the reason he went to his GP after few months. He went because he had sore throat and hoarse voice and he wanted to get some antibiotics. He felt dizzy, unsafety in walk, drowsy, he had paresthesia in left side of lip and left ear tinnitus, was adipose, pale, with hoarse voice. After many diagnostics the most important TSH, we made the diagnosis amiodarone iodine induced hypothyroidism (AIH). Amiodarone is a wide use antiarrhythmic both for supraventricularis and ventricularis arrhythmia and has 35% iodine and it has influence to thyroid hormones. It can lead both hyperthyroidism (AIT) and hypothyroidism. Hypothyroidism is the most serious adverse effect - 7% with amiodarone versus 1,1% with placebo. AIH appears often in patient with preexisting thyroid disease. We need control thyroid hormones in patient treating by amiodarone.

Key words: hypothyroidism, AIH, amiodaron

Jadranka Giljanović-Perak, spec opće med.

Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet u Splitu, Šoltanska 2, 21000 Split
Specijalistička ordinacija opće medicine, S. Radića 29, 22000 Šibenik

Uvod

Štitnjača producira hormone koji sadrže jod i trebaju ga za svoju sintezu. To su T3 trijodtironin i T4-tiroksin koji su inkorporirani u protein tireoglobulin, koji je pohranjen u folikulima štitne žljezde i nakon proteolize se oslobađaju u cirkulaciju. Utječu na rast i metabolizam. Hipotireoza je bolest koja nastaje kao posljedica njihovog smanjenog lučenja. Primarna hipotireoza nastaje zbog bolesti štitnjače, a sekundarna, koja je vrlo rijetka (1) nastaje zbog bolesti hipofize i čini manje od 5 % svih hipotireoza (2). Tercijarna hipotireoza vezana je uz poremećaj hipotalamusa i posljedično nedovoljnog lučenja TRH. Moguća je još i hipotireoza usljed periferne neosjetljivosti na hormone štitne žljezde sa različitim znakovima hipotireoze, ali sa povišenom koncentracijom T3 i T4 u serumu. Uzroci primarne hipotireoze mogu biti: autoimuna bolest – Hashimoto thireoiditis bez strume i udružen s IDDM i to šest puta češće u žena nego muškaraca(1); stanje nakon tireoidektomije i stanje nakon terapije radiojodom; lijekovima inducirana – amjodaron, litij, jod u ekspektoransima, para-aminosalicilna kiselina; nedostatak joda u ishrani. Amjodaron je antiaritmik koji se preko trideset godina (3) koristi u liječenju supraventrikularnih i ventrikularnih aritmija. Ima vrlo dug poluživot i ima veliki volumen distribucije, što znači da ga je razmjerno puno više u tkivima, nego u plazmi i da se po potrebi, ako se ne uzme lijek izlučuje iz tkiva u cirkulaciju. Potrebno je nekoliko dana da bi se vidjeli efekti terapije. Sadrži 35% joda (4). Kako je jod esencijalna komponenta tireoidnih hormona i smanjen i povećan unos joda može voditi u bolest štitnjače.

Prikaz pacijenta

Pacijent V.Č. star šezdeset godina dolazi prvi put na pregled u srpnju 1998. godine. Supruga je donijela njegov karton kod promjene liječnika 1997. godine. Budući je bolovao od angine pectoris i imao atake paroksizmalne fibrilacije atrijske i ventrikularne ekstrasistole, supruga je donijela dva puta nalaze interniste zbog propisivanja terapije i izdavanja

uputnica. Uzimao je amjodaron 200 mg svaki dan i isosorbid 5 mononitrat u dozi 40 mg od srpnja 1996. godine sve do siječnja 1998. godine. Kad su pregledom okuliste na rožnici obostrano otkriveni mikrodepoziti i početna zamućenja leća u terapiju srčane aritmije uveden je propafenon u dozi 2x150 mg umjesto amjodarona. Sada, par mjeseci kasnije dolazi zbog grlobolje i promuklosti i traži antibiotsku terapiju. U aspektu adipozan, s podočnjacima, tihog i promuklog glasa. Izgleda mi poznat, makar znam da se još nismo bili susreli. Žali se da ga bole zubi i uho, da teže hoda, umara se, spava mu se i povremeno ima vrtoglavicu. Srce i pluća su auskultatorno uredni, RR140/100 mmHg. Poslan je na konzultaciju specijalisti otorinolaringologu. Odmah je izvadio i laboratorijske nalaze i uputila sam ga internisti. Od laboratorijskih nalaza nađe se hiperlipidemija ukupni kolesterol (UK)10,83mmol/l; trigliceridi 2.58 mmol/l; i jako povišen CK -696 uz Mb CK 8-u gr normale. Kreatinin je bio povišen 151, pa smo učinili klirens kreatinina koji je bio snižen 1,18 ml/sec; količina bjelanjčevina u 24-stanom urinu bila je 0.07 g/24 sata; ukupna količina bjelanjčevina u serumu bila je na gornjoj granici normale. Hepatitis markeri na B i C hepatitis bili su negativni. Ultrazvuk abdomena pokazao je da jetra uvećana, masno infiltrirana, a unutar žučnjaka nađen je konkrement veličine 2,5 cm uz pravilno kalibrirane žučne vodove. Postavljene su dijagnoze: Steatosis hepatis, Cholecystitis calculosa, Diabetes mellitus, Obesitas. Čitavo ovo vrijeme smetnje perzistiraju i pacijent kaže da misli da mu je sve to od ovog drugog „lijeka za srce“. EEG pokaže dizritmične promjene anterolateralno desno. CT mozga: upodručju ponsa desno vidi se hipodenzitet-ishemična promjena. Pacijent se teško kreće, postao je depresivan. I dalje su nalazi jetrenih proba i masnoća povišeni. Pacijentu se izvadi krv za štitnjačine hormone i nađe se da je TSH jako povišen, T3 jako snižen. Tada sam se sjetila odakle mi je pacijent bio poznat: sličio je na pacijenta s miksedemom iz moje stare interne. Ordinirana je terapija s 50 mikrograma Euthyroxa koju smo postepeno povećavali do 150 mikrograma – došlo je

do normalizacije štitnjačinih hormona u serumu, pada TSH u granice normale, normalizacije masnoća u krvi, pada tjelesne težine, nestale su smetnje u govoru i postao je pokretniji. Vratio se svom poslu. Sada mu je lice bez edema i podbuhlosti. Fizionomija mu je sasvim promijenjena: takvog pacijenta nisam upoznala.

Rasprava

Amjodaron je široko primjenjivani antiaritmik sa znatnim potencijalom da uzrokuje tiroidnu disfunkciju zbog toga što sadrži 35% joda. Poznato je da inhibira konverziju T4 u T3, djeluje kao inhibitor nuklearnih receptora za tiroidne hormone, utječe na citotoksične efekte i inducira imune inflamatorne procese u štitnjači. Za vrijeme terapije mogu nastati i tireotokikoza (AIT) i hipotireoza (AIH). AIT nastaje češće u krajevima s malim unosom joda, a AIH u krajevima s dovoljnim unosom (4). Simptomi i jednog i drugog su oskudni za vrijeme terapije. Istraživanja su pokazala da pacijenti koji imaju pozitivna tiroidna antitijela i nalaz na UZV u smislu kroničnog Hashimoto tireoiditisa upadnu u hipotireozu nakon 4-9 mjeseci liječenja amjodaronom. Amjodaron može modificirati prirodni tijek Hashimoto tireoiditisa. Cirkulirajuća antitijela na štitnjaču ne javljaju se kod pacijenata liječenih amjodaronom koji imaju negativan test antitijela prije uvođenja u terapiju (5).

Istraživanjem koje su proveli na Katedri za endokrinologiju Univerziteta u Pisi Martino i drugi praćeno je 467 pacijenata liječenih amjodaronom i kod 6% ili 28 došlo je do razvitka hipotireoze (6). Ona je bila prolazna kod svih koji nisu imali u podlozi tiroidne abnormalnosti, a kod više od polovice onih sa prethodnim abnormalnostima bila je perzistirajuća. Usprkos uzimanju velikih količina joda za vrijeme terapije amjodaronom test akumulacije J131 bio je detektibilan kod bolesnika kod kojih se razvila AIH za vrijeme terapije bez obzira na prisutnost ili odsutnost prethodne bolesti štitnjače. Kod bolesnika s AIT test akumulacije J131 je normalan ili povišen kod onih koji u osnovi imaju prethodnu bolest štitnjače,

a vrlo nizak kod kojih se nije našlo prethodne bolesti. Jedno drugo istraživanje o incidenciji i vremenu javljanja disfunkcije štitnjače za vrijeme dugotrajnog liječenja amjodaronom pokazalo je da se češće javlja hipertireoza (u 12,2% ispitanika) zbog povećanog unosa joda, koja se klinički očituje SVPT (7), a hipotireoza u 5,5 %. Kod 195 ispitanika u Brazilu razvilo se više AIH – u 25 % slučajeva, u samo 2% došlo je do AIT, a u 9% do povišenja samo T4. Pri tom je pojava AIH pozitivno korelirala s tiroidnim antitijelima i s muškim spolom (8). Kad se usporede sve studije, ostaje da je hipotireoza najčešća ozbiljna nuspojava (7% s amjodaronom naspram 1,1% na placebo), hipertireoza 1,45% na amjodaronu prema 0,5 % na placebo (9). Kod ovog pacijenta ostao je neutvrđen status prijašnje bolesti štitnjače jer prethodno nismo utvrđivali ni hormonski status ni antitijela niti je rađen UZV štitnjače. Nakon što se pojavila hipotireoza poslije liječenja amjodaronom, utvrđen je samo hormonski status jer u to vrijeme nije bilo reagencija za određivanje antitijela. Simptomi hipotireoze su brojni, toliko različiti i suptilni zato jer skoro sve stanice na jezgrama imaju receptore koji imaju veliki afinitet za T3. To su TR alfa 1 receptori u mišićima i masnom tkivu, TR alfa 2 u mozgu, te TR alfa 3 u mozgu, kostima i bubregu. Ovi receptori utječući na različite enzime utječu na metabolizam tvari, vitamina i minerala, moduliraju sve ostale hormone i njihove ciljane tkivne respondere, stimuliraju potrošnju kisika i stvaranje toplote, reguliraju sintezu proteina i metabolizam ugljikohidrata i masnoća i stimuliraju koenzime i pripadne vitamine (1). Dolazi do postepene promjene bolesnikove osobnosti praćene pojavom karakterističnog izgleda lica, velikog jezika, sporog i dubokog govora, suhe, edematozne kože, alopecije kose i obrva, pojava pjega na rukama. Javlja se umor i apatija, osjetljivost na hladnoću, opstipacija, usporenje protoka žuči. U serumu je povećan TSH, a sniženi T3 i T4. Povećane su i UK i trigliceridi, transaminaze, CK i LDH. Kad imamo pacijenta na terapiji amjodaronom, uz kontrolu očiju zbog stvaranja depozita na rožnici, potrebno je učiniti skrining na bolest štitnjače. Pod utjecajem

amjodaronu raste FT4, a pada FT3, ali klinički pacijent može ostati eutiroidan. Oko 2% pacijenata ima klinički signifikantne promjene u smislu hiper ili hipotireoze. Moramo se više voditi kliničkim statusom, nego testovima. Moramo imati na umu i dugo t/2 (40-100 dana), tako da će problemi biti prisutni i nakon prekida terapije (1). Usprkos ozbiljnim nuspojavama koje može izazvati amjodaron (miksedem, bilijarna ciroza, plućna fibroza i intersticijski pneumonitis), on i dalje ostaje vrlo važan antiaritmik jer reducira ukupni mortalitet u bolesnika sa popuštanjem srca (9).

Zaključak

Amjodaron je lijek koji relativno često izaziva bolest štitnjače jer sadržava 35% joda i time utječe na stvaranje hormona štitnjače. Kod bolesnika koji u podlozi imaju autoimunu upalu štitnjače i /ili povećan nivo MsAt moguće je da će ovaj lijek utjecati na prirodan tijek bolesti i izazvati perzistentnu hipotireozu kod polovine od njih. Pacijent je prikazan jer se nakon prekida uzimanja amjodaronu kod razvila hipotireoza. Nakon nekoliko mjeseci prvi put se obratio svom liječniku. Bilo je potrebno dva mjeseca da se dođe do dijagnoze i uzročnog - supstitucijskog liječenja. Liječenje je potpuno uspješno i sada je na dozi održavanja od 150 mikrograma Euthyrox jer se kod njega radi o perzistirajućoj AIH. Vratio se svim svojim aktivnostima i svom poslu.

Literatura

1. Hope RA, Longmore JM, Wood-Allum C, McManus SK. Oxford handbook of clinical Medicine. Oxford: Oxford University Press; 1998. Str. 544-5.
2. Gamulin S, urednik. Patofiziologija. 2. obn. dop. izd. Zagreb: Jumea; 1990. Str.350-4.
3. Lee KL, Tai YT. Long- term low-dose amiodarone therapy in the management of ventricular and supraventricular tachyarrhythmias: efficacy and safety. Clin Cardiol 1997;20: 372-7.
4. Kucharczyk P, Michalkiewics D, Kucharczyk A. The effects of amiodarone on the thyroid function. Pol Merkur Lekarski 2006;21:86-9. (in Polish)
5. Martino E, Aghini-Lombardi F, Bartalena L, Grasso L, Loviselli A, Veluzzi F, et al. Enhanced susceptibility to amiodarone – induced hypothyroidism in patient with thyroid autoimmune disease. Arch Intern Med 1994;154:2722-6.
6. Martino E, Aghini-Lombardi F, Mariotti S, Bartalena L, Lanziardu M, Cecarelli C, Bambini G, et al. Amiodarone iodine-induced hypothyroidism: risk factors and follow up in 28 cases. Clin Endocrinol (Oxf) 1987;26:227-37.
7. Rouleau F, Baudusseau O, Dupuis JM, Vetur J, Geslin P. Incidence and timing of thyroid dysfunction with long term amiodarone therapy. Arch. Mal Coeur Vaiss 2001;94:39-43.(in French)
8. Schaan BD, Cunha CP, Francisconi A, Zottis B, Brum G, Bruch RS, Gus M. Amiodarone induced thyroid dysfunction in a tertiary center in south Brasil. Arq Bras Endocrinol Metabol 2005;49:916-22.
9. Antiarrhythmics. Clin Evid 2003;(10):132-3.

ŠTO SE KATKAD KRIJE IZA PROTEINURIJE?

Prikaz pacijenta

WHAT IS SOMETIMES HIDING BEHIND PROTEINURIA?

A case study

Davorka Vrdoljak

Sažetak

Diferencijalna dijagnostika proteinurije dio je dnevnog rada obiteljskog liječnika. U radu je prikazana bolesnica kod koje se iza simptoma proteinurije krila rijetka bolest benigna monoklonalna gamapatija. Objasnjen je postupnik obrade proteinurije, te uloga obiteljskog liječnika u praćenju i liječenju bolesnika.

Summary

Differential diagnosis of proteinuria is a part of family doctor's everyday work. Case study of a patient with proteinuria caused by benign monoclonal gammopathy is presented.

The role of family doctor in care for chronically ill patient is explained.

Uvod

Proteinurija, izlučivanje proteina urinom u količini većoj od 150-200 mg/24 h, jest znak kojeg liječnik obiteljske medicine (LOM) nalazi u mnogih bolesnika sa različitim bolestima i stanjima. Patološku proteinuriju može se naći pri bolestima bubrežnih glomerula (povećana propusnost) ili tubula (smanjena

reapsorpcija) ili u bolestima pri kojima dolazi do prekomjerne produkcije proteina u organizmu (leukemije, mijelodisplastičnog sindroma, benigne monoklonalne gamapatije (BMG), multiplog mijeloma (MM)). Patološka proteinurija se može pojaviti i u dijabetesu i hipertenziji zbog aktivacije sustava renin-angiotenzin-aldosteron i konstrikcije aferentne arteriole. Intermitentna se proteinurija nalazi katkad i u zdravih osoba u različitim stanjima (akutna bolest, emocionalni stres, vrućica, intenzivna tjelovježba) kao fiziološka pojava za trajanja tih stanja (1).

Liječnici obiteljske medicine su često u prigodi detektirati proteinuriju u bolesnika u kojih se taj pokazatelj ne uklapa u kliničku sliku. Naime, oni bolesnike često viđaju u svojim ordinacijama u početnoj fazi bolesti, kada su simptomi još blagi i neprepoznati od strane bolesnika. Važno je razlučiti je li proteinurija kao znak u bolesnika tek tranzitoran i nevažan ili važan rani znak značajne bolesti, zahtijeva li ekspektativan stav i ponovnu provjeru (watchful waiting) ili promptni proaktivni pristup radi daljnje dijagnostike i detekcije bolesti. Jedna od rijetkih bolesti koja se ovakvim pristupom može detektirati jest i benigna monoklonalna gamapatija (BMG),

Davorka Vrdoljak^{1,2}, dr. med, specijalist obiteljske medicine

¹ Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Šoltanska 2 Split

² Ordinacija obiteljske medicine Sućidar 29 Split

relativno rijetka bolest čija učestalost u dobnoj skupini 70+ iznosi 4% (2). Kod ove se bolesti u početku dijagnostičkog postupka obično incidentalno nađe proteinurija. BMG je karakterizirana izoliranim nalazom monoklonalnog paraproteina u elektroforezi proteina u serumu i urinu oboljelih. Za razliku od multiplog mijeloma (MM), kod BMG izostaju osteolize, količina plazma stanica u koštanoj srži je <10%, a M-šiljak u elferogramu seruma visok je <1/3 pripadnog otklona albumina. (3,4) U 20-30% bolesnika ta se bolest transformira u multipli mijelom ili malignom B-limfocita (5,6).

Prikaz bolesnice

Gospođa AS stara 66 godina dugogodišnja je pacijentica svog liječnika. Od dosadašnjih bolesti histerektomirana je u 45-oj radi mioma, nije uzimala hormonalnu nadomjesnu terapiju, preboljela je i akutni pankreatitis kao posljedicu kolelitijaze unatrag dvanaest godina, te po smirenju upale bila kolecistektomirana. U dobi od 56 godina endoskopski joj je odstranjen solitarni adenomatozni benigni polip rektuma bez znakova displazije. Kao rizična pacijentica za kolorektalni karcinom, jednom godišnje radi pregled 3 uzorka stolice na okultno krvarenje, a svakih pet godina kolonoskopiju. Otac joj je mlad poginuo, majka umrla u visokoj dobi od cerebrovaskularnog infarkta, ima jednu sestru koja je zdrava. Radila je posao službenice u tvornici cementa desetak godina, potom dala otkaz. Sada živi sa suprugom koji je također u skrbi istog obiteljskog liječnika. Pacijentica ne puši, niti pije alkohol, dnevno šeta barem sat vremena, vodi računa o zdravoj prehrani s dovoljno voća, povrća i vlakana, jednom u dvije godine joj se određuju serumski kolesterol i trigliceridi (koji su zasad oko 10% iznad normale, pa ih regulira isključivo prehranom). U siječnju 2006. godine, javila se telefonom liječniku zatraživši kućnu posjetu zbog lošeg osjećanja, febriliteta, 38,5°C, kašlja, purulentnog iskašljavanja i otežanog disanja. Pregledom zdravstvenog kartona bolesnice, zamijećeno je kako je tijekom studenog i prosinca 2005. dolazila u ambulantu radi respiracijskog,

odnosno urinarnog infekta. U kućnoj posjeti, bolesnica je u trenutku pregleda bila febrilna, s temperaturom 38°C, desno bazalno auskultacijski su nađeni fini inspiracijski hropci tipa krepitacija, dok je ostali klinički nalaz bio uredan. Bolesnici je propisan amoksisicilin klavulanat 1 g 2x1 tableta kroz 7 dana, antipiretika, te joj je preporučeno da zbog febrilnog stanja uzima veću količinu tekućine. Nakon 5 dana bolesnica se liječnici javila telefonom, navodeći da je znatno bolje, oskudnije kašlje, a i tek joj se vratilo. Tada je dogovoreno da se poradi učestalijih infekata načini laboratorijska analiza krvi. Kada je nakon 18 dana ponovljena kućna posjeta, laboratorijski nalazi su bili učinjeni i pokazivali su ubrzanu sedimentaciju eritrocita (SE 70mm/h), uz normalnu leukocitozu i normalnu diferencijalnu krvnu sliku (DKS), a nije bilo ni znakova anemije. Kliničkim pregledom nije se više našlo nikakvih patoloških šumova disanja. Bolesnici je savjetovano da se sada više tjelesno aktivira, prošetata i angažira u lakšim kućnim poslovima. Objašnjeno je kako laboratorijsko ozdravljenje (ubrzanu SE) obično "kaska" za kliničkim, te je dogovoreno da će se sedimentacija eritrocita ponovno kontrolirati za mjesec dana. Došavši ujutro natašte po laboratorijsku uputnicu za mjesec dana, bolesnica se liječnici požalila kako obilnije mokri, kako joj je mokraća pjenušava i tamna, a osjeća bol i umor u nogama i križima. Inspekcijom kralježnice je utvrđena naglašenija lumbalna lordoza, a palpacijom nije utvrđena bolna osjetljivost spinoznih nastavaka. Također bolesnica nije navodila širenje boli u natkoljenu ili potkoljenu što bi moglo ukazivati na diskoradikalni konflikt. Ispitivanje motorike odnosno hoda na prstima i na petama pokazalo je uredan nalaz, a senzorika i refleksi su također bili uredni. U bolesnice je utvrđen obostrano pozitivan Lasseguev znak pri 70°. Temeljem ovakve kliničke slike liječnica je zaključila da se radi o lumbosakralnom sindromu te preporučila 48 satnu poštedu od tjelesnih napora uz nesteroidne antireumatike (NSAID), a potom statičke vježbe za lumbosakralnu kralježnicu. Uz usmene upute o načinu izvođenja vježbi bolesnici je uručen i edukacijski letak u kojem su upute popraćene slikama i prikladnim

ilustracijama. Po dogovoru bolesnica je upućena u laboratorij. U novim laboratorijskim nalazima analize krvi, SE je iznosila 85mm/min, dok se u urinu pojavila proteinurija označena jednim plusom (+) pri semikvantitativnoj analizi test-trakom. Kako je isti nalaz urina perzistirao i za 7 i 14 dana a uz normalan nalaz serumske uree, kreatinina i albumina, a umor nogu i bolovi u leđima nisu jenjavali, upućena je na detaljnije pretrage. Učinjene su imunološke analize krvi i urina odnosno imunoelektroforeza bjelančevina seruma i urina te 24-satna proteinurija. Budući je količina bjelančevina bila manja od 3g/24 h, a u elferogramu seruma bio nađen tzv. monoklonalni M-šiljak velik < 1/3 pripadnih albumina, posumnjalo se na monoklonalnu bolest plazma-stanica tipa multiplog mijeloma (7). Bolesnica je potom nakon dva mjeseca od početka bolesti upućena hematologu, koji je savjetovao panel imunoloških pretraga za isključenje autoimunih bolesti, te određivanje β_2 mikroglobulina u urinu. Učinjen je radiogram lumbosakralne kralježnice, te kraniogram da se utvrdi postoje li žarišta osteolize. Hematolog je potom načinio punkciju koštane srži kako bi se odredio relativni udio plazma-stanica. Kako na sreću nije bilo osteoliza, a punktat je koštane srži sadržavao < 10% plazma-stanica, zaključeno je kako se radi o benignoj monoklonalnoj gamapatiji koja ne zahtijeva nikakvo liječenje već samo tromjesečno praćenje. U bolesnice je dakle nakon tri mjeseca od pojave klasičnih simptoma BMG (bolovi u križima i perzistentna protinurija sa ubrzanom SE) postavljena definitivna dijagnoza BMG. Imunološkim panelom su zasad isključene konkomitantne autoimune bolesti. U daljem tijeku bolesti bolesnica se javila svojoj obiteljskoj liječnici već nakon mjesec dana, ovaj put s otokom obih potkoljenica ali i natkoljenica. Otok je bio značajna opsega, blijed i tjestast, a u kliničkom je pregledu izmjerena RR 150/95. Nalaz sedimentacije eriocita pokazao je povećanje na 95 mm/h, razina bjelančevina u 24 urinu povećala se na >5 g/24 h, lipidogram je bio u granicama normale, no nađena je po prvi put i serumska hipoalbuminemija. Radi hipoalbuminemije i posljedičnih onkodinamskih edema kao i gubitka

bjelančevina urinom većeg od 4 g/24h, liječnica je posumnjala da je ipak nastalo oštećenje glomerula, pa se kod bolesnice razvija nefrotski sindrom. Stoga je bolesnici savjetovala da ne uzima NSAID, reducira unos soli i uzima acetilsalicilnu kiselinu (Andol[®] 100 1x1), te fiksnu kombinaciju tiazidskog diuretika s ACE inhibitorom (lizinopril+hidroklorotiazid= Iruzid tbl[®] 1x1).

Bolesnica je upućena i na nefrološku konzultaciju poradi eventualne hospitalizacije.

Nefrolog je odlučio kako bolesnicu ne treba hospitalizirati, ali je započeto liječenje kortikosteroidima, koje je bolesnica uzimala četiri tjedna, bez nuspojava. Edemi su se nešto smanjili, RR je bio 130/80, a razina bjelančevina u 24 h urinu reducirana je na <3g/24h.

Bolesnica nije zabrinuta za malignu transformaciju svoje bolesti, mada je informirana da ta mogućnost postoji u 20-30% slučajeva. Bolest je realno prihvatila i s njom se dobro nosi, vjerojatno i poradi dobre obiteljske potpore. Njen glavni problem koji joj bitno narušava kvalitetu života jest proteinurija s edemima od struka naniže koji je jako ograničavaju u njenim dnevnim aktivnostima i smetaju normalnom funkcioniranju (npr. hodanju, vožnji automobila).

Rasprava

Proteinurija se definira kao gubitak bjelančevina urinom veći od 150-200 mg/24h. Po trajanju može biti intermitentna („dode i prođe”) ili perzistentna (traje i nalazi se u 2-3 ponovljena uzastopna nalaza). Svaka perzistentna proteinurija zahtijeva kvantifikaciju u uzorku 24-satnog urina kao i kvalifikaciju radi li se o glomerularnoj ili tubularnoj proteinuriji. Pri manjim oštećenjima bazalne membrane glomerula, proteinurija je selektivna i gube se samo male molekule (albumini), dok je pri većim oštećenjima neselektivna s gubitkom i većih molekula (imunoglobulina). Bolesnici s glomerularnom proteinurijom imaju onkodinamske edeme uzrokovane gubitkom albumina. Pri tubularnoj

proteinuriji oštećeni tubuli mogu iz primarnog urina reapsorbirati veće, ali ne i vrlo male molekule ($\alpha 1$ i $\beta 2$ mikroglobulin), koje se stoga gube. Bolesnici s tubularnom proteinurijom nemaju onkodinamske edeme, jer ne gube albumine. Proteinurija može biti i preplavna (overflow), kao u slučaju BMG ili MM, kod kojih je bubreg tek „nevini promatrač”, gdje količina produciranih proteina nadmašuje kapacitet tubularnog transporta inače zdravog bubrega. Benigna tranzitorna proteinurija radi pojačanog tjelesnog napora česta je u mlađih ljudi i sportaša i nestaje prestankom tjelesne aktivnosti. Stoga je uputno pretragu urina ponoviti 1-2 puta i tako utvrditi je li nalaz incidentalan ili perzistentan.

Analiza urina test-trakom je jednostavna i neinvazivna metoda za detekciju proteinurije prikladna u svakodnevnom radu obiteljskog liječnika. Radi se o semikvantitativnoj metodi čija je osjetljivost 95-99%. Rezultati se obično opisuju kao negativni (<10g bjelančevina/dl urina) trag (10-20 g/dl), 1+ (30 mg/dl), 2+ (100 mg/dl), 3+ (300 mg/dl) ili 4+ (1000 mg/dl) (7,8,9). Metoda dobro detektira albumine, ali je manje osjetljiva u detekciji globulina ili njihovih dijelova (lakih ili teških lanaca κ i λ odnosno Bence-Jonesovih proteina) (10). Svaki pozitivni nalaz proteinurije test-trakom valja ponoviti 1-2 puta, te dopuniti mikroskopskom analizom sedimenta urina. Svaku perzistentnu proteinuriju valja kvantificirati u uzorku 24 satnog urina.

Ako je izlučivanje proteina urinom ekcesivno i iznosi >3,5 g/24h/ 1,73 m² površine tijela, govori se o nefrotskom sindromu (NS). Njegova je definicija kvantitativna, a u podlozi mu je oštećenje glomerula različite etiologije. Zbog masivne proteinurije i hipolabuminemije bolesnici s NS su edematozni i hipertenzivni, a zbog kompenzatorne jetrene sinteze lipoproteina i hiperlipidemični. Često se zaboravlja činjenica kako su zbog gubitka antitrombina 3 (AT3) bubrezima, bolesnici s NS i pod rizikom tromboembolije, pa im valja profilaktički propisati i antiagregacijski lijek (11). Povećana sklonost infekcijama u NS posljedica je bubrežnog gubitka

imunoglobulina., pa je upravo to mogući uzrok pojave pneumonije u prikazane bolesnice sa BMG.

Bolesnica se dugoročno liječi kortikosteroidima, s čijim mehanizmom djelovanja i nuspojavama obiteljski liječnik mora biti dobro upoznat i na vrijeme intervenirati. Najčešće i najopasnije nuspojave su subkapsularna katarakta, osteoporoza, koštana nekroza, povećana sklonost infekcijama, arterijska hipertenzija, hiperglikemija, glaukom, miopatija, psihoza (12). Kako liječnik u svom dnevnom radu zbrinjava sve više bolesnika koji zbog multimorbiditeta uzimaju raznolike lijekove ili zbog pojedinih bolesti uzimaju lijekove koji imaju znatne i opasne nuspojave, mora posjedovati široko znanje iz farmakoterapije. U prikazane bolesnice mogu se očekivati nuspojave dugotrajne terapije kortikosteroidima koje liječnik mora proaktivnim pristupom tražiti i pravovremeno otkriti kao bi se spriječile teže komplikacije i invalidnost bolesnice.

Zaključak

Kod pacijenata s ubrzanom sedimentacijom eritrocita bez znakova upale, a uz semikvantitativnom metodom potvrđenu i kvantitativno dokazanu perzistentnu proteinuriju valja posumnjati na BMG, te diferencijalno dijagnostički uzeti u obzir i MM. Sumnja na multipli mijelom je posebice utemeljena kada se pacijenti žale na umor i bolove u lumbosakralnoj kralješnici. Kod svake perzistentne proteinurije treba evaluirati je li ona glomerularna, tubularna ili preljavna jer karakter proteinurije ukazuje na uzrok odnosno bolest. BMG je rijetka bolest, kod koje bolesnici zahtijevaju pažljivo i sveobuhvatno praćenje obiteljskog liječnika u svrhu kontrole i sprječavanja komplikacija kako radi bolesti same, tako i radi nuspojave liječenja kortikosteroidima.

Literatura

1. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M, editors. The Merck manual of diagnosis and therapy. 18th ed. Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories; 2006. Str. 1938-41.

2. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M, editors. The Merck manual of diagnosis and therapy. 18th edition. Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories; 2006. Str. 1128-9.
3. Shirota T, Kondo M, Uchida H, Ito H. Benign monoclonal gammopathy. *Nippon Rinsho* 1995;53:720-4. (Japanese)
4. Cesana C, Klersy C, Barbarano L, Nosari AM, Crugnola M, Pugnolino E, et al. Prognostic factors for malignant transformation in monoclonal gammopathy of undetermined significance and smoldering multiple myeloma. *J Clin Oncol* 2002;20:1625-34.
5. Kyle RA, Therneau TM, Rajkumar SV, Offord JR, Larson DR, Plevak MF, et al. A long-term study of prognosis in monoclonal gammopathy of undetermined significance. *N Engl J Med* 2002;346:564-9.
6. Lust JA, Donovan KA. Biology of the transition of monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) to multiple myeloma. *Cancer Control* 1998;5:209-17.
7. Carroll MF, Temte JL. Proteinuria in adults: a diagnostic approach. *Am Fam Physician* 2000;62:1333-40.
8. George ED, Sadosky R. Multiple myeloma: recognition and management. *Am Fam Physician* 1999;59:1885-94.
9. Kitabayashi A, Komatsuda A, Miura AB, Yamaguchi A, Takatsu H, Fujita K. High molecular-weight Bence Jones protein deposits in the kidney of a patient with plasma cell dyscrasia. *Rinsho Ketsueki* 2000;41:341-6. (in Japanese)
10. Nagao T, Okura T, Miyoshi K, Watanabe S, Manabe S, Kurata M, et al. Fibrillary glomerulonephritis associated with monoclonal gammopathy of undetermined significance showing lambda-type Bence Jones protein. *Clin Exp Nephrol* 2005;9:247-51.
11. Singhal R, Brimble KS. Thromboembolic complications in the nephrotic syndrome: pathophysiology and clinical management. *Thromb Res* 2006;118:397-407.
12. Vrhovac B i sur. *Farmakoterapijski priručnik*. 5. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2007. Str. 312-3.

Moja ordinacija - ordinacija Botinec

Željko Razum

Ordinacija u kojoj radim od 2000. godine nalazi se u prigradskom naselju Botinec na području Novog Zagreba. Nalazi se u prostorijama zdravstvene stanice Botinec, Dom zdravlja Zagreb-Centar. Izgrađena je 1980. godine. U toj zdravstvenoj stanici nalazi se i ljekarna te još jedan tim obiteljske medicine, dva stomatološka tima i patronažna sestra.

Samo naselje Botinec smjestilo se u južnom predgrađu grada Zagreba. Naselje je većim dijelom naseljeno nakon poplave u Zagrebu iz drugih gradskih naselja. Postoji i staro seosko naselje starosjedilaca, a u današnje se vrijeme i sve više naseljava i grade se obiteljske kuće. Naselje danas broji nešto više od 6000 stanovnika.

U toj ordinaciji radim od 01.01.2000.g. kao zaposlenik Doma zdravlja, a od 01.07.2004.g. sam u zakupu kao ugovorni doktor Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Površina u zakupu je oko 60 metara kvadratnih. Od toga na ordinaciju liječnika otpada oko 23 m² i isto toliko na ordinaciju sestre. Liječnici opće medicine imaju zasebne prostorije dok sestre iz oba tima dijele ordinaciju. Pored prostora za ordinacije postoje i zajedničke prostorije: WC za osoblje, čajna kuhinja i garderoba sa malom kupaonicom. Grijanje je putem plinskog centralnog sustava. U čekaonici ima oko 20 stolica s naslonom za pacijente te WC za pacijente i zasebni WC za invalidne osobe. Na ulazu u zdravstvenu stanicu postoji prilaz za invalide u kolicima.

Rad u ambulanti organiziran je u smjenama, odnosno parne datume radimo popodne od 13.00h do 20.30h, dok neparnim datumima radimo prijepodne od 07.00h do 14.30h. U smjeni smo sa stomatološkim timom i ljekarnom koja radi cijeli dan. Kolegica iz drugog tima radi u suprotnoj smjeni. Patronažna skrb radi svako jutro po principu savjetovišta do 10 sati, a nakon

toga radi na terenu. Svi timovi osim patronaže su u ugovornom odnosu sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Rad subotom organiziran je po principu dežurstva za pet ambulanti opće medicine, tako da radimo svaku petu subotu od 07.00h do 15.00h.

Svaka ordinacija ima zasebni telefonski broj koji je dostupan pacijentima za narudžbe i konzultacije. Organizacija rada u vrijeme godišnjih odmora je takva da se timski mijenjamo i primamo pacijente iz oba tima u jednoj smjeni.

U radu se izrazito njeguje timski pristup. Pod timom podrazumijevam sestru i patronažnu sestru. Sa sadašnjom sestrom radim 18 mjeseci. Radi se o mladoj ženi koja je do sada prošla više radnih mjesta od ginekologije, stomatologije do opće medicine. Motivirana je za rad u obiteljskoj medicini i voli učiti, uredna, savjesna i ugodan je suradnik. Patronažna sestra je izrazito iskusna visoko obrazovana sestra. Proglašena je najboljom sestrom u Hrvatskoj za 2006. godinu, radi kao predavač na Visokoj zdravstvenoj školi u Zagrebu. Izuzetno je suradljiva, brižna i pažljiva. Na kraju da i sebe predstavim: star sam 37 godina, imam dvogodišnje iskustvo rada na kirurgiji te osam godina iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Sudjelovao sam na nizu kongresa i simpozija te završio niz edukacijskih tečajeva.

U skrbi imam 2089 pacijenata – u tabeli 1. vidi se prikaz po dobnim skupinama.

0-6 godina	7-18 godina	19-65 godina	>65 godina
9	225	1428	427

Od navedenog broja 911 je radno aktivnih. Relativni indeks po dobi iznosi 1,47.

Ambulanta je u potpunosti informatizirana i to tako da liječnik i sestra imaju međusobno umrežena računala. Radi se na programu koji u potpunosti odgovara radu u općoj medicini. Podaci se spremaju na web te je rad u ambulanti podložan direktnoj kontroli i kad nas nema u prostorijama ordinacije. Podaci se ne spremaju lokalno te tako nisu podložni krađi. Unazad dvije godine ne vodi se klasični već elektronski karton pacijenta. Pacijenti imaju mogućnost naručiti se telefonom ili elektronskim putem. Vrijeme čekanja na pregled je maksimalno 2 dana. Ukoliko pacijenti trebaju samo svoju stalnu terapiju najčešće dok spuste slušalicu već imaju napisane svoje recepte za lijekove ili uputnice. Pogodnost pacijentima s moje liste je i ta da ih mogu ukoliko žele naručiti za specijalističko konzilijarne preglede ili dijagnostiku elektronskim putem uz odgodu čekanja do dva tjedna prema dosadašnjim mjerilima. Samim time naravno, ambulanta je i dosta frekventna te ću u narednom dijelu nastojati prikazati rad ambulante.

U jedanaest mjeseci 2006. godine imao sam 12602 posjeta u ambulanti. Zdravstvenu zaštitu koristio je 1691 pacijent ili 81% upisanih na listu. Iz toga proizlazi da je svaki pacijent koji je bio u ambulanti bio više od 7,4 puta. Razdioba dolazaka po dobi je prikazana u slijedećoj tabeli.

0-6 godina	7-18 godina	19-65 godina	>65 godina
56	1030	7161	4355

Tijekom 11 mjeseci 2006.g. obavljen je 5691 pregled kao što je prikazano u slijedećoj tabeli.

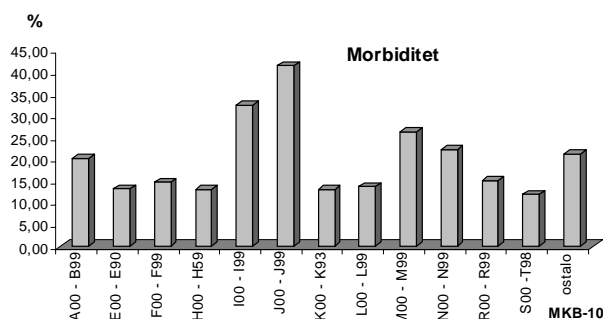
0-6 godina	7-18 godina	19-65 godina	>65 godina
37	746	3148	1760

Bio sam u 324 kućne posjete što je prikazano u tablici 4.

0-6 godina	7-18 godina	19-65 godina	>65 godina
0	1	65	258

Tijekom godine 14 pacijenata je upućeno na ocjenu invalidske komisije. Prosječna stopa bolovanja tijekom 2006.g. iznosila je 3,53%.

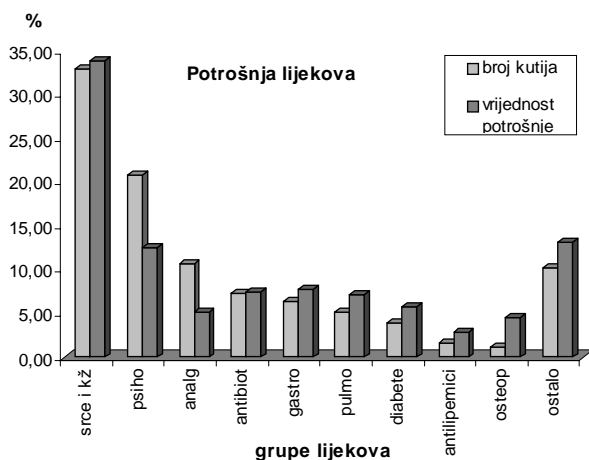
Tijekom 2006. godine pacijenti s moje liste najčešće su bolovali od bolesti prikazanih po grupama u grafikonu kako slijedi.



Između ostalog redovitog posla u ambulanti su učinjeni i slijedeći dodatni postupci:

1. ekg – 20 puta
2. kateterizacija mokraćnog mjehura – 4 puta
3. otoskopija i ispiranje cerumena – 61 puta
4. zaustavljanje krvarenja iz nosa – 1 puta
5. opskrba rana – 222 puta
6. incizija gnojnih procesa – 7 puta
7. odstranjenje nokta – 3 puta
8. površinska ili lokalna anestezija – 8 puta
9. odstranjenje šavova – 46 puta.

Pacijenti su upućivani na konzilijarne preglede i dijagnostiku 7097 puta i 248 puta na bolničko liječenje. Razdioba grupa lijekova propisanih u ordinaciji obzirom na količinu izdatih lijekova i financijsku potrošnju prikazana je na slici 1.



Prema standardima HZZO prosječna potrošnja lijekova na recept iznosila je 124,55%. Također prema istom standardu pacijenti su ispunili 98% standarda HZZO u izvršenju zdravstvene njege u kući. Moram napomenuti da je za HZZO prikupljeno 134.870,00 kuna administrativne pristojbe.

Od specifičnih programa koje provodim vrijedi spomenuti kontinuirani preventivni rad na edukaciji

pacijenata, provođenje preventivnih pregleda osoba starijih iznad 50 godina, provođenje supstitucijske terapije ovisnika, cijepljenje protiv gripe (svake godine između 250 i 300 ljudi), antitetanička zaštita osoba starijih od 60 godina s obuhvatom od 95%, mjerenje GUK-a, kolesterola i triglicerida u ambulanti, urea izdisajni test za *Helicobacter pylori*, spirometrija, inhalacije, parenteralna terapija i priprema za kemoterapijske procedure te razna savjetovanja.

Na kraju i kratki osvrt na mortalitet zabilježen u ordinaciji 2006. godine: 2006. godine umrlo je 28 bolesnika, prosječne dobi 72,4 godina, od toga 10 žena prosječne dobi 85,4 godine te 18 muškaraca prosječne dobi 50,6 godina. 12 osoba umrlo je od posljedica bolesti srca i krvnih žila (prosječna dob 77,5 godina), 8 od malignih bolesti, 2 osobe od posljedica multiple skleroze, 1 od syringomielije, 1 uslijed ciroze jetre, 3 kao senilna demencija, 1 nesretnim slučajem.

Iz priloženog se mogu donijeti neki zaključci o kvaliteti rada što ću sažeto prikazati u sljedećim tabelama:

Pokazatelji rezultata rada i pripadajući kriteriji 22/25

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
stopa procijepljenosti	95% procijepljenost djece u 4. godini*	100% HIG ANA TE kod povrede*	100% cijepljenje ANA TE kod povrede*	moćnost neobaveznog cijepljenja*	moćnost cijepljenja protiv gripe*
komplikacije kroničnih bolesti	90% NYHA I/II kardiopata*	očekivani udio AMI/CVI u hipertoničara*	očekivani udio amputacije u dijabetičara*	GUK ispod 10 u 90% dijabetičara*	očekivani broj hitnih prijema bolnicu*
racionalno propisivanje	cijena unutar HZZO limita	očekivani udio antibiotika u ARI*	propisivanje antilipemika prema shemi*	ne više od 10% pacijenata sa više od 3 lijeka*	više od 10% antibiotika prema ABG*
racionalno dijagnosticiranje	ne više uputnica od HZZO limita*	broj uputnica za pretrage/ uputnica za konzultacije*	prosječno ispod 1 uputnice po pregledu	90% povratnih nalaza*	svi važni nalazi upisani u OZL*
rano otkrivanje bolesti	90% potvrda dijagnoza unutar 5 dana*	očekivana dužina života oboljelih od Ca pluća*	očekivana dužina života oboljelih od Ca dojke*	očekivani udio ginekološki Ca insitu u odnosu na ce Ca	očekivana prosječna dob umrlih*

Pokazatelji stručnosti rada i pripadajući kriteriji 21/35

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
	preventivni rad	rutinsko mjerenje RR*	testiranja na HPL*	preventivni pregledi dojki*	digorektalni screening*
grupni rad s kroničarima	hipertonija	dijabetes	pulmološke bolesti	invalidi	duševni bolesnici
suradnja i suradnici	viša medicinska sestra u timu*	grupna praksa	redovito sastajanje tima*	izabrani i stalni konzultanti	posjet i konzultacije u bolnici
vještine liječnika	pregled fundusa oka*	pedijatrijska zaštita	ginekološki pregledi	psihoterapija*	zahvati male kirurgije*
trajna edukacija	minimalno 1 CME tečaj godišnje kao slušač*	minimalno 1 predavanje kao predavač	minimalno 1 rad u 2 godine	sudjelovanje u projektu ili istraživanju 1 u 5 godina*	osobna pretplata na najmanje 1 časopis
kućne posjete	odlazak u KP po zahtjevu*	redoviti obilazak nepokretnih*	organizacija terminalne skrbi*	patronažna posjeta*	njega u kući*
dokumentacija	OZL ili PC*	čitljivi zapisi i uputnice*	popratna pisma kod upućivanja*	prijava zaraznih bolesti*	prijava nuspojava lijekova*

Pokazatelji opreme i pripadajući kriteriji 18/20

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
	dodatna oprema	EKG*	glukometar*	električni inhalator*	boca za O ₂ *
organizacija telefonije	brzo javljanje na telefon*	mogućnost razvrstavanja i usmjerenja poziva na drugi broj*	mogućnost konzultacije s doktorom telefonom*	određeno vrijeme rezervirano za konzultacije	automatska sekretarica
uređenje prostora	ugodan ambijent čekaonice*	čistoća prostora*	sterilizacija instrumenata*	dostupnost invalidima*	smještaj ambulante na dostupnom mjestu*
opremljenost lijekovima	odvojena anti-šok terapija*	standardna injekciona terapija*	cjepiva i serumi*	lijekovi u liječničkoj torbi*	infuzijske otopine*

Pokazatelji odnosa prema pacijentu i pripadajući kriteriji 24/30

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
dužina čekanja na pregled	manje od 2 dana za dogovorene preglede*	hitni prijem hitnih pacijenata*	u čekaonici uobičajeno ne duže od 30min.*	prosječno trajanje konzultacije više od 10min.*	izmjena rasporeda rada shodno opterećenju*
sustavno dogovaranje pregleda	više od 50% dogovorenih pregleda	mogućnost dobivanja Rp po dogovoru*	mogućnost dogovaranja pregleda telefonom*	dogovaranje konzultacija različitog trajanja*	dogovaranje pregleda/ prijema u bolnici*
međusobno povjerenje i poštovanje	zaštita povjerljivosti podataka*	urednost liječnika (čista kuta i uredan izgled)*	voljnost liječnika da priča s pacijentom*	zajedničko donošenje odluka (uz suglasnost)*	suradljivost pacijenta: pridržavanjenuputa*
radno vrijeme	informiranje o radnom vremenu*	pridržavanje radnog vremena*	rad u dvije smjene ili dvokratno*	organizirano pokrivanje rada vikendom*	stalna zamjena kod izostanaka*
zadovoljstvo pacijenata	dostupnost knjige žalbi	sustavno anketiranje	analiza razloga odlaska	aktualne zahvale i pohvale rada*	odsustvo anonimnih prijava*
broj pacijenata na listi	između 1500 i 2050*	manje od 5% otišlih godišnjeg*	manje od 0,5% otišlih prigovoru*	40 i manje pacijenata dnevno	relativni indeks po dobi ne veći od 1

Pokazatelji društvenog angažmana i pripadajući kriteriji 3/5

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
društveni angažman	rad u stručnim društvima	funkcija ili rad u HLK	rad u lokalnoj zajednici*	rad u civilnim društvima*	društvena priznanja*

Iz prikazanih standardiziranih tabela za procjenu kvalitete proizlazi da od 125 mogućih imam 88 bodova. Analizom proizlazi da mi nedostaje specijalizacija, znanstveni rad, rad s djecom i grupama. Također su potrebne i sustavne promjene u smislu omogućavanja osnivanja grupnih praksi i liječenja pacijenata u bolnici te veća suradnja s kolegama bolničkim specijalistima.

Moja ordinacija - ordinacija Lastovo

Anita Jančić Lešić, dr. med.

Uvod

Otok Lastovo je najudaljeniji naseljeni otok na Jadranu. Od Splita je udaljen 55 nautičkih milja, odnosno oko 100 km. Ima površinu od 46 km². Lastovo je prekrasan otok sa netaknutom prirodom, čistim morem, šumovit je, s brojnim kamenitim uvalama. Lastovski arhipelag čini 46 otoka i otočića. Nedavno je čitav otok i arhipelag proglašen parkom prirode. Povezan je s kopnom s dvije brodske linije dnevno. Katamaran vozi do Splita 3 sata, a trajekt 5 sati.

Na otoku postoji samo jedno staro naselje - Lastovo, sjedište općine i župe. Prije dvije godine bila je proslava 1000 godina od prvog pisanog spomena mjesta Lastova. Mjesto je zaštićeni spomenik kulture zbog očuvane stare arhitekture. Župna crkva sv. Kuzme i Damjana stara je više od 500 godina. Tridesetih godina prošlog stoljeća Italija je izgradila drugo naselje, Ubli, u kojem se nalazi i luka.

U posljednjih 30 godina stanovništvo se raspršilo po otoku, ljudi u uvalama u kojima su postojale ribarske barake, grade kuće u kojima žive i bave se iznajmljivanjem apartmana u ljetnim mjesecima. Sada stanovništvo živi i u nekoliko takvih naselja, Zaklopatica 3 km udaljena od Lastova, Ubli 10 km, Pasadur 13 km, Prehodišća 16 km, Skrivena luka 7 km.

Povijest otoka Lastova

Otok je nastanjen još u doba starog Rima kada se nazivao *Ladesta* o čemu govore arheološki nalazi *villa rustica*. Obzirom na udaljenost i izolaciju, otok je imao samo nominalne vladare, a život na otoku je organiziran prema vlastitom običajnom pravu koje je kao „Lastovski statut” formalno zapisano 1310. godine kada se Lastovo dobrovoljno priključuje Dubrovačkoj Republici. Na njemu nije bilo feudalnog društvenog uređenja, a nitko tko nije Lastovac nije mogao kupiti zemlju na otoku.

Između 1920. i 1943. godine Lastovo je, kao i Istra i Zadar, privremeno bilo pod vlašću Italije.

U periodu između 1974. i 1989. godine zbog prisutnosti JNA na otok je bio zabranjen dolazak stranaca.

Zdravstvo na otoku Lastovu

U vrijeme Dubrovačke Republike postojala je služba zdravstvenih stražara. 1348. godine na otoku je bila epidemija kuge zbog koje je uvedena karantena. Od 1639. godine zajednica je imala „kirurga” u svojstvu stalnog liječnika, a od 1731. godine „liječnika-fizika”. 1757. godine sklopljen je ugovor s kirurgom radi osiguranja liječničke pomoći uz godišnju plaću od 75 dukata, s time što će svaka obitelj zainteresirana za takvu pomoć, ovisno o imovnom stanju, platiti od četiri do 30 groša. Za takav oblik zdravstvene zaštite javilo se 150 obitelji. Od tada je otok većinom uvijek imao liječnika i primalju.

Život na otoku Lastovu

Društveni život je na otoku kao i u ostalim turističkim mjestima u zimskim mjesecima prilično pust, ali za one koji vole prirodu i sport ima mogućnosti za zabavu. Na otoku djeluje lovačko društvo, ronilački klub, nogometni klub, malonogometna liga, a vjerojatno zbog pustih zima, od sv. Antuna 17.01. do Pepelnice ljudi su zabavljeni pokladnim običajima koji su na Lastovu vrlo zanimljivi i živahni još od 15. st.

Danas na otoku živi oko 800 stalnih stanovnika. Stanovništvo se uglavnom bavi poljoprivredom, turizmom i ribarstvom.

Na otoku postoje sve osnovne djelatnosti potrebne za život male zajednice: ordinacija opće medicine, ljekarna, dječji vrtić, osnovna škola, pošta, banka, trgovine, kafići, općina, neki županijski uredi, ispostava

HZZO-a, policijska postaja, carina, lučka kapetanija, općinski sud, FINA, taxi, frizer, restorani, hotel, veterinarska stanica, poljoprivredna zadruga, trgovina poljoprivrednim potrepštinama, benzinska postaja, meteorološka postaja, komunalno poduzeće za odvoz smeća, javni prijevoz, vodovod i pekara.

Osnovna škola ima oko 90 učenika, srednje škole nema pa lastovska djeca školovanje nastavljaju uglavnom u Splitu. Kako nema mogućnosti dnevnog putovanja, smješteni su većinom u đačkim domovima ili iznajmljenim stanovima.

U ljekarni koja je sastavni dio Ljekarne Split već 10 god. nemamo farmaceuta pa kolegica i ja radimo u ljekarni.

Prikaz rada zdravstvene stanice Lastovo

Organizacija rada i djelatnici Zdravstvene stanice Lastovo

Zdravstvena stanica Lastovo jedina je zdravstvena ustanova na otoku. Obuhvaća dva tima opće medicine, patronažnu sestru i jedan tim stomatološke zaštite. Organizacijski pripada Domu zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, iako je otok Lastovo teritorijalno u sastavu Dubrovačko-neretvanske županije. Moja ordinacija i stomatološka ordinacija su u zakupu, a druga ordinacija opće medicine je pri Domu zdravlja.

U zdravstvenoj stanici rade dva liječnika opće medicine, dvije medicinske sestre, patronažna sestra, vozač hitne medicinske pomoći (HMP), stomatolog, medicinska sestra stomatološkog smjera i spremačica.

Na radnom mjestu moje medicinske sestre zaposlena je M.Drpić koja je po struci laborant. Reorganizacijom Doma zdravlja prije sedam godina svi laboratoriji pri zdravstvenim stanicama su ukinuti, a laboranti dobili otkaz. Moja tadašnja sestra je išla u mirovinu i laboranticu sam mogla zaposliti kao medicinsku sestru obzirom da na otoku nije bilo druge sestre. To se pokazalo sretnim rješenjem jer je gđa Drpić sklopila ugovor o djelu sa laboratorijem u Splitu te za laboratorij vadi krv za KKS i biokemiju, priprema serume i šalje

ih trajektom jednom tjedno u Split. Nalaze SE, L, DKS, urin, GUK, hemokulta, perianalnog otiska možemo imati odmah gotove. Za hormonske pretrage i tumorske markere također se vadi krv i serumi se šalju poštom u KBC Split.

Nemamo mogućnost koagulacijskih pretraga jer krv mora biti svježa. Za mikrobiološke pretrage pacijenti također moraju putovati.

Nemamo organiziranu niti jednu specijalističku službu. Zbog udaljenosti i loših prometnih veza, specijalist za jedan radni dan na Lastovu mora izgubiti dva ili tri radna dana.

Hitna pomoć je organizirana putem stalne pripravnosti liječnika opće medicine. Kolegica i ja se u pripravnosti izmjenjujemo tjedno. Imamo sanitetsko vozilo i vozača. U timu pripravnosti nije medicinska sestra tako da u zbrinjavanje hitnih stanja i pratnju kolegica i ja idemo same. Pripravnost je organizirana u sklopu Ustanove za HMP Split. Budući da je otok prilično udaljen od kopna, hitne pacijente vozimo u Split helikopterom. Pozivamo ga preko Centra za obavješćivanje, a helikopter dolazi iz Splita. Na otoku postoji heliodrom koji nema stalnu rasvjetu te po noći zovemo Vatrogasno društvo čiji djelatnik je zadužen za održavanje i postavljane prenosivog osvjtljenja heliodroma. Helikopterski let od Splita do Lastova traje oko 30 min. U idealnim uvjetima od poziva do dolaska u bolnicu treba 1 sat i 15 min. Najveći problem u transportu je činjenica da liječnik s Lastova mora ići u pratnju s pacijentom. Obzirom da je u pripravnosti jedan liječnik, a drugi liječnik vikendom i praznicima ne mora biti na otoku, kad liječnik ode u pratnju poslije 12 h ne može se vratiti na otok do sutra u 17 h - za to je vrijeme otok bez liječnika. Budući da medicinske sestre nisu u pripravnosti, one također ne moraju biti na otoku. Tako se ponekad dogodi da se na otoku od svih zdravstvenih djelatnika nalazi samo jedan liječnik. Uvođenje medicinske pratnje u helikopter uvelike bi nam olakšalo rad.

Ukoliko helikopter nije na raspolaganju prijevoz mogu vršiti dva privatnika koji imaju brze brodove. U tom slučaju vozimo do Brne na otoku Korčuli koja je

udaljena 8 nautičkih milja, što traje oko 30 min, a zatim kolima hitne pomoći preko Korčule, Pelješca do Dubrovačke bolnice. Za vozilo moramo zamoliti ambulantu u Blatu.

U lošim vremenskim prilikama, od 20 h do 4.45 h dok je trajekt usidren na Lastovu postoji mogućnost prijevoza korištenjem trajekta.

Nekoliko puta godišnje u zimskim mjesecima otok je zbog nevremena odsječen od kopna na dan ili dva.

Smještaj zdravstvene stanice Lastovo

Zdravstvena stanica Lastovo smještena je u borovoj šumi na ulazu u mjesto Lastovo. Ima parkiralište, pristupačna je invalidima i pacijenti na nosilima se mogu unijeti u prostorije. Ambulanta se nalazi u prizemlju, na katu su dva stana u kojima žive stomatolog i kolegica iz drugog tima.

Prostor ambulante

Zgrada ambulante izgrađena je 50-ih godina prošlog stoljeća. 1990. godine je dograđena i dobila je današnji oblik, dograđen je kat s dva stana. 1997. godine je ponovo uređivana zbog problema s vlagom uslijed nekvalitetne gradnje.

Ambulanta ima oko 200 m², svaki tim ima svoju ordinaciju i previjalište od oko 18m², dvije čekaonice,

stomatološku ordinaciju, sobu patronažne sestre, garderobu, skladište, prostoriju za EKG i zajedničku opremu. U čekaonici je pult za sestru, sanitarni čvor za pacijente i osoblje.

Opremljenost ambulante

Ambulanta je prikladno opremljena za djelatnost opće medicine: ima EKG, inhalator, vagu za odrasle i dojenčad, otoskop, sterilizator, setove za malu kirurgiju, instrumente za ispiranje uha, kisik, samošireći balon ("Ambu balon") i maske svih veličina, pribor za endotrahealnu intubaciju, ginekološki stol i pribor za rađanje, mikroskop, centrifugu, udlage za imobilizaciju. Nedostaje nam defibrilator.

Imamo vozilo za kućne posjete koje koristi i patronažna sestra.

Radno vrijeme i način rada.

Rad je organiziran u dvije smjene: od 7.00 do 14.30 sati u prijepodnevnoj smjeni te od 13.30 do 21.00 sati u popodnevnoj smjeni, subotom od 07.00 do 12.00 sati. Smjene izmjenjujemo tjedno i radimo svaku drugu subotu. Od 13.00 do 14.30 i od 19.30 do 21.00 idemo u kućne posjete.

Patronaža radi u jutarnjoj smjeni. Zbog malog broja pacijenata nema dugog čekanja pa pacijente ne naručujemo. Također se ne držimo stroge podjele pacijenata pa primamo i svoje i pacijente drugog tima.

Ocjena kvalitete rada

Tablica 1. Pokazatelji opreme i pripadajući kriteriji (ostvareno: 18/20)

Pokazatelj kvalitete					
Dodatna oprema	EKG*	Glukometar*	Inhalator*	Kompjuter	Boca za O2*
Organizacija telefonije	Brzo javljanje na telefon*	Tel. minicentrala i brzo razvrstavanje poziva	Mogućnost konzultacije s doktorom telefonom*	Organizirano vrijeme za tel. konzultacije*	Tel. dostupnost van radnog vremena*
Uređenje prostora	Ugodan ambijent čekaonice*	Čistoća prostora*	Sterilizacija instrumenata*	Dostupnost invalidima*	Smještaj ambulante*
Opremljenost lijekovima	Odvojenost anti šok terapije*	Standardna parenteralna terapija*	Cjepiva i serumi*	Lijekovi u liječničkoj torbi*	Infuzione otopine*

Tablica 2. Pokazatelji stručnosti rada i pripadajući kriteriji (ostvareno 17/45)

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
	preventivni rad	rutinsko mjerenje RR*	testiranja na HPL	preventivni pregledi dojki	dgito-orektalni pregled*
grupni rad s kroničarima	hipertonija	dijabetes	pulmološke bolesti	invalidi	duševni bolesnici
suradnja i suradnici	viša medicinska sestra u timu*	grupna praksa	redovito sastajanje tima*	izabrani i stalni konzultanti	posjet i konzultacije u bolnici
vještine liječnika	pregled fundusa oka	pedijatrijska zaštita*	ginekološki pregledi	psihoterapij	zahvati male kirurgije*
trajna edukacija	najmanje 1 CME god. kao slušač*	najmanje 1 predavanje god. kao predavač	najmanje 1 rad u 2 godine	sudjelovanje u projektu ili istraživanju 1 u 5 godina*	osobna pretplata na najmanje 1 stručni časopis
kućne posjete i liječenje u kući	odlazak u KP po pozivu*	redoviti obilazak nepokretnih*	organizacija terminalne skrbi*	patronažna posjeta*	mogućnost njege u kući
dokumentacija	kartoteka-ozii*	čitljivi zapisi i uputnice*	popratna pisma kod upućivanja*	prijava zaraznih bolesti*	prijava nuspojava lijekova*
znanstveno napredovanje	mr. sc.	dr. sc.	primarijus	doc. dr. sc.	prof. dr. sc.

Tablica 3. Pokazatelji rezultata rada i pripadajući kriteriji (ostvareno: 22/25)

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
	stopa procijepljenosti	95% procijepljenost djece u 4. godini*	100% HIG ANA TE kod povrede necijepljenog*	100% cijepjenje ANA TE kod povrede*	mogućnost neobaveznog cijepjenja
komplikacije kroničnih bolesti	90% NYHA I/II kardiopata*	očekivani udio AMI/CVI u hipertoničara*	očekivani udio amputacije u dijabetičara*	GUK < 10 u 90% dijabetičara*	očekivani broj hitnih prijema bolnicu*
racionalno propisivanje	cijena unutar HZZO limita*	očekivani udio antibiotika u ARI*	propisivanje hipolipemika prema shemi*	ne više od 10% pacijenata sa više od 3 lijeka*	više od 10% antibiotika prema ABG
racionalno dijagnosticiranje	ne više uputnica od HZZO limita*	broj uputnica za pretrage > od uputnica za konzultacije*	prosječno <1 uputnice po pregledu*	90% povratnih nalaza*	svi važni nalazi upisani u OZL*
rano otkrivanje bolesti	90% potvrda dijagnoza unutar 5 dana	očekivana dužina života oboljelih od Ca pluća*	očekivana dužina života oboljelih od Ca dojke*	očekivani udio ginekološki Ca in situ u odnosu na sve Ca*	očekivana prosječna dob umrlih*

Tablica 4. Pokazatelji odnosa prema pacijentu i pripadajući kriteriji (ostvareno: 26/30)

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
	dužina čekanja na pregled	< 2 dana za dogovorene preglede*	hitni prijem hitnih pacijenata*	uobičajeno čekanje do 30 min.*	prosječno trajanje konzultacije >10min.*
sustavno dogovaranje pregleda	više od 50% dogovorenih pregleda	mogućnost dobivanja Rp po dogovoru*	mogućnost dogovaranja pregleda telefonom*	dogovaranje konzultacija različitog trajanja*	dogovaranje pregleda/prijema u bolnici
međusobno povjerenje i poštovanje	zaštita povjerljivosti podataka*	urednost liječnika*	voljnost liječnika da priča s pacijentom*	zajedničko donošenje odluka*	suradljivost pacijenta pridržavanje uputa*
radno vrijeme	informiranje o radnom vremenu*	pridržavanje radnog vremena*	rad u dvije smjene*	organizirano pokrivanje rada vikendom*	stalna zamjena kod izostanaka*
zadovoljstvo pacijenata	dostupnost knjige žalbi*	sustavno anketiranje	analiza razloga odlaska*	aktualne zahvale i pohvale rada	odsustvo anonimnih prijava*
broj pacijenata na listi	između 1500 i 2050*	manje od 5% otišlih po prigovoru*	40 i manje pacijenata dnevno*	manje od 5% otišlih godišnje*	relativni indeks po dobi ne veći od 1*

Tablica 5. Pokazatelji društvenog angažmana i pripadajući kriteriji (ostvareno: 3/5)

pokazatelj kvalitete	kriterij kvalitete				
	društveni angažman	rad u stručnim društvima	funkcija ili rad u HLK	rad u lokalnoj zajednici*	rad u civilnim društvima*

Struktura i zdravstveni problemi osiguranika

Tablica 6. Dobna i spolna struktura osiguranika u skrbi

Dob	Ženski	Muški	Ukupno
36-45	8	7	15
46-55	28	25	53
56-65	46	60	106
66-75	47	55	102
>75	53	48	101
Ukupno	182	195	377

Tablica 7. Razdioba osiguranika u skrbi s hipertenzijom prema dobi i spolu

Dob	Muški	Ženski	Ukupno
36-45	1		1
46-55	5	1	6
56-65	11	12	23
66-75	10	8	18
>75	17	19	36
Ukupno	44	40	84

Tablica 8. Razdioba osiguranika u skrbi s dijabetesom prema dobi i spolu

Dob	Muški	Ženski	Ukupno
36-45	1		1
46-55	1		1
56-65	3	2	5
66-75	7	2	9
>75	8	4	12
Ukupno	20	8	28

Statistički podaci o radu

Tablica 9. Mjesečno izvješće o radu za listopad 2006. godine

Dob	0-7	7-18	18-65	>65	Ukupno
Kratki pregled			4	1	5
Srednji pregled	5	3	67	63	138
Kompletni pregled	1	1	2		4
KP			2	23	25
Preventivni pregled		1	8	7	16
Cijepljenje	2		14	45	61
Kirurška obrada rane			2		2
Vađenje šavi			2		2
Parcijalna resekcija nokta		1			1
Savjet		2	26	19	47

U listopadu 2006. godine evidentirana je 301 posjeta u ambulanti, od toga 254 pregleda. Potrošeno je 226 recepata i 75 uputnica.

Stopa bolovanja ne prelazi 3,5.

Zaključak

Rad u Zdravstvenoj stanici Lastovo tipičan je rad u udaljenoj otočnoj ambulanti s malim brojem pacijenata. Takav rad ima prednosti i nedostataka. Dobro poznajem sve pacijente i za njih uvijek imam dovoljno vremena. Oni nerado odlaze na pretrage i preglede jer to iziskuje putovanje sa otoka. Na taj je način teško raditi, ali je ujedno izazov. Osjećaj izoliranosti i nemogućnosti podjele odgovornosti ponekad je vrlo stresan.

To je rad u obiteljskoj medicini, poznajem i liječim sve članove uže i šire obitelji, kroz više generacija. Sve češće mi se događa da prolazeći mjestom i gledajući kuće koje su sada prazne mislim na stare ljude koji su u njima živjeli, koji su bili moji pacijenti; oni koji su bili djeca kada sam počela raditi sada su odrasli ljudi, ljudi srednjih godina sada su starci. Iako radim na Lastovu 14 godina, ponekad mi se čini da sam tu oduvijek. Mislim da se tako čini i pacijentima - moja sestra mi kaže da kada me traže znaju pitati za njihovu «staru» doktoricu. Moram priznati da mi je bilo draže kada su pitali za mene i tražili «mladu» doktoricu.

Imala sam psa, škotskog ovčara, dogodilo bi se da hodam uličicama u kućne posjete, a on pobjegne od kuće, nađe me pa nastavimo zajedno. Smijala sam se sama sebi i molila Boga da nikoga ne sretnem, da me ne bi zafrkavali.

Prilikom predavanja o poremećajima ličnosti doc. dr. N. Mimica ilustrirao je pojedine poremećaje likovima iz filmova. Otočnog liječnika ja bih opisala kao mješavinu Dotura Luidija, liječnika iz serije Život na sjeveru i iz filma Selo moje malo.

Burn out - stres na poslu

Prim. mr.sc. Vedran Bilić, psihijatar i psihoterapeut

Klinika za psihološku medicinu KBC Zagreb

Pojam burn out uveo je njujorški psiholog Freudenger. On definira burn out kao iscrpljenost osobe koja je prvobitno bila izuzetno predana nekom cilju, načinu života ili odnosu ali se njena očekivanja nisu ostvarila, a umjesto očekivanog zadovoljstva i satisfakcije, doživjela je razočarenje i frustraciju. Posao je često izvor mnogobrojnih stresova. Na razne načine možemo pokušati poboljšati situaciju na poslu i učiniti posao podnošljivijim i zanimljivijim. Možemo pokušati promijeniti sistem rada, promijeniti sebe ili se maknuti iz te situacije.

Prema Maslach & Leiter (1997.) burn out je obično posljedica loše situacije na poslu, a nije rješiv metodama rada na sebi ili razvijanjem nadljudske motivacije. Burn out uključuje umor, nastojanje da se radi što je manje moguće, neefikasnost i nemogućnosti da riješimo neku situaciju, situaciju kad imamo previše posla, doživljaj da smo zapeli i da stagniramo, uvjerenje da je naš posao besmislen, odnose na poslu koji su napeti i udaljeni.

Reinhold (1997.) preporuča poboljšavanje radne okoline putem samoterapijskog pristupa. Wyatt & Hare (1997.) govore o ulozi mobinga u burn outu, koje može imati formu otvorenog maltretiranja na poslu ili prešutnog zanemarivanja.

Dehumanizirajuće interakcije na poslu: diskriminacija, zastrašivanje, stvaranje žrtvenog jarca od osobe, nepravedni postupci, odnošenje prema osobi kao da je potpuno nevažna uništavaju samopoštovanje.

Greene (2002.) u rješavanju burn outa preporuča razvijanje raznih vještina, razvijanje kreativnosti, nalaženje i korištenje vlastitih resursa. Ravicz (1998.) preporuča da se situacija na poslu učini izazovnijom i da se tako 'loš stres' pretvori u 'dobar stres'.

Prema Barlowu (2001.) korijen tjeskobe je predviđanje problema i osjećaj da nismo u stanju kontrolirati

doživljaje u svom životu. Vlastiti osjećaj samokontrole i vlastite efikasnosti je vrlo važan. Kad se on gubi, izloženi smo traumi i burn outu.

Akutni problemi, životni stresovi, depresija, tjeskoba, interpersonalni čimbenici, društvena podrška, profesionalne aktivnosti pojedinačno i kumulativno djeluju na zdravlje.

Prema Van Veghelu i sur. emocionalni zahtjevi posla su jednako važni kao opseg posla. Prenaporni i odgovorni poslovi, nezadovoljstvo na poslu, mala mogućnost razvoja i napredovanja, rad u smjenama, monotonija, nedostatna podrška okoline djeluju nepovoljno. Grozničavo obavljanje posla uz malu mogućnost odlučivanja i/ili razvoja, posebno ukoliko postoji uzajamno djelovanje vrlo zahtjevnog posla s malim mogućnostima kontrole situacije i malom slobodom odlučivanja. Najgora je sinergija visokih zahtjeva posla, niske kontrole i niske društvene podrške.

Dio problema kod burn outa je u pretjeranim dobrim namjerama. Ukoliko nastojimo postići nemoguće, odnosno ostvariti nerealne ciljeve (naprimjer radimo sve više i više i liječimo sve veći broj pacijenata) dolazi do stanja iscrpljenosti. Tako iscrpljeni više nismo u stanju sagledati i svoje druge potrebe osim posla, a isto tako gubimo i kontakt s drugima.

Početak burn outa je polagan. Rani simptomi uključuju osjećaj emocionalne i tjelesne iscrpljenosti, otuđenje, cinizam, nestrpljivost, negativizam. Osoba sve više nastoji izbjeći dotadašnje aktivnosti, pa ga posao i ljudi koji su u njega uključeni počinju ljutiti i iritirati. U ekstremnim slučajevima, toliko se udalji od nekog posla ili ljudi do kojih joj je ranije bilo intenzivno stalo, da o njima više uopće ne brine.

Ironija burn outa je u tome da se dešava osobi koja je ranije u vezi nekog posla ili situacije bila puna entuzijazma, energije i novih ideja.

Osobe sklone burn outu obično imaju visoka očekivanja u vezi onog što treba ostvariti. Kako im iskustva u realitetu pokazuju da ne mogu dostići sve postavljene ciljeve, entuzijazma nestaje i dolazi do gubitka energije i volje. Umjesto da smanje očekivanja ili prihvate ograničenja realiteta, u njima raste frustracija i oni pojačavaju napore. Rezultat je burn out.

S burn outom su povezani:

- *Konflikt uloga*: osoba ima višestruke konfliktne odgovornosti, pa pokušava zadovoljiti razne zahtjeve jednako dobro, a ne postavlja prioritete. Posljedica je umor i iscrpljenost.
- *Nejasnost uloga*: osoba ne zna što se točno od nje očekuje u nekoj situaciji, jer nema jasnog algoritma ili uputa koje bi slijedila.
- *Pretjerana odgovornost*: *Osoba si ne može postaviti granice i reći ne, pa preuzima sve više odgovornosti i obaveza, sve dok ih više ne može izvršiti i ulazi u burnout.*

Što poduzeti kad smo u burn outu?

Najprije treba prepoznati svoj burn out. Zastanemo i suočimo se sa sobom i svojim stanjem. Da li se osjećamo premoreno i jesmo li izgubili sposobnost relaksacije? Jesmo li oduvijek bili pod pritiskom da moramo uspjeti? Je li jedno područje našeg života npr. posao za nas postalo neproporcionalno važno? Možda se pretjerano poistovjećujemo sa svojim poslom i odgovornostima i uvjetujemo svoje samopoštovanje uspjehom u poslu. Jesmo li izgubili smisao za humor i otuđili se od prijatelja i suradnika na poslu.

Kad posao počne gubiti svoju privlačnost, vrijeme je za odmor ili za promjenu u našim obavezama. Pokušajmo osim posla naći druge životne vrijednosti i prioritete i uvesti neke promjene u naš život (briga o vlastitom zdravlju, relaksacija, bolja organizacija svog vremena, prihvaćanje svojih ograničenja u poslu, prebacivanje dijela odgovornosti na druge, tjelovježba, prijateljstvo, povjeravanje svojih osjećaja bliskim osobama, preispitivanje svojih životnih vrijednosti, humor).

Znakovi stresa:

Najprije je potrebno prepoznati jesmo li u stresu.

Procijenimo:

Jesmo li često napeti, zatvoreni u sebe i ne možemo se opustiti?

Teškoće nas jako uznemiravaju?

Zanemarujemo male životne radosti?

Preosjetljivi smo i dosta zabrinuti?

Izrazito smo samokritični i dosta sumnjamo u sebe?

Lako se ljutimo?

Imamo probleme sa spavanjem?

Kronično smo umorni ili imamo neke bolove?

Pod pritiskom smo i/ili smo nemirni?

Psihofiziološki odgovori:

Napeti i bolni mišići, tikovi, nemirne ruke, nemir, često dodirivanje dijelova svog tijela, pročišćavanje grla, česte zimice, bol, problemi sa stomakom, znojenje, kožne reakcije, crvenjenje, svrbež, ukočeno držanje, čvrsto držanje stvari, jake reakcije straha, glavobolje, često mokrenje.

Tjeskoba značajno mijenja kognitivne funkcije i ponašanje

Hiperaktivnost, vremenska stiska, užurbanost, ubrzani hod i govor, zaplitanje u govoru, lupkanje prstima, užurbanost u poslu, teško podnošenje kašnjenja i čekanja, iritacija na odgode, izbjegavanje ljudi, prejedanje, pretjerano pijenje, promjena navika, slabljenje pamćenja, konfuzija, nepažljivost, pretjerana zabrinutost, pretjerano bavljenje s ugrožavajućom osobom ili situacijom, očajničko nastojanje da se razumije zbog čega se netko ponašao na taj način, često razmišljanje o uznemiravajućem događaju, trajno neraspoloženje zbog neke situacije, iritabilnost, gubitak samokontrole, nekontrolirane provale neugodnih emocija (osjećaji gubitka, ljutnje, ljubomore, krivice, čežnje, straha), plakanje, apatija, uzdisanje, poremećaji spavanja, teški snovi, nelagoda i bolovi, iritacija zbog tuđih grešaka, glasan i kritički govor, osjećaj krivice kad se ne radi. Trajan umor i gubitak energije, usporenost, opći gubitak interesa, osjećaj dosade, spavanje uz TV, gubitak humora.

Ukoliko prepoznamo neke znakove, to ne mora značiti da smo u značajnom stresu. Ipak, ukoliko je bilo koji znak ekstreman, može ukazivati na ozbiljan stres.

Svaka osoba ima svoj jedinstveni način reagiranja na stres. Neki na stres reagiraju više fiziološkim reakcijama kao što je ubrzano i plitko disanje, povišenje krvnog tlaka, napetost u mišićima.

Nije rijetkost da se liječnici nađu u situaciji kad zahtjevi koje na njih postavlja društvena zajednica, profesija, pacijenti, sam život a i ideali koji su ih potaknuli na to zanimanje postaju preteški i kad ih je nemoguće ostvariti. Ukoliko su takve situacije kronične, a emocionalna podrška okoline i drugi načini oporavka nedostatni, dolazi do distresa. Kronični distres dovodi do emocionalnog iscrpljivanja. Javlja se osjećaj profesionalne nedostatnosti i neefikasnosti. Doktor postaje preosjetljiv, počinje izbjegavati uznemiravajuće okolnosti, a od pacijenata se sve više emocionalno udaljava. Pacijente počinje gledati kao slučajeve, a ne više kao osobe, te svoj odnos s njima sve više formalizira. Drugim riječima, emocionalno se udaljava. Kronični distres konačno može rezultirati i u depresiji ili u psihosomatskoj bolesti.

Preopterećenje obavezama

Liječnička profesija se kontinuirano i brzo obogaćuje novim znanjima. Usvajanje i implementacija novih profesionalnih spoznaja u konačnici obogaćuje, ali nije moguća bez naprezanja i remećenja starih i već uspostavljenih obrazaca liječenja. Često pacijenti prepoznaju dobrog doktora, koji ih emocionalno razumije, pa ih sve više dolazi k njemu. S druge strane, doktor zbog emocionalnih i drugih razloga prihvaća sve više pacijenata. Opseg posla raste, što mora dovesti do preopterećenosti. Međutim, sam opseg posla manje dovodi do burn outa od emocionalnog nezadovoljstva poslom. Svaki pacijent s pravom od doktora zahtijeva razumijevanje i odnos koji nije ograničen samo na tehničko zbrinjavanje i rješavanje bolesti. Pacijenti 'uzimaju' naše vrijeme i emocije, ali nam i 'daju' zadovoljstvo zbog korektno i uspješno obavljenog liječenja. Odnos s takvim pacijentima je uzajaman i obostrano emocionalno zadovoljavajući.

S druge strane, teški pacijenti su emocionalna 'rupa bez dna'. Njihove zahtjeve i sve veća traženja nikad ne možemo zadovoljiti, jer proizlaze iz emocionalne gladi. Njihova očekivanja od liječnika su iracionalna, a te iracionalnosti oni dobrim dijelom nisu svjesni. Naprimjer, nesvjesnim mehanizmom projekтивne identifikacije, pacijent pokreće interakciju s liječnikom u kojoj mu nesvjesno nameće ulogu koja proizlazi iz pacijentovih nesvjesnih potreba, a nema puno veze s realitetom ni s liječnikovom ličnosti. Neki put nas pacijentova očekivanja guraju u nemoguću ulogu spasitelja, čudotvorca, anđela i slično. Ukoliko u takvim situacijama očuvamo dio objektivnosti i humora, možemo naprimjer pomisliti: 'Ovdje bi jedino Isus Krist mogao pomoći, a ni njemu ne bi bilo lako'.

Osim humora, doktor treba osvijestiti što je realno i moguće učiniti za pacijenta.

Prihvatanje svojih ograničenja i granica mogućnosti medicine je značajan korak u smanjivanju emocionalnog tereta i izbjegavanju burn outa. Važno je držati opseg posla u granicama mogućeg, bez obzira na zahtjeve za što većom 'efikasnosti' u zbrinjavanju što većeg broja pacijenata u istom radnom vremenu. Balintova grupa, koja daje podršku, ali i uvid u problem je izuzetna obrana od burn outa. U prevenciji burn outa pomaže podrška obitelji, humor, bavljenje rekreacijom, sportom i hobbijem. U težim slučajevima preporuča se psihoterapija.

Literatura

1. Maoz B. Balint groups as a way to prevent 'burn-out' in physicians. The Doctor, the Patient and their well-being. Thiteenth International Balint Congress. Berlin 2003:17-28.
2. Delbrouck M. 'Burn-out' syndrome. The Doctor, the Patient and their well-being. Thiteenth International Balint Congress. Berlin 2003:53-57.
3. Vegchel N. Jonge J. Söderfeldt M. Dormann C. Schaufeli W. Quantitative Versus Emotional Demands Among Swedish Human Service Employees: Moderating Effects of Job Control and Social Support. International Journal of Stress Management. Vol 11(1) 2004:21-40.
4. Gilić A. Burn-out kod liječnika. Muradif Kulenović School of Balint Method. IUC Dubrovnik, 2004.

American College of Radiology *BI-RADS* kategorije-tumačenje*

Kategorija	Procijenjeni rezultat	Vjerojatnost malignosti	% od pregledanih mamografskih nalaza
0	Procjena nepotpuna - potrebne su dodatne snimke ili komparacija s drugim nalazima (samo za probirne mamografije)	NA	≤ 10%
1	Negativan nalaz - nisu potrebne dodatne pretrage osim rutinskog praćenja	NA	> 90% od pregledanih mamografija
2	Benigne promjene – negativan nalaz; - nisu potrebne dodatne pretrage osim rutinskog praćenja		kao gore
ACR Kategorija	Procijenjeni rezultat	Vjerojatnost malignosti	% of Diagnostic Imaging Evaluations
3	Vjerojatno benigno – preporučuju se kraći intervali praćenja	< 2%	4%
4	Vjerojatno maligno - treba razmotriti biopsiju (prep. pod kontrolom UZV)	3%-49%	2/1000 to 8/1000
5	Velika vjerojatnost malignosti – potrebno poduzeti odgovarajući th/operativni zahvat	≥ 95%	
6	Biopsijom potvrđena malignost - potrebno poduzeti odgovarajući th/operativni zahvat	NA	NA

*preuzeto s www.acr.org

Pripremila Jasna Vučak, spec. obiteljske medicine

PROVJERITE SVOJE ZNANJE (samo jedan odgovor je točan)

1. Partnera ne liječimo kod?

- a) klamidije
- b) trihomonijaze
- c) kandidijaze i genitalnog herpesa
- d) gonoreje
- e) ureaplazme

2. Koja od navedenih tvrdnji za sarkoidozu nije točna

- a) najčešći simptomi intratorakalne sarkoidoze su kašalj, bol u prsima i dispneja
- b) pojava nodoznog eritema, povećanih limfnih čvorova hilusa i artralgijske oblike su akutne sarkoidoze zvanog Löfgrenov sindrom
- c) pozitivan tuberkulinski test uz granulome s kazeoznom nekrozom u biopsijskom materijalu prilog su dijagnozi
- d) u 60% oboljelih u serumu je povećana aktivnost ACE (konvertaze angiotenzina I)
- e) u bolesti je poremećen metabolizam kalcija, češće hiperkalcemija

3. Što je od navedenog točno? Od skarlatine može se oboljeti:

- a) neki ljudi ne mogu oboljeti od skarlatine
- b) 3puta (jer postoje 3 eritrogena toksina)
- c) 5puta
- d) više puta
- e) samo 1 put

4. U kojoj od navedenih situacija nije opravdana profilaktička primjena antibiotičkih lijekova u PZZ?

- a) recidiva infekcije urinarnog trakta u žena generativne dobi
- b) proljeva na putovanju
- c) sekundarnoj profilaksi reumatske groznice
- d) u profilaksi endokarditisa u bolesnika sa stečenom ili prirođenom srčanom greškom pri stomatološkom zahvatu
- e) kliconoštva BHS-A (beta hemolitičkog streptokoka grupe A)

5. Koja od navedenih tvrdnji nije točna za KOPB?

- a) to je eozinofilna upala dišnih puteva i plućnog parenhima
- b) 15-40% pušača razvija KOPB
- c) 80% KOPB-ovaca puši
- d) čimbenik rizika za KOPB može biti genetski deficit alfa 1 antitripsina
- e) najčešći uzročnici egzacerbacije su H. influenzae, S. pneumoniae i M. catarrhalis

6. U glavne kriterije za akutnu egzacerbaciju KOPB-a ne spada

- a) promjena intenziteta kašlja
- b) pojačana zaduha
- c) gnojni iskašljaj
- d) febrilitet
- e) povećanje količine iskašljaja

7. Što od navedenog nije točno? KOPB je multisistemska upalna bolest gdje sistemska upala i hipoksemija mogu dovesti do razvoja:

- a) cor pulmonale
- b) gubitka mišićne mase i osteoporoze
- c) TBC pluća
- d) kardiovaskularnih komplikacija
- e) Ca pluća

8. Sve navedene tvrdnje koje se odnose na KOPB su točne, osim jedne, koje?

- a) spirometrija je zlatni standard u dijagnostici KOPB-a
- b) u blagom obliku bolesti propisuju se bronhodilatatori
- c) za nastanak KOPB-a potrebno je 20-30 godina pušačkog staža uz pušenje dvadesetak cigareta na dan
- d) inhalacijski kortikosteroidi propisuju se kada je plućna funkcija manja od 60%
- e) ekspektoransi su zlatni standard u liječenju KOPB-a

9. U EKG-u nepotpuni blok desne grane suspektan je na:

- a) ASD (atrijalni septalni defekt)
- b) VSD(ventrikularni septalni defekt)
- c) ductus Botali persistent
- d) cor pulmonale
- e) prolaps mitralnog zaliska

10.Koji od navedenih čimbenika nije rizičan za razvoj osteoporoze?

- a) rana menopauza
- b) alkoholizam i malapsorpcija
- c) uporaba kortikosteroida duže od 6 mj
- d) jaka tjelesna građa
- e) pušenje i konzumacija kave

Točni odgovori: 1.-C, 2.-C, 3.-B, 4.-E, 5.-A, 6.-D, 7.-C, 8.-E, 9.-A, 10.-D

Sprječavanja izgorjelosti na poslu među liječnicima obiteljske medicine

Činjenica je da u medicinskoj profesiji više ljudi trpi od izgorjelosti nego u prosječnoj populaciji. Osobito altruistički nastrojeni ljudi skloni su razvoju sindroma izgorjelosti. Liječnici obiteljske medicine, sa uobičajenim altruističkim stavom i velikom širinom odgovornosti predstavljaju zbog toga osobe visokog rizika.

Istraživanjima provedenim u Australiji (1), Kanadi(2,3), Njemačkoj(4), Velikoj Britaniji (5), Italiji (6), Švicarskoj (7,8) i SAD-u (9,10) istraživani su sindrom izgorjelosti u obiteljskoj medicini.

Slijedeći zaključci se temelje na prikupljenim dokazima.

1. Od 1986. do sada postoji trend pada zadovoljstva poslom i povećanja izgorjelosti na poslu.

2. Glavni uzroci tog fenomena su:

- Gubitak autonomije
- Ekscesivno i/ili neadekvatno radno opterećenje
- Snižavanje prihoda
- Previše različitih i neusklađenih pravila kojih se treba pridržavati
- Povećanje administrativnog posla
- Utjecaj posla na privatni život i slobodno vrijeme
- Nedostatak razumijevanja i uvažavanja posla liječnika opće/obiteljske medicine od strane političara, javnosti i medija
- Povećanje očekivanja i zahtijeva pacijenta

U nekim zemljama su pokrenute mjere za sprječavanja izgorjelosti među liječnicima opće/obiteljske medicine, uglavnom od strane medicinskih udruženja (npr. osiguranje informativnog i savjetodavnog servisa). Do danas Vlade nisu pokrenule niti jednu akciju da poboljšaju situaciju. Nažalost, mogu se očekivati akcije samo u obrnutom smjeru.

Ciljevi akcije bi trebali biti:

1. Pojačati samopouzdanje liječnika obiteljske medicine u Europi.

2. Nacionalne medicinske organizacije bi trebale planirati akcije na sprječavanju izgorjelosti među liječnicima (tj. organizirati službu za savjetovanje, nadgledanje, ispitati mogućnosti zamjenskog rada, informirati o prevenciji izgorjelosti, uključiti u proces CME/CPD).

3. Vlada, ministarstva zdravstva i druga državna tijela, osiguravajuća društva i drugi bi trebali biti uvjereni da, ukoliko žele visoko kvalitetan zdravstveni sustav uz racionalne troškove, moraju podržavati i ukazivati na vrijednosti opće/obiteljske medicine,.

To bi se moglo ostvariti kroz:

- Poboljšanje radnih uvjeta u obiteljskoj medicini: više autonomije, odgovarajući prihodi, manje administrativnog opterećenja, primjerice stručnom (evidence-based) provjerom potrebe za svim postojećim službenim pravilima
- Uključivanjem liječnika obiteljske medicine u donošenje odluka u definiranje zdravstvene politike
- Podržavanjem medicinske edukacija visoke kvalitete, kako bi se osigurali uvjeti da se obiteljska medicina prepozna kao medicinska specijalnost.

Literatura

- 1) Hartwig B. et al. GP health annual report 2000-2001
- 2) Sullivan P. et al. Physician survey CMAJ 1998; 159:525-8
- 3) Puddestar D. Physicians Health West J Med 2001; 174:5-7
- 4) Oesler TA. Suizid Nervenheilkunde 1994; 13:128-3
- 5) Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 2001; 322:1073-4
- 6) Grassi L et al. Burnout in the medical profession Psychother. Psychosom. 2000;69:329-34
- 7) Goehring C et al. Wie geht es den Hauseartzen? Primary Care 2002; 2:257-228
- 8) Bovier P et al. Wie gesund sind die Hauseartzen? Primary Care 2005; 5:222-8
- 9) Linzer M. et al. Managed care, Time pressure and physician job satisfaction. J.Gen Intern. Med. 2000; 14:441-50
- 10) Murray A. et al. Doctor discontent 1986 and 1997. J. gen. Intern. Med 2001;16:452-9

Pripremio: Hrvoje Tiljak

Izlaganje na proslavi 80 godina Škole narodnog zdravlja “Andrija Štampar”

Obiteljska medicina se od svojih početnih dana šezdesetih godina do danas razvila u vjerodostojnu znanost, prvenstveno kao odgovor na povećane društvene zahtjeve i brigu zbog fragmentirane zdravstvene zaštite, depersonalizacije odnosa liječnika i pacijenta, te potrebe za pružanjem kontinuirane i sveobuhvatne zdravstvene zaštite pojedincima i obiteljima, s posebnom pozornošću na unapređenje zdravlja, te rastuće troškove zdravstvene zaštite.

U tom razdoblju provedena su mnoga zdravstvena i znanstvena istraživanja o neposrednim problemima prakse, često u lošim uvjetima i uz velika osobna odricanja istraživača.

Potreba i značenje znanstvenog pristupa u praktičnom radu naglašena je u programu specijalizacije obiteljske medicine, sastavni je dio programa Kongresa Hrvatske udružbe obiteljske medicine i tečajeva trajne izobrazbe liječnika obiteljske medicine. Na tom konceptu osposobljen je veliki broj specijalista obiteljske medicine za stručno i znanstveno istraživanje u neposrednoj praksi.

Tako stručno i znanstveno ojačana obiteljska medicina je kroz Hrvatsku udružbu obiteljske medicine 1993. godine odlučila pretočiti stručna i znanstvena iskustva i približiti ih svim liječnicima obiteljske medicine te podići stručnu i znanstvenu razinu kao i otvoriti prostor za javnu raspravu o svim problemima struke izdavanjem časopisa *Medicina familiaris Croatica*.

U izvornim i stručnim radovima objavljenim u *Medicina familiaris Croatica* prikazana su istraživanja vlastite prakse, rezultati prospektivnih i retrospektivnih epidemioloških studija, istraživanja uzroka bolesti, čimbenika rizika, prirodnog tijeka bolesti, ranog

otkrivanja bolesti, liječenja i rehabilitacije, utjecaja osobnih i obiteljskih čimbenika na zdravlje, efektivnosti pružene zdravstvene zaštite.

Takva istraživanja proistekla su iz osobitosti radnog mjesta obiteljskih liječnika koji imaju prvi kontakt s pacijentom, dobro poznaju zdravstvene okolnosti, prijašnja oboljenja, prvi uočavaju simptome i znakove bolesti i u mogućnost su pratiti tijek bolesti, način liječenja i uspješnost rehabilitacije.

Zbog tako specifičnih uvjeta rada bili su u mogućnosti istražiti zdravstvene probleme koji se ne mogu rješavati na drugim razinama, a istovremeno samostalno odabrati ciljeve i kriterije istraživanja, ili sudjelovati u multicentričnim istraživanjima.

U zadnjih nekoliko godina objavljeni su rezultati i istraživanja specifičnih zadataka i načina rada liječnika obiteljske medicine kao što su odnos liječnik- pacijent, morbiditet koji je za nas karakterističan ili način na koji zbrinjavamo bolesnike, te rezultati istraživanja najboljih od 450 diplomskih radova studenata specijalističkog poslijediplomskog studija iz obiteljske medicine.

Osim znanstvenih i stručnih radova, pretežno liječnika obiteljske medicine, čitalac će u časopisu naći niz informacija, razgovora o struci, osvrtu, kratkih priopćenja, kliničke prikaze, prikaze knjiga, izvještaje o provođenju specijalizacije obiteljske medicine, najave i izvješća sa stručnih skupova, sažetke kongresnih priopćenja izvješća o djelatnosti Hrvatske udruge obiteljske medicine.

Istraživanjem i pripremom radova za objavljivanje u časopisu *Medicina familiaris Croatica* osim procjene vlastite prakse i osjećaja samosvijesti autori, liječnici obiteljske medicine osposobili su se da kritički sagledaju činjenice i usporede se s kolegama u svijetu. Upotpunili su i iskustva u primjeni vještina i metoda istraživanja.

Svjedoci smo da su autori tekstova objavljenih u *Medicina familiaris Croatica* svojim stručnim i znanstvenim radom, istraživanjem i produbili profesionalne i znanstvene te akademske kontakte

na području istraživanja, prezentiranjem i objavom rezultata na domaćim i inozemnim kongresima postali cijenjani stručnjaci za problematiku koju istražuju.

Međutim još uvijek časopisu nedostaje dovoljan broj visokostručnih i znanstvenih radova koji mogu osigurati trajnu visoku kvalitetu časopisa, prvenstveno zbog nedostatka odgovarajuće metodologije i adekvatnih uvjeta za istraživanje u neposrednoj praksi, što je preduvjet da se časopis uvrsti u Indeks medicus.

Stoga je pred strukom i časopisom opredjeljenje, da li časopis razvijati kao znanstveni ili stručni. Prvim opredjeljenjem dati će se znanstvena podloga razvoju obiteljske medicine kao akademske discipline, drugim odabirom unapređivati će se rad u neposrednoj praksi.

Gornje mogućnosti usmjerenja časopisa već 1999. godine u svom uvodniku tadašnji urednik časopisa doc. dr. Hrvoje Tiljak stavio je obiteljskoj medicini na raspravu.

Za oba opredjeljenja postoji dovoljno uvjeta, za znanstveni: naše četiri katedre obiteljske medicine kadrovski su ojačane, na njima se provodi više znanstveno istraživačkih projekata, a istovremeno preko 500 novih specijalista obiteljske medicine pokazuje veliki interes za istraživanje unapređenje vlastite struke i zdravstvene zaštite stanovništva.

Časopis je opravdao stručna i znanstvena nastojanja, autori, urednici i uređivački odbor zaslužuju puno priznanje za doprinos ugledu časopisa koji ima u zemlji i inozemstvu.

Časopis izlazi redovito, naslovi radova, sažeci i ključne riječi su na engleskom jeziku, tako da zadovoljava kriterije za indeksikaciju u bazi SCOPUS, što može značajno doprinijeti prepoznatljivosti i međunarodnoj afirmaciji.

Posebno značajan doprinos razvoju časopisa bila bi dostupnost cjelovitih radova na Internetu u obliku otvorenog pristupa (Open Acces Journal), ujedno i snažan poticaj svima nama da kvalitetom istraživanja doprinesemo unapređenju vlastite prakse i kvaliteti zdravstvene zaštite i međunarodnoj prepoznatljivosti.

Mišljenja sam da stručno i znanstveno istraživanje u obiteljskoj medicini treba biti i dalje u funkciji rješavanja najčešćih zdravstvenih problema u populaciji, utvrđivanje najuspješnijih algoritama prevencije i ranog otkrivanja bolesti, terapije i rehabilitacije, osiguranje kvalitete i evaluacije rada, takvog metodološkog pristupa da zadovoljava kriterije objavljivanja u našoj Medicini familiaris Croatica i drugim indeksiranim časopisima u našoj zemlji.

Napore treba usmjeriti na pronalaženje mogućnosti uspostave nacionalne unakrsne mreže suradnje na istraživanjima u obiteljskoj medicini između pojedinih istraživača i fakulteta, a koji imaju iste istraživačke interese, te time definitivno osigurati mjesto u akademskoj medicinskoj zajednici.

Prof. dr.sc.Zdravko Ebling

15. Balintov kongres Medicine, Evidence and Emotions 50 years on... Lisabon 2007.

Od 1.do 5. rujna 2007. u Lisabonu se održao 15. Balintov kongres Medicine, Evidence and Emotions 50 years on... Prije 50 godina Michale Balint je izdao svoju knjigu The Doctor, His Patient and the illness, koja je postala biblija Balintovog pokreta i koja je još uvijek podjednako aktuelna. Tema kongresa je bila osvrt na proteklih 50 godina, budući da je Balint uvijek inzistirao na training cum research, istraživanja su nam i ukazala na promijene u pokretu. Prvobitna Balintova ideja da liječnike obiteljske medicine obuču psihoterapiji, je prerasla u stav da liječnici sami spoznaju i suoče se sa svojim obrambenim mehanizmima, da bi najnovija istraživanja ukazala na potrebu liječnika da prevladaju distress koji im nameće današnja kultura. Tradicionalni dio kongresa je bio i nezaboravni doprinos sudjelovanja u Balintovim grupama. Na kongresu su kao predstavnici

Hrvatskog društva Balintovih grupa te članovi Internacionalne Balintove federacije sudjelovali dr. Hrvoje Vuković i dr. Stanka Stojanović-Špehar. Prezentiran je i rad prof. dr.sc. Sanje Blažeković-Milaković i njenih suradnica mr.sc. Stanke Stojanović-Špehar i dr.med. Suzane Kumbrije koje su evaluirale stavove poslijediplomaca iz obiteljske medicine nakon rada u Balintovim grupama. Kongresu je prisustvovalo oko 200 sudionika iz cijelog svijeta, a nadalje ljubazni domaćini su nam priuštiti i upoznavanje predivnog grada Lisabona, kroz fado muziku pružili dio svoje duše, a i gastronomski užici su bili za svaku pohvalu.

*Mr. sc. Stanka Stojanović-Špehar,
tajnik Hrvatskog društva Balintovih grupa*

Posjet RCGP-u Royal College of General Practitioners London, UK

Tijekom svibnja 2007. godine (22.-24. svibnja 2007.) u Londonu su u organizaciji RCGP-a održani međunarodni dani RCGP-a s naslovom „**Razvojni put MRCGP[INT]** „na kojima sam bila aktivni sudionik kao predstavnik Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

Glavni organizator međunarodnih dana RCGP-a je Odjel za međunarodnu suradnju RCGP-a i njegov predsjednik dr. John V. Howard.

U radu ovog skupa sudjelovalo je dvadesetak eminentnih predavača i nastavnika iz obiteljske medicine, a osamdeset sudionika iz cijelog svijeta u ova tri dana razgovaralo je i diskutiralo kako unaprijediti sustav ispitivanja liječnika tijekom specijalizacije iz obiteljske medicine.

Program je tekao organizirano tri dana i u radu su korištena predavanja kao i rad u malim grupama.

Cilj aktivnosti na ovom međunarodnom skupu je ujednačavanje principa i kriterija u poslijediplomskoj

edukaciji liječnika obiteljske medicine kao i ujednačavanje procesa procjene znanja ovog profila liječnika diljem cijelog svijeta.

Svakodnevna diskusija eksperata temeljena na dosadašnjem iskustvu imala je za cilj unapređenje procesa edukacije liječnika obiteljske medicine.

Tijekom prvog dana uglavnom se diskutiralo o optimalnom kurikulumu tijekom specijalizacije obiteljske medicine. Drugi dan je bio fokusiran na usmeni ispit i raspravu eksperata temeljenu na dosadašnjem iskustvu pri usmenoj procjeni znanja tijekom specijalizacije. Treći dan je bio posvećen procjeni vještina (OSKI) te procjeni znanja i vještina specijalizanata tijekom dijela edukacije vezanog uz rad u ambulanti mentora.

Ovim međunarodnim danima RCGP-a prethodio je tečaj posvećen isključivo testu na kojem sam također bila aktivni sudionik. Predavači na tečaju bili su iskusni profesionalci u ovom dijelu medicinske edukacije (dr. Adrian Freeman, dr. Alistair Howit, dr. Mei Ling Denney, mr. Richard Wakeford). Tijekom ovog tečaja razvila se vrlo bogata rasprava koja je bila od koristi i nastavnicima s ogromnim iskustvom u pisanju testa kao i nastavnicima koji su početnici u ovom vrlo zahtjevnom poslu.

Boravak u Londonu rezultirao je i susretom s kolegama s Kosova kao i njihovom pozivu za sudjelovanjem Hrvatske na Međunarodnoj konferenciji obiteljske medicine koja se održavala 13. i 14. lipnja 2007. u Prištini. Tijekom ove konferencije izlaganjem o specijalističkoj edukaciji obiteljskih liječnika u Hrvatskoj, te njenim rezultatima svojim aktivnim sudjelovanjem pokušala sam pomoći kolegama na Kosovu u formiranju trajne edukacije i specijalizacije obiteljske medicine koja je osnova zdravstvenog sustava na Kosovu.

dr. Venija Cerovečki Nekić

*Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog
fakulteta u Zagrebu ŠNZ Andrija Štampar
Rockefellerova Zagreb*

Izvešće sa sastanka Europskog udruženja za kvalitetu u općoj / obiteljskoj medicini

(European Association for Quality in General Practice / Family Medicine, EQuiP)

Pariz, 16-17. listopada 2007.

Od 16. do 17. listopada 2007. godine u Parizu, neposredno prije početka konferencije WONCA Europe, održan je redoviti sastanak Europskog udruženja za kvalitetu u općoj/obiteljskoj medicini (European Association for Quality in General Practice / Family Medicine, EQuiP). Sastanak je okupio 28 predstavnika iz 18 europskih zemalja, a obilježile su ga stručne aktivnosti kao i organizacijske promjene unutar udruženja.

Za novog predsjednika EQuiP-a izabrana je profesorica Tina Eriksson, dugogodišnji nacionalni predstavnik Danske i vrlo aktivan član grupe. Prof. Eriksson radi na Katedri za obiteljsku medicinu, Institut za javno zdravstvo, Sveučilište u Kopenhagenu te je koordinator i član povjerenstva Danskog nacionalnog programa za unaprijeđenje kvalitete (Danish National Quality Programme). Počasni tajnik – zamjenik predsjednika postao je profesor Janko Kersnik, također višegodišnji aktivni član grupe, inače profesor obiteljske medicine i pročelnik Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Mariboru. Ostali članovi predjedništva su blagajnik Andrée Rochfort, Irska; Marianne Samuelson, Francuska te Kees in 't Veld, Nizozemska. Novo predsjedništvo preuzet će svoju ulogu u potpunosti u svibnju 2008., a do tada će u prijelaznom periodu djelovati istodobno sa starim predsjedništvom.

Na sastanku se raspravljalo i o službenim dokumentima udruženja (statutu i ostalim aktima) pri čemu je postignut dogovor oko većine pitanja, a rasprava će se nastaviti na sastanku u Bergenu. Glasovanjem je odlučeno kako će svaka zemlja članica unutar

udruženja imati dva nacionalna predstavnika s pravom glasa. Nacionalne predstavnike biraju ugledne institucije iz zemlje, prvenstveno stručna društva zadužena za osiguranje kvalitete unutar obiteljske medicine, pri čemu stručna društva ujedno osiguravaju uvjete za sudjelovanje nacionalnih predstavnika u redovitim sastancima. Kako bi se osigurao ozbiljan kontinuirani rad nacionalnih predstavnika, predloženo je da u slučaju izbivanja nacionalnog predstavnika s dva uzastopna sastanka on gubi pravo glasa pri donošenju odluka.

Sastanak je imao i svoj stručni dio, iako je on ovaj put bio donekle u sjeni organizacijske problematike i definiranja unutarnje strukture udruženja. Na sastanku su s radom nastavile male grupe koje su se bavile problematikom profesionalnog zdravlja liječnika i etike u istraživanjima iz područja kvalitete. Voditelji projekata koji su u tijeku predstavili su dosadašnje rezultate te planirane buduće aktivnosti. Također su tijekom WONCA konferencije u Parizu uspješno održane radionice u organizaciji EQuiP-a: Indikatori kvalitete u obiteljskoj medicini, Zdravlje liječnika,



Voditelji EQuiP-ove radionice „Profesionalne zdravlje liječnika“: Luc Lefebvre, Beat Künzi i Andrée Rochfort

Etička pitanja u unaprjeđenju kvalitete. Svi uključeni nastavljaju s radom između sastanaka, a o postignutom će izvijestiti za vrijeme sljedećeg sastanka EQuIP-a koji će se održati u Bergenu, Norveška, 22.-24.05.2008.

Više informacija o radu EQuIP-a naći ćete na web stranicama: www.equip.ch, a za dodatna pitanja slobodno mi se obratite na mail: zlata.ozvacic@zg.t-com.hr.

*Zlata Ožvačić Adžić, dr.med.
nacionalni predstavnik Hrvatske u EQuIP-u*

Izvešće s predkonferencije Vasco da Gama

WONCA Pariz 2007.

U periodu 16. - 17. listopada 2007. održana je predkonferencija VdGM, koja je prethodila WONCI. Zadatak nacionalnih predstavnika bio je predstaviti zemlju iz koje dolaze – zdravstveni sustav, edukaciju u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi, te se reflektirati na dokumente Europskog udruženja nastavnika iz obiteljske medicine tzv. Educational agenda (engl.), kao i mogućnost njihove primjene. Rad se odvijao u pet grupa sastavljenih od predstavnika svih europskih država koji su na plenarnoj sjednici upoznali sudionike s rezultatima svog rada.

Grupa jedan - prikazala je probleme koji su vezani uz važnost rada liječnika obiteljske medicine (LOM-a) na različitim nivoima od globalnog – pogleda društva, preko rada LOM-a za vrijeme specijalizacije, pogleda na rad LOM-a od strane diplomiranih liječnika, do samih studenata medicine. Problemi od strane društva su neprepoznatost važnosti rada LOM-a, mala primanja, opterećenost poslom, izolacija od drugih kolega. Moguće sugestije rješenja su nastojanje na promjeni percepcije društva i politike vlade. Problemi s kojima se LOM susreće za vrijeme specijalizacije su izoliranost za vrijeme specijalizacije,

te teškoća shvaćanja kompleksnosti rada LOM-a. Moguće sugestije su povezivanje specijalizanata obiteljske medicine kroz udruge specijalizanata, uz redovita sastajanja. Istaknut je i problem manjka motivacije diplomiranih liječnika za specijalizaciju iz obiteljske medicine, njihova nedovoljna informiranost, te strepnja prilikom primjene bio-psiho-socijalnog pristupa u radu s bolesnikom od strane diplomiranih liječnika. Jedna od sugestija je i organiziranje redovnih sastanaka između studenata Medicinskog fakulteta i LOM-a.

Grupa dva - je govorila o važnosti portfolija u edukaciji i procjeni osposobljenosti specijalizanata. Naime, većina zemalja Europe već koriste portfolio u formativnoj procjeni LOM-a, te se postavlja pitanje formiranja jedinstvenog Europskog portfolija. Pozitivne strane nastanka jedinstvenog Europskog portfolija su primjenjivost na razne Europske zemlje, znak kvalitete, standardizacija kurikuluma, jačanja statusa discipline LOM-a, poticanje razmjene u edukaciji. Negativne strane nastanka jedinstvenog Europskog portfolija su nemogućnost uzimanja u obzir konteksta specifičnog za svaku zemlju, administrativni troškovi, subjektivnost procjene specijalizanta putem portfolija, procjenjivanje samo nekih kompetentnosti specijalizanta putem portfolija.

Grupa tri - govorila je o potrebi povećanja praktičnog dijela vremena provedenog za vrijeme specijalizantskog staža u ordinaciji LOM-a mentora. Obzirom da u nekim zemljama nije dovoljno jasno definiran vremenski period koji se mora provesti u ordinaciji LOM-a mentora za vrijeme specijalizantskog staža ili je isti izrazito malen (Italija, Turska) naglasak je na povećanju i definiranju obveznog vremenskog perioda koji se mora provesti u ordinaciji LOM-a mentora za vrijeme specijalizantskog staža. Također je istaknuta potreba za organiziranjem LOM-a u društva koje trebaju zastupati stavove LOM-a, komunicirati s vladom, motivirati LOM-a da postanu mentori, te osigurati fond u svakoj Europskoj zemlji namijenjen nastavnicima obiteljske medicine

Grupa četiri-diskutirala je značajke biopsihosocijalnog pristupa specifičnog za rad LOM-a i to sa različitim

aspekata. Važno je integrirati bio-psiho-socijalni pristup u radu s bolesnikom, uvijek uzeti u obzir kontekst, oslanjati se na: timski rad (s psihologom, socijalnim radnikom, drugim ekspertima), ostvariti mrežu kontakta (s drugim specijalnostima, bolnicom...), koristiti komunikacijske vještine. Pri tom je potrebno staviti naglasak na važnost osiguranja sredstava za ovakav rad (tko ih osigurava, s kojom namjenom, na koji način), kao i opasnost da u opsežnosti liječničkog posla koristeći ovakav pristup LOM-a ne razvije sindrom sagorijevanja (čest među LOM-a). Rješenja bi mogla biti u komunikaciji među LOM-a na lokalnoj, nacionalnoj i internacionalnoj razini, te mogućim prednostima koje to donosi: razumjeti različiti kontekst i kulture, spoznati koliko su osobni problemi jedinstveni i sveprisutni, proširiti vidike, putovati i iskušati različitu gastronomiju, poboljšati komunikacijske vještine i diskusiju na stranom jeziku. Prednosti sa strane zajednice: poboljšati istraživanje, smanjiti opterećenost poslom, kreirati Europske smjernice, poboljšati kvalitetu skrbi. Problemi vezani uz razmjenu LOM-a širom Europe su: potrebno je osigurati vrijeme i novac, implementirati nove koncepte.

Grupa pet - govorila je o važnosti istraživanja u obiteljskoj medicini. Zašto? S ciljem dobivanja odgovora na probleme i pitanja koji proizlaze iz rada LOM-a (De Maeseneer, Lancet 2003); s ciljem razvijanja smjernica za dobru kliničku praksu prilagođenu realnosti rada LOM-a; standardiziranja i bolje skrbi za bolesnike; osiguranja jednostavnijeg rada za LOM-a; dizanja reputacije LOM-a kao specijalnosti među kolegama i političarima. Pozadina dosadašnjih istraživanja jest da je većina do sada objavljenih radova potekla iz sekundarne zdravstvene zaštite, farmaceutskih tvrtki i slično. U zaključku je potrebno naglasiti da trebamo istraživanje u obiteljskoj medicini da poboljšamo skrb, olakšamo posao, poboljšamo profesionalne standarde, pokažemo da je moguće ostvariti dobro istraživanje u općoj praksi, osnujemo organizacije koje se bave istraživanjem.

U sklopu VdGM postoji 5 tematskih grupa za: 1. edukaciju i provođenje specijalizacije 2. istraživanje 3. razmjena 4. izgradnja imidža i 5. prikupljanje novih

članova. Svaka tematska grupa ima zadatak nastavak rada na odabranim područjima i prezentacija učinjenog na slijedećoj WONCA-i 2008. u Istanbulu i onoj koja će se održati 2009. u Baselu.

*Goranka Petriček, spec. obiteljske medicine
predstavnik RH na VdGM predkonferenciji
WONCA, Pariz 2007.*

Što je to VdGM Europe i kakva je uloga Udruge specijalizanata obiteljske medicine Hrvatske?

Kratka kronologija događanja

Na kongresu WONCA-e 2004. godine, koja se održala u Amsterdamu, po pozivu organizatora, prije službenog početka kongresa organiziran je sastanak pojedinačnih predstavnika specijalizanata iz 11 europskih država i 30-ak specijalizanata iz Nizozemske. Na sastanku je donesena odluka o osnivanju udruge koja je prvotno nazvana Jung Doctor Project, a na inicijativu prof. Fons Sipsa i LOVAH-a (Udruge specijalizanata Nizozemske). Iako prvotno nije bio pozvan predstavnik Hrvatske, zalaganjem doc. dr. Mladenke Vrcić-Keglević i Jasne Vučak zadnjem danu sastanka prisustvovao je i naš predstavnik.

Nakon provedene ankete na forumu HUOM-ove službene web stranice inicijalni sastanak/osnivačka skupština udruge specijalizanata održana je u Zagrebu 12.3.2005. Svojim potpisima je 96 prisutnih specijalizanata podržalo osnivanje Udruge specijalizanata (US) i Inicijalnog odbora koji je dalje trebao pripremiti program rada i sastanak na Kongresu HUOM-a u Zadru.

U Zadru 30.4.2005. na održanom drugom sastanku US, inicijativom grupe kolega, je dogovoreno da se formalizira struktura udruge, kao i program rada, te naprave izbori za Upravni odbor. Tada je odlučeno da naši predstavnici za predkonferenciju u Grčkoj,

te godine budu Jasna Vučak i Marko Rađa. Izvješće s tog skupa je objavljeno u jednom od brojeva MFC.

Slijedeći sastanak US je bio u Osijeku 2.6.2006. kada je Jasna Vučak podnijela izvješće o aktivnostima i daljnjim planovima US. Istaknuti su ostvareni ciljevi Udruge, kao i oni na kojima još treba raditi pa ih ovdje navodim:

- 1 osiguranje adekvatnih udžbenika, materijala koji se moraju dobiti prije početka poslijediplomskog studija (PDS)
- 2 osiguranje baze pitanja za pismeni dio ispita
- 3 osiguranje simulacije ispita
- 4 suradnja s međunarodnim udrugama sličnog tipa (mogućnost jeftinijih kotizacija na našim i stranim kongresima i stručnim sastancima, međunarodna razmjena)
- 5 ostala pitanja vezana za probleme koji se javljaju u organizaciji i provođenju nastave i staža
- 6 utjecati na organizaciju specijalizacije provođenje dijela PDS u lokalnim sredinama
- 7 promjene vezane na plaćanje PDS i osiguranje zamjena
- 8 potreba da specijalizanti kao posebna interesna skupina imaju svog predstavnika u Upravnom odboru HUOM-a
- 9 financiranje odlaska jednog predstavnika specijalizanata na predkonferenciju i WONCA-in kongres

Na provedenim izborima izabrano je pet članova Upravnog odbora (Danijela Hamulka, Ante Prolić, Marko Rađa, Jasna Vučak i Ines Zelić). Dogovoreno je da predstavnici za suradnju s HUOM-om i Katedrom budu Jasna Vučak i Marko Rađa a da predstavnik za predkonferenciju u Firenci bude Ines Zelić, delegat za Europe Council (EC) bude Jasna Vučak, te da se zatraži da HUOM ubuduće financira odlazak jednog predstavnika iz redova US na godišnji WONCA-in Europski kongres, te predkonferenciju kao i da, kao posebna interesna skupina, ima svog predstavnika u Upravnom odboru HUOM-a. Prošle godine je financiran odlazak na WONCA-in

Kongres u Pariz Jasni Vučak i Davorki Vrdoljak koje su izabrane na javno objavljenom natječaju.

Na Kongresu u Dubrovniku nije bio organiziran sastanak zbog nedovoljnog vremena, ali je zalaganjem članova US organiziran „Tečaj oftalmoskopiranja“ za koji je vladao veliki interes tako da svi zainteresirani nisu imali mogućnost sudjelovanja. Upravni odbor US je odlučio da se kao naš predstavnik na predkonferenciju u Pariz 2007. pošalje Goranka Petriček.

U protekloj godini je bilo je još niz aktivnosti: stvaranje grupe za izradu Priručnika vještina, regrutiranje novih članova, odlazak naših predstavnika po pozivu njihovih udruga specijalizanata u Nizozemsku i Irsku (Mirela Skorupski, Goranka Petriček, Dragan Soldo, Jasna Vučak), komunikacija s pojedinim članovima Katedre za obiteljsku medicinu u Zagrebu i Splitu i drugo.

Odgovor na pitanje iz naslova je : VdGM Europe je Europska organizacija specijalizanata i liječnika obiteljske medicine s manje od 5 godina staža pod patronatom WONCA-e. Po uzoru na istu u Hrvatskoj je osnovana Udruga specijalizanata i specijalista početnika - US koja predstavlja interesnu grupu koja se bavi pitanjima vezanim za specijalizaciju obiteljske medicine.

Na VdGM predkonferenciji u Parizu održana je i konstitucionalna sjednica Skupštine udruge (EC Europe Council- koju čine po jedan predstavnik iz 23 europske države) na kojoj je prihvaćen statut VdGM, te izvršeni prvi izbori. Naš predstavnik je bila Jasna Vučak koja je na istom sastanku izabrana u Upravni odbor VdGM EB (Executive Board) na položaj tajnika (Secretary). U tom dijelu rada održan je i masterclass s temom „Interkulturalne komunikacije“ koju su pripremili i sponzorirali kolege iz Nizozemske (SBOH, Udruga specijalista obiteljske medicine Nizozemske).

Pozivamo sve naše specijalizante kao i one koji su to postali prije manje od 5 godina i koji su zainteresirani za suradnju u navedenim grupama kao i za detaljnije informacije o radu VdGM da se prijave na službenu

web stranicu udruge <http://www.vdgm.eu> ili pišu na službeni mail vdgm@hag.unimaas.nl ili info@vdgm.eu. Za sva pitanja koja bi se moguće mogla riješiti kroz rad US se mogu obratiti i na moj mail jasna.vuchak@zd.t-com.hr kao i na službenoj web adresi HUOM-a www.huom.org.

*Jasna Vučak,
predstavnik u Skupštini VdGM,
tajnica Upravnog odbora VdGM Europe*

Posjet nizozemskim kolegama po pozivu LOVAH-a (Nizozemske udruge specijalizanata)

U petak 27.4.2007. u Nizozemsko Utrechtu održavao se Kongres specijalizanata obiteljske medicine s osam Sveučilišta iz čitave Nizozemske. LOVAH (www.lovah.nl) je udruga specijalizanata obiteljske medicine Nizozemske koja slavi 27 godina postojanja i koja svake godine organizira kongres samo za specijalizante. Udruga je vrlo aktivna i zauzima značajno mjesto kao spona između specijalizanata, Katedri, Ministarstva i svih ostalih institucija koje na bilo koji način imaju utjecaja na položaj specijalizanata obiteljske medicine.

Između ostalih aktivnosti oni organiziraju i razmjenu specijalizanata s ostalim državama. U 2006. su tako imali razmjenu s kolegama iz Irske a 2007. su pozvali predstavnike iz 22 država Europe. Tako sam i ja kao predstavnik naše Udruge specijalizanata otišla u Nizozemsku.

Prva tri dana smo proveli s kolegama specijalizantima iz Nizozemske. Svatko je dobio svog „buddy“-ja, kolegu domaćina, kod kojeg je odsjeo, radio s njim u ambulanti i pohađao sastanke specijalizanata na njihovom Sveučilištu. Ja sam posjetila kolegicu koja živi i radi u predgrađu Amsterdama. Ona je na trećoj godini specijalizacije i trenutno radi u ambulanti kod mentora, specijalista obiteljske medicine.

Prvi dan, utorak, je bio predvođen za odmor od puta i upoznavanje nove okoline. U srijedu „Exchange program“ je započeo. Na Sveučilištu u Amsterdamu prisustvovali smo sastanku-seminaru, sličnom onom kakav svaki tjedan u isto vrijeme održava po desetak specijalizanata obiteljske medicine. Sastanku su prisustvovali dvoje liječnika iz Rumunjske, liječnica iz Češke i ja kao strani gosti, te naši domaćini. Voditelji su nam bili Wim Willem, liječnik, specijalist opće medicine iz Amsterdama, koji radi dva dana na fakultetu a tri u svojoj ambulanti i Joop Stam, liječnik, specijalist opće medicine u mirovini, koji pomaže pri Katedri te sudjeluje u poboljšanju kvalitete specijalizacija u cijeloj Europi, osobito u Rumunjskoj. Prvi dio sastanka sličio je radu u Balintovim grupama, jer je jedan specijalizant iznio slučaj koji ga je zabrinuo, koji je u njemu pobudio različite osjećaje, a onda je ostala grupa komentirala što bi oni da su na tom mjestu učinili i jesu li su ikada imali takav ili sličan slučaj. Nakon ručka nastavili smo sa drugim dijelom seminara koji je problemski orijentiran. Wim Willem, voditelj, je odabrao temu „Bolovi u ruci i dlanu“. Iznese se slučaj postepeno, obrađuje sve po redu, što u anamnezi pitati, na što odabrati pažnju kod pregleda, što od dg pretraga učiniti, i što u terapiji. Nakon pet slučajeva, teoretski obrađenih, vježbali smo na lutki-fantomu ruke gdje se daju „blokade“.

Četvrtak je bio vrlo naporan dan, jer je kolegica normalno radila u mentorovoj ambulanti, a ja, kao njen gost sam sudjelovala pri svakoj konzultaciji. Do 10 sati je primala pacijente, koji su me odlično prihvatili, a nekima nije bio problem ni razgovarati na engleskom. Oko 11,00 h smo obavile kućnu posjetu, a nakon toga smo prisustvovala obrani doktorske disertacije njenog prijatelja na Sveučilištu u Utrechtu. Zgrada Sveučilišta i unutrašnjost kao i sama ceremonija izgledaju kao iz 17.stoljeća. Nešto sasvim posebno i prekrasno. Ovo nije bilo u službenom programu tog dana, ali sam imala sreću da sam mogla prisustvovati tom događaju.

U kasno poslijepodne moja domaćica me dovezla u Utrecht, grad od 100.000 stanovnika i pola sata vožnje udaljen od Amsterdama, gdje smo se smjestili u hotel

i našli sa svim drugim kolegama, gostima, koji sudjeluju u ovom „Exchange programu“. Organizirali su večeru i party u jednom klubu, koji je trajao do sitnih noćnih sati.

U petak je održan Kongres specijalizanata obiteljske medicine iz čitave Nizozemske. Prisustvovalo je oko 700 specijalizanata s osam sveučilišta, i sve je bilo prekrasno organizirano. Kongres je održan u ogromnom Kongresnom centru u samom centru grada. Par radionica je održano i na engleskom jeziku tako da smo mogli sudjelovati.

Prva je bila radionica Vasco da Gama grupe specijalizanata pri WONCA-i. Sudjelovali su samo specijalizanti gosti iz svih zemalja EU, nas ukupno 36. Podijelili smo se u 6 radnih tematskih grupa koje su, za kratko vrijeme, dvadestak minuta, morale dati prijedloge za daljnji rad VdGM. Samo dvije grupe su iznijele svoje zaključke kada su nas organizatori prekinuli jer je počinjala druga radionica za nas goste.

U drugoj radionici svaka od 20 zemalja sudionica dala je po jednog predstavnika u radnu grupu koji su aktivno sudjelovali u raspravi na teme: Treba li 24h briga o pacijentu biti dio posla obiteljskog liječnika? Treba li i koliko trajati bolnički staž i staž u ambulanti tijekom specijalizacije? Uspoređena su iskustava iz različitih zemalja. Bilo je zanimljivo a zaključak je da u svim zemljama postoji sličnost specijalizacije u tome što podjednako traje bolnički dio i dio u ambulanti.

Nakon tradicionalnog ručka, koji se sastoji od sendviča, juica i voća, nastavili smo poslijepodne s neobičnim predavanjem izraelskog profesora obiteljske medicine M. Weingartena. Njegov je zaključak kako preventivna medicina i prevencija uopće ne donose nikakve rezultate. Zanimljiva je bila rasprava, jer se većina liječnika ondje nije složila sa njegovim tezama. Nakon toga održala se jedna jako zanimljiva radionica o važnosti govora tijela liječnika tijekom konzultacije.

Prije završne svečanosti, predavanje je održala profesorica i specijalistica medicine za starije ljude o liječenju hipertenzije u starijih ljudi, iznad 80. godina života. Istraživanja su pokazala da što se više trudimo snižavati visoki tlak toliko raste smrtnost tih ljudi.

Pojavila su se mnoga etička i moralna pitanja na koja se tek moraju naći odgovori - kada i da li započeti terapiju, kada prestati i sl. Završna svečanost je bila jako zanimljiva jer su pozvali Predstojnike svih osam katedri obiteljske medicine koji su morali odgovarati na pitanja vezana uz živote specijalizanata (npr. koliko je u godini dana specijalizantica otišlo na porodiljni dopust, prepoznavanje glazbe iz poznatih liječničkih serija i sl.). Uvečer je slijedila večera i party sa živom glazbom koji je trajao do ranih jutarnjih sati.

Ujutro smo se oprostile od svojih kolega iz drugih EU zemalja i krenule na avion kući.

Iako smo svjesni da nas očekuje veliki rad nadamo se da će i naša Udruga specijalizanata imati mjesto i ulogu kakvu ima Nizozemski LOVAH.

Mirela Skorupski i Jasna Vučak

Izveštaj sa sastanka UEMO-a održanog 26. i 27. listopada 2007. g. u Toledu, Španjolska

Uvod u sastanak obilježili su odličnici regije Castilla - La Mancha u kojoj je sastanak održan. U vrlo srdačnoj atmosferi govorili su Fernando Lamata i Ana Saavedra kao predstavnici regije i grada, te liječnici dr. Isacio Siguero i dr. Atanasio Ballesteros kao predstavnici lokalnim medicinskih stručnih društava. Tradicija Toleda predstavljena kroz burnu povijest koju su obilježili žitelji Toleda kršćanske, židovske i arapske kulture. Unatoč brojnim sukobima u prošlosti, sve tri zajednice su se održale do današnjih dana. Sadašnjost Toleda su domaćini s ponosom okarakterizirali kao primjer tolerancije i suživota, te upotpunjavanja različitih kultura i razvoja modernog europskog grada.

Predstavljen je i zanimljiv lokalni projekt iz Španjolske u kojem se liječnici obiteljske medicine zalažu za smanjenje radnog opterećenja. Projekt nosi naziv

„Platforma 10 minuta“, a promovira osiguranje 10 minuta za kontakt sa svakim pacijentom. Nositelji projekta žele ukazati da je radno opterećenja liječnika obiteljske medicine takvo da ne osigurava dovoljno vremena za rješavanje akutnih i kroničnih problema pacijenta. Pri izboru taktike nositelji projekta su namjerno u prvi plan istakli borbu za kvalitetniju zaštitu i osiguranje više komoditeta korisnicima usluga, a tek posredno i bolje uvjete rada liječnika. 10 minuta za svakog pacijenta nositelji projekta žele ostvariti ograničavanjem broja pacijenta za koje skrbe, odnosno traže snižavanje normativa broja osiguranika po jednom izabranom liječniku obiteljske medicine. Primjenjujući navedenu taktiku uz sebe su dobili i više organizacija pacijenata.

Sastanak je nastavljen radom u malim grupama iz kojih se može izdvojiti nekoliko naglasaka.

Radna grupa o CPD/CME ponovo je raspravljala o uvjetima za obnavljanje licence i provođenju trajne medicinske edukacija (CME) i trajnog osobnog usavršavanje (CPD) u zemljama članicama UEMO-a. Razlike u postupku relicenciranja i provođenju CME/CPD između zemalja su i dalje velike. Variraju od zemalja koje osiguravaju dodatna sredstva za CME/CPD za svakog liječnika praktičara i vjeruju da je to dovoljno za osiguranje aktivne CME/CPD (odnosno ne vrše provjeru što je zaista i učinjeno) do zemalja koje imaju stroge uvjete licenciranja sa provjerom što je sve učinjeno u CME/CPD bez pravog dodatnog financiranja tih aktivnosti. U zaključku je prepoznato 5 elemenata kojima se značajno određuje proces CME/PDD-a: (1) način financiranja; (2) povezanost CME/CPD sa procesom relicenciranja; (3) adekvatnost procjene edukacijskih potreba; (4) osiguranje kvalitete CME(CPD-a), (5) postojanje dokaza da CME/CPD unaprjeđuje kvalitetu rada.

U radu grupe za specijalističko usavršavanje je također uočen nedostatak usklađivanja procedure stjecanja naslova specijalista obiteljske medicine između zemalja Europe. Obzirom na izrazito različite potrebe liječnika obiteljske medicine po pojedinim

zemljama zaključeno je da se pripreme „pisma preporuke“ kojima bi se nacionalnim organizacijama liječnika omogućilo lobiranje unutar države koje bi bilo usmjereno prema istom cilju – usklađivanju uvjeta osposobljenosti za rad u obiteljskoj medicini.

Uvijek vrijedna radna grupa za preventivnu medicinu predstavila je dva nova dokumenta koji su odobreni i usvojeni na Glavnoj skupštini UEMO-a: dokument o muškom zdravlju i dokument o prevenciji „izgorjelosti na poslu“ među liječnicima obiteljske medicine.

Glavnu skupštinu UEMO-a obilježile su aktivnosti na registriranju UEMO-a kao nezavisnog stručnog društva prema belgijskom zakonskom okviru. U dosadašnjem radu na tom zadatku definiran je Statut društva, pa je započet proces registracije društva. Iako je UEMO u 2007. godini (na prošlom sastanku u Lisabonu) proslavio 40 godišnjicu djelovanja, EU legislativa zahtijeva registriranje društva primjereno novim uvjetima. Tako će po završetku procesa registriranja jedan od osnivača UEMO-a biti i Hrvatska liječnička komora.

Hrvoje Tiljak

Delegat Hrvatske u UEMO

Izvešće sa VII. kongresa HDOD-HLZ sa zaključcima

Za rubriku „Novosti sa stručnih skupova“

VII. kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora održan je od 4-6. 10.2007. na otoku sv. Andrije u Rovinju. Radni dio Kongresa je započeo sa uvodnim temama: Problemi financiranja obiteljske zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i zakonski aspekti kvalitete rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ). Zaključeno je da danas radimo u sustavu koji ne vodi računa o podmiranju osnovnih potreba većine naših timova obiteljske medicine. Sustavu koji je zasnovan na površnim ekonomskim pokazateljima zdravstvene potrošnje u PZZ, kao što su broj receptata, uputnica

ili postotak bolovanja ,a koji nas plaća glavarinama po dobnim skupinama, što zbog neproporcionalne razdiobe pacijenata izaziva još teže posljedice po financijsko stanje naših liječnika. Taj sustav ne vodi računa o kvaliteti zdravstvene zaštite stanovništva ,jer ne potiče stručni nadzor, ne omogućuje izjednačavanje uvjeta rada i opreme i time ne osigurava potreban spektar rada naše struke. Posljedica takvog načina financiranja je da većina naših timova nema dovoljna sredstva za poslovanje, pa se time ugrožavaju ugovorne obveze sa HZZO i spektar i kvaliteta usluga koje se pružaju osiguranicima. Rezultat takvog stanja je, kontinuirano smanjivanje spektra i broja naših usluga, preusmjerenje zdravstvene zaštite prema skupljim polikliničkoj konzilijarnoj i bolničkoj zaštiti, koje hipertrofiraju i za koje je svake godine potrebno izdvajati sve veći postotak zdravstvenog novca. Postavlja se pitanje želimo li mi ukinuti obiteljskog doktora i prijeći na skuplji bolnički sustav ili mislimo da se tako razvija sustav obiteljskog doktora s kojim se pred Europom hvalimo?. Zaključak je, da se izdvajanje iz proračuna za obiteljsku medicinu, hitno treba povećati sa sadašnjih 5,9% na 10%, čime bi se omogućilo smanjenje normativa na najviše 1500 osiguranika po liječniku, jer sve drugo ne spada u domenu stručnog rada. Osim toga nužno je osigurati paušalno plaćanje pogona ordinacije(troškovi prostora, režije, sestre), trošak, koji je kod svih isti, bez obzira na ugovoreni broj pacijenata i iznosi danas oko 16.000 kuna. Povećanje sredstava bi omogućilo potrebnu doedukaciju kadra, informatizaciju i opremljenost bez kojih nema napretka. Dakle nužna je hitna intervencija voditelja zdravstvene politike u smislu stvaranja uvjeta za razvoj obiteljske medicine i zaustavljanja postojećeg *circulus viciosus* s tendencijom razaranja tog osnovnog sustava zdravstva. Potrebna je i reafirmacija doma zdravlja kao najkvalitetnijeg poznatog oblika grupne prakse,

induktora stručnog nadzora, planiranja rada i preventivnih aktivnosti, te garanta kvalitete zdravstvene zaštite na određenom području. Sljedeći je dan za okruglim stolom „o liječničkoj pogrešci“, zaključeno da je nužna prilagodba postojećih zakona u smislu boljeg razgraničavanja pogrešaka iz nehaja i nuspojava određenih zahvata. Nužna je bolja suradnja liječnika sa udrugama pacijenata i sprječavanje javnog prozivanja i optuživanja liječnika, prije stručno utvrđenog postojanja pogreške. Potrebno je stvoriti i sustav materijalnog obeštećenja pacijenata, za sve slučajeve pogrešaka koji ne podliježu krivičnoj odgovornosti, za što će se i sama Liječnička komora pobrinuti. Osim toga nužno je s medijima postići dogovor da se pokuša izbjeći postojeći senzacionalizam, prije nego se utvrdi realno stanje, jer se time nanose nepopravljive štete zdravstvenom kadru, koje mogu ići do uništavanja pojedine ličnosti i nemogućnosti daljnjeg obavljanja profesije. Pri tome se nažalost ne vodi računa o ogromnim sredstvima koje je društvo uložilo za formiranje takvog stručnjaka i posljedicama koje nastaju stručnim i moralnim razaranjem te osobe. Zato i društva za zaštitu prava pacijenata moraju primarno raditi na edukaciji svojih članova i kod svih pritužbi ispitati i drugu stranu, prije nego se bilo koja optužba javno objavi. Nužno je osim toga u zdravstvenim ustanovama i ordinacijama razviti sustav samokontrole, evidencije pogrešaka i stručne rasprave o njima, kako bi se spriječilo ponavljanje grešaka i osiguralo što kvalitetniju zdravstvenu zaštitu.

Kongres je zaključen sa željom da se stečena saznanja primijene u praksi i da već sljedeće godine možemo osjetiti poboljšanja u čitavom sustavu na dobrobit svih nas.

Prim.mr.sc.dr.Bruno Mazzi

predsjednik HDOD-HLZ



Međunarodni kongres medicine za svakodnevnu praksu

U suradnji s IFDA

ZAGREB, HR, 11.-12. LISTOPADA 2008.

subota, 11. listopada

- 8:00 *Prijava učesnika*
- 8:15 *Uvodne obavijesti*
- 8:30 **Lipidi i metabolički sindrom**
Moderator: B. Bergman-Marković
▶ Treba li povišavati HDL –kolesterol? Do kojih vrijednosti? - M. Bergovec
▶ Statini i ateromatoza - Ž. Reiner
▶ Zaštita bubrega u hipertenzivnih pacijenata sa tip II šećernom bolešću - B. Bergman-Marković
- 9:15 **Endokrinologija – dijabetologija**
Moderator: N. Vinter-Repalust
▶ Kako koristiti scintigrafiju štitnjače u patologiji štitnjače? - Z. Kusić
▶ Glitazoni: treba li mijenjati liječenje šećerne bolesti tip II - N. Vinter-Repalust
- 9:45 **Psijhijatrija**
Moderator: S. Blažeković-Milaković
▶ Kako odrediti rizik samoubojstva u obiteljskoj medicini? - S. Kumbrija
▶ Depresija i duševno zdravlje - S. Blažeković-Milaković
▶ Efikasna upotreba antidepressivnih lijekova - S. Spehar-Stojanović
- 10:30 *Predah i obilazak izložbenog prostora*
- 11:00 **Pulmologija i alergologija**
Moderator: *
▶ Molekularna alergologija - *
▶ Upotreba spirometrije u praksi liječnika obiteljske medicine: kada i kod kojih pacijenta pretragu treba izvršiti prema novim preporukama - *
- 11:30 **Kardiologija**
Moderator: *
▶ Upotreba klopidogrela nakon postavljanja STENTA. Možemo li prekinuti davanje klopidogrela? Aktivni STENT ili obični metalni STENT, u čemu je razlika? - *
▶ Uloga koronarnog CT-a u obiteljskoj medicini - *
▶ Važnost BNP doziranja u obiteljskoj medicini - *
▶ Hipertenzija u 2008. - *
- 12:30 **Neurologija**
Moderator: D. Petric
▶ Alzheimerova bolest versus vaskularna deficijencija - S. Podobnik
- 13:00 *Ručak*
- 14:00 **Urologija**
Moderator: H. Tiljak
▶ Vrijednosti PSA, važnost pri praćenju - E. Cepulčić
▶ Erektivna disfunkcija - H. Tiljak
▶ Radioterapija, hormonalno liječenje ili kirurška intervencija kao mogućnosti liječenja raka prostate - H. Šobat

- 14:45 **Ginekologija – žensko zdravlje**
Moderator: L. Zanchi
▶ Nova kontracepcija, nema više menstruacije ?? - D. Pavičić-Baldani
▶ HNL u menopauzi - L. Zanchi
▶ Cijepljenje protiv papilomavirusa (HPV-a) - N. Šikančić-Duglić
- 15:30 **Reumatologija**
Moderator: R. Čop
▶ Kakvu biološku procjenu treba uzeti u obzir u pristupu osteoporozi? - R. Čop
▶ Kakvo protiv upalno liječenje kod kardiokirurških bolesnika? - P. Perić
▶ Anti TNF i/ili probiotsko liječenje - Ž. Krzmarčić
- 16:15 **Liječenje debljine**
Moderator: T. Cikač
▶ Metabolički sindrom - M. Merkle
▶ Medikamentozno liječenje debljine – viđenje liječnika obiteljske medicine - T. Cikač
▶ Što je novog u kirurškom liječenju debljine? - M. Bekavac-Beslin
- 17:00 *Predah i obilazak izložbenog prostora*
- 17:30 **Satelitski simpozij**

nedjelja, 12. listopada

- Predavači: *
- 9:30 **Rizik za zdravije vezan uz putovanja**
Prepoznavanje rizika:
▶ Sve više i više međunarodnih putnika (mnogi od njih putuju u tropske krajeve)
▶ Istraživanje rizika (morbiditet i mortalitet)
▶ Pregled najučestalije patologije (malaria...).
- Prevenција rizika:
▶ Izvori informacija za prevenciju rizika (autori i tekstovi)
▶ Prilagodavanje zdravstvenih savjeta različitim tipovima putovanja i putnika.
▶ Najvažnije sanitarne preporuke (cijepjenje, profilaksa malarije, profilaksa proljeva...)
- 10:30 *Predah*
- 10:45 **Ptičja Gripa**
Epidemiologija
Upozorenja i akcijski plan
Otkrivanje virusa i klinički pregled
Prevenција i liječenje
- 11:45 *Vrijeme za pitanja i odgovore*
- 12:00 *Zatvaranje kongresa*

*: francuski predavači, još nisu potvrđena imena

ALWAYS KEEP AN EYE OPEN ON www.ifda.fr

ZNANSTVENI PROGRAM

Sretan rođendan zagrebačkoj Katedri

nastavak stripa

Prof.dr.sc. Želimir Jakšić

3

Vladimir Grahovac
Prvi magistar u jednoj struci, prva disertacija, prvi izbor za profesora

Antun Budak
Prvi predstojnik katedre, prvi organizator pisanja udžbenika

EGPRW
Europska radionica za istraživanje u OM: Grahovac > M Katic

1

1980 Osnivanje Katedre 27.-29. 3. 1980.

Podpis ugovora dekanu Medicinskog fakulteta M. Šekića i ravnatelja domova zdravlja D. Drozdešeka, A. Šušterca i A. Epšeka.

Svečana sjednica s uglednim gostima

J. Horder

M. Šućur, A. Budak, V. Grahovac, M. Szatmari, Ž. Jakšić

4

INTEGRIRANA MEDICINA
Dio prvih nastavnika

Unutarnje bolesti
Duševno zdravlje
Zaštita majki i djece
Fizijatrija i dio kirurške grupe
Javno zdravstvo i Opća medicina

Pogodite tko je tko
Slijedili su mnogi drugi

2

Već od 1964. prve grupe liječnika opće medicine sudjeluju u dodiplomskoj nastavi.
U vrijeme otvaranja Katedre 40-60 specijalista opće medicine iz Zagreba i 10-15 izvan Zagreba sudjeluju u nastavi s oko 8500 sati nastave svake godine.

U vrijeme otvaranja katedre preko 600 liječnika je završilo postdiplomsku nastavu, oko 50 je prijavilo magistarske radove, 27 steklo naziv magistra, 15 ima naziv primarijusa, 6 je s doktoratom nauka, 4 člana Akademije Zbora liječnika

5

Međunarodne veze

Training of Teachers in General Medical Practice
The General Practitioner and Health
Co-sponsored by the World Health Organisation
24 - 28 April, 1989

"The format is non-directive, and for some participants, completely life changing." P. Owens, UK, 2001.

Kolaborativni centri za primarnu zaštitu SZO definiraju stav prema općoj / obiteljskoj medicini u Europi

6

RAZLIKE I SLIČNOSTI

U svaku uvjetuju način rada, a kultura stil

I u Europi postoje različiti stilovi rada, ali kompetencije se ujednačuju

Dr J Awonor-Williams, Ghana, ima u skrbi 197 000 stanovnika

Dr CW McClaskey, SAD, s dijelom onih 700 koje je porodilo

Svaki od nas je "Pet u jednom", a što je (i kada) najvažnije?

KOMPETENCIE OPĆIH PRAKTIČARA: "PET U JEDNOM"

1. Svećenik
2. Znanstvenik
3. Inženjer
4. Umjetnik
5. Obrtnik

HIPOKRAT

9

V. Loida

V. Lemaić

PRAXIS MEDICI

Važno je naci i pratiti literaturu!

Još je važnije odabrati važne i valjane članke!

A najvažnije PISATI, KAD VEĆ IMAMO VLASTITI ČASOPIS!

Medicina Familiaris Croatia

Vlastiti časopisi i urednici

M. Vrca-Botica H. Tiljak R. Šimunović

7

Sadržaj rada i kvaliteta

H. Tiljak > D. Petrić > Z. Ozvačić

K = Z E M P

Kompetentnost = znanje empatija moral /u praksi

POVJERENJE

RAZUMIJEVANJE

CJELOVIT PRISTUP

EMPATIJA

STRUČNOST

DOSTUPNOST

OBJEKTIVNE MOGUĆNOSTI

MORAL I SAVJESNOST

Ja radim kvalitetno, moji su pacijenti zadovoljni. Što će mi sva ta teorija?

Kako znaš? Je li zadovoljstvo isto što i kvaliteta?

Što smo mi zapravo? U čemu smo bolji od drugih?

RADNE OKOLNOSTI ("UVJETI")	SPECIFIČNI POSLOVI ("PRAKSA")
Pojedinac, obitelji, susjedi	ZDRAVLJE
Multipli problemi	"MALE BOLESTI"
Dom, kućno liječenje	TRAJNA SKRIB
Koordinacija tima	S-P-S SINDROM
Lokalna zajednica	PASTORALNA SKRIB
"Vratar" zdravstvenog sustava	ADM. MEDICINA

10

Pazi! Web Katedre obnovljen je 2003!!!

Tko je pročelnik(-ica) Katedre, koji su nastavnici, mentori, stručni suradnici, tko znanstveni novaci, a koji su imenovani voditelji praktične nastave...?

Mentori specijalizanata su oni o kojima ovisi budućnost

Brojni suradnici i stvaraoci: oni koji su nas već napustili, oni u punoj snazi i oni koji tek dolaze..

Mislite i na mene!

8

ORGANIZACIJA KOJA UČI

LEARNING ORGANISATION

Je li naša Katedra takva "organizacija koja uči?"

Vidi, vidi, samo 10% praktičara ima stalnu "organizaciju koja uči?"

Tiho, nesvjesno, subjektivno znanje (iskustvo) > socijalizirati > povezati

Eksplicitno, kognitivno, objektivno znanje > konkretizirati >

1. Osigurani izvori podataka: literatura, internet
2. Organizirani redoviti sastanci
3. Učenje u grupi zajedničkih interesa
4. Otvorena razmišljanja i kritike

REFLEKSIJA ZAKLJUČAK PRIMJENA

DOPUNE OPIS ISKUSTVO REFLEKSIJA

REFRENO-VANJE

11

KATEDRA OBITELJSKE MEDICINE 2007

Evo nas, da se upoznamo!

Doc. H. Tiljak

Z. Ozvačić

V. Cerovečki-Nekić

M. Božurić referentica

G. Petriček

Izv. prof. S. Blažeković-Milaković

D. Soldo znan. novak

Mr. Đ. Lazić tajnica

Izv. prof. B. Bergman-Marković

Prof. M. Katić pročelnica

Doc. M. Vrelčić zam. pročelnice

Nasl. izv. prof. B. Mlačak

... i 28 naslovnih predavača

Izvešće Varaždinske podružnice HUOM-a

Tijekom 2007. godine Podružnica je održala 10 stručnih sastanka.

Teme naših sastanaka bile su brojne a na nekoliko sastanka predavači su bili kolege iz drugih djelatnosti koji podržavaju naš način rada.

Kolega Giljević Zlatko, KBC Rebro, u suradnji s Hrvatskim društvom za osteoporozu održao je predavanje o novostima u liječenju osteoporoze.

Kolege iz OB Varaždin – urolozi Z. Filipan i D. Štajcar, te internist- kardiolog europski D. Tršinski, endokrinolog D. Dvorščak, gastroenterolog M. Makitan također su se aktivno uključili u naše sastanke, s ciljem poboljšanja suradnje, bolje komunikacije i edukacije.

T. Gregurek –Novak, iz Kliničke bolnice Sestre Milosrdnice, te dermatolog S. Petek-Modrić održale su predavanje o dermatomikozama u svakodnevnom radu te novostima u liječenju kandidoza.

Nezaobilazne su i svakodnevne teme pa tako i tema o načinu zbrinjavanja infektivnog otpada – NN50/2000,23/2007,72/2007, potrebi vođenja očevidnika o otpadu - ONTO 1x mjesečno te prijamnom listu

proizvođača infektivnog otpada obrazac PL-PPO koji se predaje 1x godišnje do 31.03.2008. na Državni ured za očuvanje okoliša -Kratka 1, Varaždin za Varaždinsku županiju.

Dogovor za baždarenje tlakomjera organizirala je naša kolegica Ž. Perčinlić spec. obiteljske medicine. Ove godine baždarenje je za naše podružnicu obavljeno u ordinaciji B. Škvorc spec. obiteljske med. u Varaždinu.

Kolegica dr. B. Fijačko spec. obiteljske med. izradila je mail adresar podružnice radi lakše komunikacije i prosljeđivanja informacija.

Podjela kartica HLK koja je ujedno i kartica Splitske banke te se kao takva može i koristiti ako se aktivira, članovi su podigli u 12 mjesecu 2007. godine na sastanku Zbora podružnice.

Tijekom 2007 godine podružnica je bogatija za novih 12 specijalista obiteljske medicine: Lj. Knez, I. - Češljaš Keretić, I. Kudelić, B. Fijačko, S. Toplak-Hranić, Z.Huđek-Leskovar, K. Hehet, V. Lozančić, G.Župančić, Z.Marović i M.Granić Vitasović.

Sekcija za potpornu skrb, hematološku onkologiju, radioterapijsku onkologiju i internističku onkologiju Hrvatskog onkološkog društva HLZ

Onkološko - hematološka sekcija Hrvatske udruge medicinskih sestara

priređuju

prvi hrvatski simpozij s međunarodnim sudjelovanjem

POTPORNO LIJEČENJE ONKOLOŠKIH BOLESNIKA

Hotel NEPTUN-ISTRA, Brijuni, HRVATSKA
9.-12.10. 2008.

Organizacijski odbor

Predsjednik: Mirko Šamija,

Tajnici: Renata Dobrila-Dintinjana, Antonio Juretić, Mladen Solarić

Članovi: Ante Bolanča, Mira Fingler, Mislav Grgić, Milena Kabalin, Milica Katić, Željko Krznarić, Dubravka Ledina, Ivan Milas, Marica Miščančuk, Damir Nemet, Marija Petković, Ivo Radman, Miro Samaržija, Katarina Šakić, Alan Šustić

Znanstveni odbor

Zdravko Ebling, Herman Haller, Vlado Jukić, Milan Kujundžić, Boris Labar, Slavko Orešković, Marijana Persoli-Gudelj, Marija Strnad, Davor Štimac, Eduard Vrdojak, Marko Turić

Teme

**Emeza
Anemija
Infekcije**

**Kaheksija - anoreksija
Bol
Slobodne teme**

Službeni jezici: Hrvatski i engleski (bez simultananog prevođenja)

Tehnički organizator:

PENTA d.o.o., A. Hebranga 20, 10000 Zagreb, Hrvatska, tel: 01/ 45 53 290, fax: 01/ 45 53 284, www.penta-zagreb.hr
Ana Jurašić / Frano Falkoni, e-mail: a.jurasic@penta-zagreb.hr, penta@penta-zagreb.hr

Program

Četvrtak, 9. 10. 2008.

15:00-20:00	Registracija sudionika	17:30-18:00	SATELITSKI SIMPOZIJ
17:00-18:00	SATELITSKI SIMPOZIJ	18:00-18:30	Stanka
18:00-19:00	SATELITSKI SIMPOZIJ	18:30-19:30	Slobodne teme
19:30-20:00	Svečano otvorenje		Voditelj: Mladen Solarić
20:00	Koktel dobrodošlice	19:30-20:30	SATELITSKI SIMPOZIJ

Petak, 10. 10. 2008.

08:30-10:00	Emeza uzrokovana citostaticima i zračenjem Voditeljica: Renata Dobrila-Dintinjana
10:00-10:30	SATELITSKI SIMPOZIJ
10:30-11:00	Stanka
11:00-12:30	Anemija u onkoloških bolesnika Voditelj: Antonio Juretić
12:30-13:00	SATELITSKI SIMPOZIJ
13:00-15:30	Stanka za ručak
15:30-16:30	SATELITSKI SIMPOZIJ
16:30-17:30	Infekcije u onkoloških bolesnika Voditelj: Damir Nemet

Subota, 11. 10. 2008.

09:00-10:30	Bol u onkoloških bolesnika Voditeljica: Katarina Šakić
10:30-11:00	Stanka
11:00-12:00	SATELITSKI SIMPOZIJ
12:00-15:00	Stanka za ručak
15:00-16:30	Kaheksija – anoreksija u onkoloških bolesnika Voditelj: Željko Krznarić
16:30-17:30	SATELITSKI SIMPOZIJ
17:30-18:00	Stanka
18:00-19:00	Prikaz postera
19:00-19:30	Zaključci i završna riječ
20:30	Svečana večera

Pozivamo liječnike i medicinske sestre da prijave postere na navedene teme i ukratko usmeno prikažu rezultate postignute u kliničkom i istraživačkom radu.

Rok za primitak sažetaka: 15. 6. 2008.

KOTIZACIJE po osobi

KOTIZACIJE po osobi	do 31.03.2008.	01.04.2008.-01.09.2008.	od 01.09.2008.
U KN	1.500	1.850	2.220
U EUR	200	250	300

Kotizacija uključuje: torbu s materijalima i knjigom sažetaka, bedž za sudjelovanje na svečanom otvorenju, radnom dijelu Simpozija, satelitskim simpozijima i stručnoj izložbi, potvrdu o sudjelovanju te koktel dobrodošlice, okrjepu tijekom stanki i svečanu večeru.

UPUTE AUTORIMA

Medicina familiaris Croatica (Med fam Croat) je glasilo Hrvatske udružbe obiteljske medicine. Objavljuje stručne i znanstvene radove, preglede, prikaze bolesnika, znanstvena i stručna priopćenja, edukativne prikaze, prikaze knjiga, rasprave iz područja obiteljske medicine. Uvjet je da radovi nisu već objavljeni u drugim časopisima i knjigama. Radovi se objavljuju na hrvatskom i engleskom jeziku.

Oprema radova

Rad i svi prilozi šalju se e-mailom. Rad mora biti pisan u jeziku «times new roman», veličina fonta 12 tako da na jednoj stranici bude najviše 28 redaka. Sa svake strane valja ostaviti rub širok 2,5 cm. Pregledni i izvorni radovi sa svim prilozima (tablice, grafikoni, slike- crno bijeli u excelu) mogu imati najviše 15 stranica a prikazi bolesnika do 8 stranica.

Rad treba sadržavati:

- Naslov rada (kratak i jasan) na hrvatskom i engleskom jeziku na posebnom listu sa imenima autora, njihovim akademskim titulama i ustanovama ili ordinacijama u kojima rade. Ispod toga treba navesti adresu jednog autora koja će biti objavljena u članku kao kontakt adresa. Istu adresu koristit će uredništvo za kontakt s autorima.
- Sažetak na hrvatskom i engleskom jeziku na posebnom listu. Sažetak sadrži sve bitne činjenice iznesene u radu, cilj rada i kratko metode, glavne rezultate i osnovne zaključke. Može sadržavati 15-17 redaka.
- Ključne riječi (2-5) na hrvatskom i engleskom jeziku iz kojih se članak može identificirati.
- Uvod, kratak i jasan, s prikazom biti problema i svrhe istraživanja.
- Primijenjene metode treba prikazati kratko i jasno, razumljivo da ih drugi autori mogu ponoviti. Lijekovi se navode generičkim imenima. Treba opisati primijenjene statističke metode.
- Rezultate treba jasno prikazati. Značajnost rezultata treba statistički obraditi. Treba se služiti SI jedinicama.
- Rasprava treba protumačiti rezultate i usporediti ih s postojećim spoznajama na tom području. Iz rasprave treba izvući kratke i jasne zaključke.

Tablice treba priložiti svaku na posebnoj stranici s naslovom na hrvatskom i engleskom jeziku, a u tekstu označiti gdje dolazi tablica. Tekstualni dio tablica mora biti dvojezičan.

Slike treba priložiti svaku na posebnoj stranici s naslovom na hrvatskom i engleskom jeziku. Objavljivat će se crno-bijele slike i grafikoni. Na pozadini treba označiti broj slike prema navodu u tekstu i označiti gore-dolje. Bolesnicima na slikama valja oči prekriti crnom vrpcom da se ne mogu identificirati.

Literatura se navodi prema Vancouverskom stilu, na zasebnoj stranici na kraju članka i numerira prema redoslijedu citata u tekstu (prvi citat označava se brojem 1). Citat u tekstu označava se brojem koji ga povezuje s popisom literature. Za standardne kratice časopisa treba konzultirati Indeks Medicus ili PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>)

Kad ima šest ili manje autora, navode se svi. Kada ih je sedam ili više navodi se prvih šest i doda et al. Kod citiranja članaka iz časopisa treba uz autore, naslov i časopis navesti godinu objavljivanja, broj sveska te početnu i završnu stranicu rada. Kod citiranja knjige navode se autori ili urednici knjige, naslov, izdanje (ako nije prvo), mjesto nakladnika, nakladnik, godina izdanja te stranica ukoliko se navodi određena stranica ili poglavlje.

Nepublicirana zapažanja ne smiju se uvrštavati u popis literature. Citiranje sažetaka treba izbjegavati. Kod članaka koji još nisu objavljeni, ali su prihvaćeni za tisak, dodaje se u zagradama «u tisku».

Autor je dužan svaki citirani rad verificirati prema originalu.

Primjeri citiranja literature:

- a) članak iz časopisa
Zelić-Havić I, Tiljak H. Specifičnosti korištenja zdravstvene zaštite u pridruženoj ambulanti opće medicine. *Liječ Vjesn* 2000;122:56-60.
 - b) knjiga
Balint M. *The doctor, his patient and the illness* (Millenium reprint of 2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000, str 215-29.
 - c) poglavlja iz knjiga (kad ima vlastitog autora)
Vrcić-Keglević M. Komunikacija između liječnika opće/obiteljske medicine i bolesnika. U: Budak A i sur. *Obiteljska medicina*. Zagreb: Gandalf; 2000, str. 77-89.
 - d) članak u elektroničkom obliku
Ivičević Uhernik A, Džakula A, Vončina L. Zdravstvena politika EU – prikaz izvora informacija dostupnih na Internetu. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo / časopis na internetu/ 2007 /citiran 17.10.2007./;3(12):oko 3 str./*. Dostupan na: <http://www.hcjz.hr/pr.php?id=13537>
Prema International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. *New Engl J Med* 1997; 336:309-15. Detaljne upute: Teuber M. Citiranje literature – Vancouverski stil. *Med Fam Croat* 1999;7:41-4.
- Primjeri: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References. Dostupno na: http://nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
Prispjele radove Uređivački odbor šalje na dvije anonimne recenzije. Ako recenzent predloži izmjene, rad se vraća autoru s kopijom recenzije, bez imena recenzentata. Autor donosi odluku o ispravci teksta i vraćanju rada.

