

Zagreb, 2011  
Med Fam Croat  
Vol 19  
No 2  
1-64

# Medicina Familiaris Croatica



UDK 61:36.058  
ISSN 1330-1527

ČASOPIS HRVATSKE UDRUŽBE OBITELJSKE MEDICINE

## UVODNIK

Specijalizacija iz obiteljske medicine

## IZVORNI RADOVI

Zdravstveni problemi pacijenata koji se javljaju tijekom vikenda u jedinicu hitne pomoći Makarska

Broj i vrsta dijagnostičko-terapijskih postupaka u ordinacijama opće medicine u Splitu

Pušenje štetna navika koju nosimo od kuće ili stječemo pod utjecajem društva

## OSVRTI

Postati član EGPRN Zašto je važno i kako to učiniti?

Specijalizacija iz obiteljske medicine

## NAJAVA

XIX. kongres obiteljske medicine



**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

**GRAFIČKI UREDNIK –  
GRAPHICAL EDITOR**

Alma Šimunec-Jović

**UMJETNIČKI SAVJETNIK –  
ART CONSULTANT**

Hrvoje Vuković

**FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI**

Vlado Bjelajac

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 –HUOMA-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**

Specijalizacija iz obiteljske medicine ..... 2

**IZVORNI RADOVI**

Zdravstveni problemi pacijenata koji se javljaju tijekom  
vikenda u jedinicu hitne pomoći Makarska  
*Ante Visković, Davorka Vrdoljak, Milica Katić* ..... 4

Broj i vrsta dijagnostičko-terapijskih postupaka u  
ordinacijama opće medicine u Splitu  
*Silvija Maslov-Kružičević, Davorka Vrdoljak, Milica Katić* ..... 13

Pušenje – štetna navika koju nosimo od kuće ili  
stječemo pod utjecajem društva  
*Sanda Mrkić, Josip Buljan* ..... 23

**RAZGOVOR O STRUCI**

Specijalizacija iz obiteljske medicine  
*Milica Katić, Rajka Šimunović* ..... 33

**OSVRTI**

Postati član EGPRN – Zašto je važno i kako to učiniti?  
Pripremila *Đurđica Kašuba Lazić* ..... 37

Specijalizacija iz obiteljske medicine  
Pripremio *Hrvoje Tiljak* ..... 43

Apres studija u Republici Hrvatskoj  
Pripremio *Dragan Soldo* ..... 52

**PROVJERIMO SVOJE ZNANJE**

Pripremila *Suzana Kumbrija* ..... 53

**IZVJEŠĆA I NAJAVA**

XVIII. kongres obiteljske medicine ..... 55

Izvješće sa sastanka UEMO-a ..... 57

17. kongres WONCE Europe ..... 58

Zaključci XI. kongresa Hrvatskog društva  
obiteljskih doktora ..... 58

Izvješće sa sastanka Europskog udruženja za kvalitetu  
u općoj / obiteljskoj medicini (EQuIP)..... 61

Liječnici obiteljske medicine u posjeti tvornici  
PharmaS u Popovači ..... 62

XIX. kongres obiteljske medicine Dubrovnik ..... 63

**UPUTE AUTORIMA** ..... 64

## Specijalizacija iz obiteljske medicine – kako to gorko zvuči

Ne tako davne 2003. godine u Zagrebu je održan 10. kongres obiteljske medicine, najveći do tada sa 1000 sudionika u organizaciji Hrvatske udružbe obiteljske medicine. Istovremeno se dovršavao proces usklađivanja specijalizacija s europskim standardima koje je rezultirao „Projektom usklađivanja djelatnosti opće medicine s Europskim standardima“. Novo Povjerenstvo Ministarstva zdravstva za opću/obiteljsku medicinu operativno je počelo rješavati kriterije kontrole kvalitete, što je rezultiralo „Sporazumom o unaprjeđenju djelatnosti opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece“. Inicijativa za razvijanje kriterija poštenog ocjenjivanja kvalitete rada rezultirala je dokumentom „Model financiranja djelatnosti opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece u 2004. godini“. Dogovoren je i sastav Povjerenstva za PZZ Hrvatske liječničke komore kako bi postavili pravilo da o važnim pitanjima ne odlučuje pojedinac, već struka. Na zajedničkom sastanku u Cavtatu došlo je do usuglašavanja struke, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Ministarstva zdravstva, Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, viših i srednjih medicinskih sestara, kolega iz inozemstva i stručnjaka Svjetske banke. Do kraja godine potpisani su navedeni sporazumi i pokrenuti projekti u suglasju (uz potpise) Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Ministarstva zdravstva, stručnih udruženja liječnika obiteljske medicine (Hrvatske udružbe obiteljske medicine i Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora) te Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakultete Sveučilišta u Zagrebu. Tako je pisano u uvodniku ovog časopisa iz 2003. godine (1)

Osam godina kasnije, svjedoci smo cjelogodišnje rasprava po istim temama, žestoke razmjene mišljenja po pitanjima specijalističkog obrazovanja, kvalitete rada i financiranja djelatnosti obiteljske medicine. Kao da se ništa nije dogodilo gotovo cijelo

desetljeće. Je li moguće da se ništa u međuvremenu nije dogodilo? Jesu li moguće da se, poput pačje škole, nismo makli dalje od početka?

Podaci govore drugačije. Projektom specijalizacije dobili smo preko 500 novih specijalista obiteljske medicine. U praksi je zaživjela i specijalizacija obiteljske medicine po natječaju izjednačenom se drugim specijalnostima. Tu mogućnost otvorio je hrabrom inicijativom Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije. Formirana je Agencija za akreditaciju i kvalitetu u zdravstvu kao nezavisno tijelo za procjenu kvalitete rada u zdravstvu. Dobili smo više od trećine delegata iz redova obiteljske medicine u skupštini Hrvatske liječničke komore i prvog dopredsjednika Komore iz redova liječnika obiteljske medicine. Rezultata očito ima, ali što onda ne valja?

Vanjski razlog – drugi su krivi!?

Istina, blistava 2003. godina završila je promjenom vlasti, odnosno promjenom vlade demokratski izabrane i formirane. Obećavajući projekti u 2004. godini srušili su se kao kula od karata sa izuzetkom projekata specijalizacije. I ne zato što su to bili loši projekti, nego samo zato što su bili projekti „prošle“ vlade. Struka je oslonac tražila u državnim tijelima očekujući da na taj način projekti imaju siguran kontinuitet, garantiranu budućnost. Pokazalo se da su ta očekivanja pretjerana i da državne institucije ne mogu igrati ulogu čuvara kontinuiteta.

Ipak možda unutarnji razlog – krivica unutar struke!?

Davne 1995. godine Senat Hrvatske akademije medicinskih znanosti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ organizirali su stručni skup pod naslovom „Znanstvene osnove opće/obiteljske medicine“. Jedan od referata, opisan na stranicama ovog časopisa, govorio je o strukovnom organiziranju –

---

stvaranju profesije. Iznesena su mišljenja, zapažanja i iskustva koja govore ustroju djelatnosti obiteljske medicine. Uspješni ustroj obiteljske medicine ne temelji se na strogoj hijerarhiji kakvu poznaje bolničko zdravstvo. Uspješnost stručnog organiziranja temelji se na strogoj podjeli poslova unutar profesije. Tako Katedra za obiteljsku medicinu radi na izradi programa edukacije i provedbi edukacije. Djelovanje profesije kroz stručna društva usmjereno je na osiguranje kvalitete rada, a djelovanje profesije unutar Komore usmjereno je na pitanja zdravstvene politike, financiranje zdravstva i ugovora sa zdravstvenim osiguranjem. Delegiranjem pojedinih zadataka na adekvatna tijela, djelovanjem „svatko na svom planu i stalnim usuglašavanjem, postiže se stalnost napretka struke. Bitan je odabir pojedinaca i grupa koji su motivirani i osposobljeni za rad na pojedinim zadacima (npr. mislioci i sistematičari u edukatore, taktičari i govornici u politiku). (2)

Taj dio podjele posla u 2011. godini nije dobro odrađen. Tu struka, profesija može bolje. Ne treba se umarati radeći svi na svemu i tražeći partnere za rješavanje pojedinih pitanja izvan struke. Konačno, lekcija iz 2003. godine ukazuje da se treba osloniti na vlastite snage, da treba stalno surađivati između sebe i da treba uporno inzistirati na kvalitetnim rješenjima kreiranim unutar struke.

Temelji su tu, postoje brojni prijedlozi rješenja i postoji veliki broj zainteresiranih za sudjelovanje u profesionalnom životu. Skladan i sustavni rad mogao bi profesiji donijeti iznenađujući dobre rezultate.

1. Petric D. Izvještaj o radu HUOM-a u 2003, najuspješnijoj godini do sada. *Medicina Familiaris Croatica* 2003; 11:5-6.
2. Petric D, Tiljak H. Strukovno organizirane/stvaranje profesije. *Medicina Familiaris Croatica* 1995; 3:39-42.

# ZDRAVSTVENI PROBLEMI PACIJENATA KOJI SE JAVLJAJU TIJEKOM VIKENDA U JEDINICU HITNE POMOĆI MAKARSKA

## *HEALTH PROBLEMS OF PATIENTS SEARCHING FOR EMERGENCY ASSISTANCE IN MAKARSKA OVER WEEKENDS*

**Ante Visković, Davorka Vrdoljak, Milica Katić**

### **Sažetak**

**Pozadina.** Hitna medicinska pomoć (HMP) definirana je kao medicinska disciplina koja se bavi zbrinjavanjem hitnih i teških akutnih stanja s ciljem neprekidnog hitnog medicinskog zbrinjavanja osoba kod kojih bi u kratkom vremenu moglo doći do životne ugroženosti.

**Cilj.** Cilj istraživanja bio je analizirati djelokrug posla i opravdanost dolaska pacijenata u Hitnoj medicinskoj pomoći (HMP) Makarska tijekom vikenda u 2010. godini.

**Metode.** Istraživanje je rađeno na uzorku od 1058 pacijenata koji su posjetili HMP Makarska tijekom vikenda u 2010 godini. Za istraživanje je nasumično odabran po jedan vikend u svakom mjesecu tijekom 2010. godine.

**Rezultati.** Dolazak pacijenata analiziran je po stupnju hitnosti. Od ukupnog broja pacijenata njih 1,32% bilo je prvog stupnja hitnosti, 25,8% drugog, a najviše, 72,87% trećeg stupnja hitnosti. Među prvih petnaest dijagnoza kao razlog korištenja HMP samo je jedna (arterijska hipertenzija na devetom mjestu) potencijalno vitalno ugrožavajuća. Nije nađena statistički značajna razlika korištenja HMP prema spolu ni stupnju hitnosti.

**Zaključak.** Hitna medicinska pomoć najviše je opterećena bolestima, stanjima i ozljedama koje spadaju u treći stupanj hitnosti i u velikom opsegu rada tijekom vikenda odgovara djelokrugu redovitog rada nehitne ambulante obiteljske medicine.

**Ključne riječi:** hitna medicinska pomoć, opravdanost dolaska pacijenata, stupanj hitnosti.

---

Ante Visković, Dom zdravlja Splitsko dalmatinske županije / *Health Centre of the Split Dalmatia County*

Davorka Vrdoljak, Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu / *Department of Family Medicine, Medical School, University of Split*

Milica Katić, Katedra za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu / *Department of Family Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Medical School, University of Zagreb*

Adresa za dopisivanje: Ante Visković, Dračevice 27, 21325 Tučepi, tel 021/ 623 371;  
e-mail: ante.viskovic@gmail.com

## Summary

**Background:** Emergency Medical Service (EMS) is defined as a medical discipline providing aid and treatment for urgent and acute conditions with the aim of continuous emergency medical care for patients whose condition could lead to life threat in a short period of time.

**Aim:** The aim of the study was to analyze the scope of work and the reasons for patients' arrivals to the Emergency Medical Service (EMS) in Makarska during the weekends in 2010.

**Methods:** Research was conducted on the sample of 1058 patients who visited EMS Makarska during the weekends in 2010 year.

One weekend in each month of the year 2010 was randomly selected for the study.

**Results:** Attendance of the patients was analyzed according to the degree of urgency. Of the total number of patients 1.32% belonged to the group of the first priority, 25.8% to the second and most of the patients, 72.87% belonged to the third group of urgency. Among the first fifteen diagnoses which were the reasons to use EMS, only one (arterial hypertension which took ninth place) is potentially vital threatening. There was no statistically significant difference in the use of EMS by gender or degree of urgency.

**Conclusion:** Emergency medical care was mostly burdened by diseases, conditions and injuries that belong to the third degree of urgency. Therefore its work over the weekend was very similar to the scope of regular work of non-urgent outpatient family practice.

**Key words:** emergency medical assistance, reasons for patients' arrival, degree of urgency.

## Uvod

Hitna medicinska pomoć (HMP) definirana je kao medicinska disciplina koja se bavi zbrinjavanjem hitnih i teških akutnih stanja uz pomoć specifičnih postupaka.

Po definiciji Pravilnika o uvjetima, organizaciji i načinu rada izvanbolničke hitne medicinske pomoći, ista je organizirana s ciljem neprekidnog hitnog medicinskog zbrinjavanja osoba kojima je zbog bolesti, stradanja ili ozljede neposredno ugrožen život, pojedini organ ili dijelovi tijela, odnosno kod kojih bi u kratkom vremenu moglo doći do životne ugroženosti, a u svrhu maksimalnog skraćivanja vremena od nastanka hitnog stanja do početka postupka liječenja(1).

Definicija hitne medicine iz 1994. godine govori o tome kako ona ostaje osiguravatelj hitne skrbi prvog kontakta za sve bolesnike bez obzira na godine, vrijeme, prezentaciju i sposobnost plaćanja. O važnosti dobre i koordinirane HMP govore podaci po kojima u Europi kardiovaskularne bolesti uzrokuju 40% svih smrti prije 75 godine života.<sup>2</sup> Pritom trećina svih ljudi kod kojih se razvije akutni infarkt miokarda umire prije dolaska u bolnicu, a većina ih umre u prvom satu od nastanka simptoma. Kod većine se razvije ventrilska fibrilacija ili ventrikulska tahikardija bez pulsa, čije je jedino djelotvorno liječenje -defibrilacija, a svaka minuta odgode smanjuje uspješnost ishoda za 7-10%. Izuzetno važan slijed u lancu intervencija koje treba poduzeti u izvanbolničkim uvjetima jest redom: rano prepoznavanje i pozivanje pomoći, rana kardiopulmonalna reanimacija(KPR), rana defibrilacija te postreanimacijska skrb (2).

Kako je HMP organizirana u svijetu? Govoreći o najrazvijenijim zemljama, primjerice u Japanu postoji dosta razvijen sustav organizacije hitne medicinske pomoći. Ona je organizirana po principu tri člana tima educiranih za pružanje različitih stupnjeva zaštite ovisno o stanju ugroženosti pacijenta: bazični stupanj, sekundarni i najviši, tercijarni. Osoblje je obučeno po principima osnovnog i

naprednog održanja života. Tako se u terminologiji taj slijed postupaka naziva osnovno održanje života (Basic Life Support - BLS) te napredno održavanje života (Advanced Life Support - ALS). U toj zemlji postoji i razvijen sustav prehospitalnog monitoriranja pacijenta (Emergency Medical Video Multiplexing Transport -EMTS) kojim se u stvarnom vremenu prenose svi relevantni podaci o pacijentu iz ambulantijskih kola u centar u bolnici (3). U Novom Zelandu s obzirom na veliku površinu zemlje uz rijetku naseljenost, ruralna područja izrazito ovise o znanju i vještinama liječnika obiteljske medicine čiji je rad u lokalnoj zajednici prepoznat i ocijenjen kao vrlo važan u zbrinjavanju hitnih stanja (4,5). Ukupno 57 zemalja svijeta ima i organiziranu specijalističku edukaciju iz hitne medicine.

U SAD postoji organiziran sustav hitne pomoći u obliku medicinskih hitnih tehničara (Emergency Medical Technicians, EMT), koji ovisno o razini obučivosti zbrinjavaju većinu pacijenata na terenu, u ambulanti kao i na putu do bolnice. EMT mogu biti dispečeri, vozači-tehničari ili paramediksi (s najvišim stupnjem edukacije vještina u hitnoj medicini). U SAD-u u hitnu službu pripadaju i liječnici, posebno specijalizirani za pomoć životno ugroženim pacijentima. Američko udruženje hitnih liječnika American College of Emergency Physicians (ACEP) daje jasne upute s algoritmom kako se valja ponašati, što se očekuje od osobe koja zove na telefonski broj 911, na koja pitanja treba odgovoriti i kako dalje postupiti. Dosta se radi na edukaciji u smislu prekida konverzacije s dispečerom (kada to dispečer kaže) kao i napuštanja mjesta nesreće (kada dođe pomoć) (6). Nisu sve zemlje u isto vrijeme prepoznale važnost hitne medicine kao zasebne specijalnosti. Među prvima je bila Mađarska (1979.) i Velika Britanija (1980.), zatim Rumunjska, Češka, Njemačka i Bugarska u devedesetim godinama prošlog stoljeća. U 2008. ovaj trend slijede Italija i Španjolska. Među europskim zemljama postoji i znatna razlika u tipu sanitetskog vozila u smislu njegove opremljenosti. Postoje vozila za bazični transport,

nehitnih pacijenata (Ambulance tipa A), vozila opremljena za monitoriranje i bazično pružanje zaštite (Ambulance tipa B) te ona opremljena poput mobilne jedinice intenzivnog liječenja (Ambulance tipa C). U Švedskoj i Irskoj tip C je gotovo jedini zastupljeni oblik sanitetskog vozila, dok Austrija, Češka i Grčka imaju sva tri tipa s predominantnim tipom B. U zemljama Europske unije prepoznata je i važnost intersektorskog pristupa i opskrbljenosti opremom u slučaju hitnosti i kod nemedicinskih službi: vatrogasaca, policije i udruga volontera (boca s kisikom, Schantzov ovratnik, automatski vanjski defibrilator, aspirator). Specijalizaciju i edukaciju u trajanju od 5 godina kao i vještine pružanja bazičnog i naprednog održavanja života zahtijeva većina zemalja Europske unije kako od liječnika tako i drugog medicinskog osoblja koje se želi baviti ovom granom medicine. Cilj kojem vanbolnička hitna medicinska pomoć teži jest razdoblje od osam minuta po europskim standardima od trenutka poziva do djelovanja (7,8). U Republici Hrvatskoj je upravo u tijeku reorganizacija službe i djelatnosti HMP, a trenutno perzistiraju 4 različita tipa organizacije hitne medicinske službe: Ustanova za HMP (Zagreb, Osijek, Split i Rijeka) koje obuhvaćaju 40% stanovnika zemlje, timovi HMP pri domovima zdravlja te dežurstva i pripravnosti u obliku 83 jedinice pri domovima zdravlja koje skrbe o 60% stanovnika RH. Raznolikost organizacije trebala bi pacijentima omogućiti ujednačeniju, bržu i kvalitetniju hitnu pomoć u svim dijelovima zemlje, a zdravstvenim djelatnicima bolje uvjete rada, mogućnosti usavršavanja te manju mogućnost pogreške. U veljači 2011. god. osnovan je Hrvatski zavod za hitnu medicinu s grananjem na županijske zavode, a preduvjet za reformu hitne službe je stvaranje mreže HMP i osnivanje Centara obiteljske medicine (COM) s ciljem jačanja funkcije domova zdravlja. Naime, Centri za obiteljsku medicinu su osnovani kako bi kućne posjete koje nisu hitne i preglede stanovništva izvan radnog vremena ordinacija obiteljske medicine obavljali liječnici obiteljske medicine na 103 predviđena punkta u RH. Reformu hitne službe u Republici Hrvatskoj

bi trebalo slijediti i osnivanje objedinjenih hitnih bolničkih prijema, specijalističko usavršavanje medicinskih sestara i tehničara koji bi samostalno izlazili na teren. Specijalizacija bi trajala 5 godina. Cilj koji se također postavlja jest skraćanje vremena dolaska na mjesto poziva na 10 minuta u urbanim sredinama, odnosno 20 minuta u ruralnim. Sve vodi ka postizanju tzv. "zlatnog sata", kao vremena unutar kojega bi ugroženi pacijent dospio do objedinjenog hitnog bolničkog prijema, a čime bi se povećala šansa za preživljavanje u 30-50% po suvremenoj doktrini hitne medicine. Prepoznata je i važnost prijavno-dojavnih jedinica u svakom županijskom zavodu u kojima bi radili obučeni dispečeri i disponenti po smjericama i postulatima europskih zemalja s razvijenom HMP. No uočljiv je i nesrazmjer između broja timova i punktova s obzirom na broj stanovnika i površinu, između Zagreba na jednoj strani i Rijeke ili Splita: Rijeka ima šest puta manje punktova i 7 puta manje timova, a Split 4 puta manje punktova i isto toliko timova od Zagreba, nesrazmjerno površini i broju stanovnika. Govoreći o helikopterskom transportu kao dijelu rada HMP, učinkovitost tog tipa prijevoza opterećuje kompliciran i dug lanac pokretanja, nedostatan broj helikoptera kao i njihova neprilagođenost medicinskom zbrinjavanju životno ugroženih pacijenata. Tako za naše područje helikopterski prijevoz često predstavlja nedostižni luksuz koji bi trebao izbalansirati nejednakost u dostupnosti zdravstvene zaštite najizoliranijim i najmanje pristupačnim djelovima županije koju garantiraju Ustav i zakoni (9).

### **Kratki prikaz organizacije i funkcioniranja hitne pomoći u Jedinici hitne medicinske pomoći Makarska Splitsko-dalmatinske županije**

Splitsko-dalmatinska županija obuhvaća 4.524 km sa 463.676 stanovnika. Sjedište je grad Split s 250.594 stanovnika. Makarska rivijera je mikroregija u Splitsko-dalmatinskoj županiji i proteže se na području 53 km od Brela na sjeveru do Gradca na jugu. Primorje čine općine Brela, Baška

Voda, Tučepi i Podgora, a središte je grad Makarska. Prema Popisu stanovništva iz 2001. godine primorje je brojalo 26.673 stanovnika s prosjekom oko 45.000 turista tijekom ljeta. U Makarskoj postoji 9 timova obiteljske medicine te još po jedan u Baškoj Vodi i Zaostrugu, svi u statusu zakupaca. Služba HMP locirana je u zgradi Doma zdravlja, a u službi radi 5 liječnika opće medicine u smjenama po 12 sati koje čine jedan liječnik, 1-2 medicinske sestre/tehničara i 2 vozača. Tijekom ljeta, zbog velikog broja turista organizirana je i dodatna turistička ambulanta s pojačanjem od jednog liječnika, koja radi po 12 sati tijekom dana, 7 dana u tjednu od polovice lipnja do početka rujna. Noćni rad u dva mjeseca ljetne sezone organiziran je i kroz pripravnost, budući da je samo jedan tim u smjeni, kako u slučaju izlaska na teren i eventualne potrebe medicinske pratnje do KBC Split, hitna pomoć ne bi ostala "nepokrivena". Nažalost to nije primjer u ostalih 10 mjeseci u godini, kada je funkcioniranje hitne službe, i danju i noću, uglavnom ovisno o dobrovoljnom dolasku djelatnika po pozivu od kuće, kao i povremenom „uskakanju“ liječnika zakupaca iz Doma zdravlja tijekom njihovog redovitog radnog vremena. Pacijenti se u slučaju hitnosti prevoze u KBC Split koji je od Makarske udaljen oko 70 kilometara. Telefonske pozive prima medicinska sestra ili liječnik, no hitni je telefon svakodnevno neopravdano opterećen pozivima i zahtjevima za davanjem raznih informacija o radnom vremenu liječnika i dežurnih ljekarni. Dežurstvo za sve pacijente tijekom vikenda obavljaju ambulate Doma zdravlja subotom do 13 sati nakon čega se većina pacijenata za svoje zdravstvene potrebe obraća na HMP. Nedjeljom ne postoji dežurstvo.

Prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije, Regionalnog ureda za Europu sva stanja i bolesti podijeljena su u tri stupnja hitnosti. U prvi stupanj hitnosti spadaju sva stanja koja izravno ugrožavaju život bolesnika i zahtijevaju neodložnu liječničku pomoć (besvjesno stanje, šok, edem pluća različite geneze, akutni infarkt miokarda, plućna embolija, cerebrovaskularni inzult, astmatski i epi-



leptički status, politrauma, porod te sva stanja koja zahtijevaju postupke reanimacije). U drugi stupanj hitnosti idu sva stanja koja neposredno ne ugrožavaju život bolesnika, ali trebaju biti dijagnostičko/terapijski zbrinuta u kraćem vremenu. Takva stanja mogu prijeći u prvi stupanj hitnosti ako se pravovremeno i pravovaljano ne intervenira (stenokardija, srčana dekompenzacija, cerebrovaskularna kriza, astmatski i epileptički napad, akutni abdomen, razna bolna stanja, tjelesna temperatura iznad 39 C, akutna otrovanja i teži psihički poremećaji). U treći stupanj hitnosti spadaju sva stanja koja ne ugrožavaju život, niti bi ga mogli ugroziti, ako se ne intervenira. To su „manje ozbiljna stanja i povrede“ poput: akutne respiratorne virusne bolesti, blažih febrilnih i bolnih stanja, manji neurotski poremećaji, manjih rana i opekline.

## Cilj istraživanja

Osnovni cilj istraživanja bio je analizirati djelokrug posla Hitne medicinske pomoći tijekom vikenda kao i opravdanost dolaska pacijenata prema hitnosti u službu Hitne medicinske pomoći tijekom vikenda.

## Metode i ispitanici

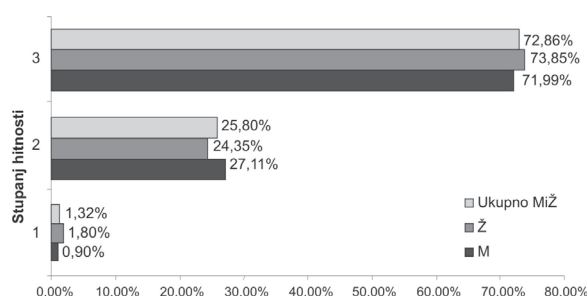
Za istraživanje je nasumično odabran po jedan vikend u svakom mjesecu u 2010. godini. Podaci su retrospektivno uzeti iz knjige protokola ambulante Hitne medicinske pomoći Makarska, knjige intervencija i kućnih posjeta kao i knjige vožnji jedinice. Zabilježeni su sociodemografski podaci: dob, spol, kućna adresa, oblik zdravstvenog osiguranja, datum posjete, dijagnoza bolesti prema MKB-10, postupak liječenja (primarna obrada rane po Friedrichu, cijepljenje, pisanje recepta, parenteralna terapija (intravenska, intramuskularna, subkutana i infuzijska), inhalacije, kateterizacije, prevoj i toaleta rane ili upućivanje (specijalističko-konzilijarna služba, dijagnostički postupak za radiološku pretragu ili laboratorij). U obradi podataka korišteni su opis i analiza distribucije.

## Rezultati

U razdoblju od 1.1.2010. do 31.12.2010. u protokolu HMP Makarska tijekom vikenda zabilježeno je 1058 posjeta, od toga je 52,6 % muškaraca, a 47,3% žena. Zabilježene posjete razvrstane su prema stupnju hitnosti i prikazane na tablici 1.

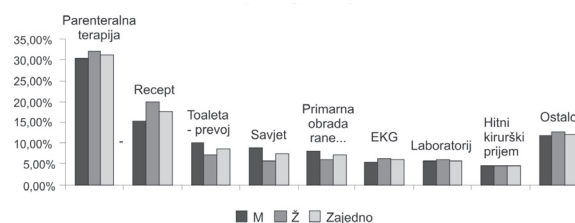
Slika 1. Razdioba posjeta bolesnika u HMP Makarska prema stupnjemima hitnosti prema spolu (N muškaraca = 557; N žena = 501)

Figure 1. Distribution of patients' visits to EMC Makarska according to degree of urgency and gender (male N = 557, N women = 501)



Slika 2. Prikaz postupaka liječenja prema spolu

Figure 2. Treatment procedures according to gender



Iz slike 2. se vidi kako je najčešći postupak liječenja u HMP parenteralna terapija (31,25%), zatim pisanje recepta (17,43%), toaleta i prevoj rane (8,55%), te savjet 7,32%.

Relativno visoko učešće je postupaka primarne obrade rane (7,07%), snimanja EKG-a (5,84%) te inhalacije ljekovitog aerosola (2,8%) i cijepljenja (1,73%). Udio reanimacija u ukupnim postupcima liječenja je 0,08%.

Ishod posjeta bolesnika u službi hitne medicinske pomoći može biti definitivno zbrinjavanje bez dodatne dijagnostike i konzilijarnih pregleda,

upućivanje na konzilijarne preglede i dijagnostiku, upućivanje na bolnički odjel ili u nekim slučajevima ishod može biti i smrt bolesnika.

Tablica 1. Prikaz petnaest najčešćih dijagnoza zbog kojih pacijenti posjećuju hitnu službu

Table 1. Most common diagnoses for which patients visit EHC

Šifra dijagnoze po MKB-10 <i>Diagnosis according to ICD-10</i>	Udio (%) <i>Share (%)</i>
Bol u leđima-nespecificirana-M54 <i>Penniculitis affection regions of neck and beck-nonspecific – M54</i>	6,24
Vrućica nepoznata porijekla-R50 <i>Fever of other and unknown origin –R50</i>	4,25
Akutna upala tonzila-J03 <i>Acute tonsillitis-J03</i>	4,16
Otvorena rana ručnog zgloba i šake -S61 / <i>Open wound of wrist and hand-S61</i>	4,16
Upala vanjskog uha-H60 <i>Abscess of external ear-H60</i>	3,21
Dijareja i gastroenteritis-A09 <i>Diarrhoea and gastroenteritis-A09</i>	3,12
Otvorena rana glave-S01 <i>Open wound of head-S01</i>	3,12
Akutni nazofaringitis-J00 <i>Acute nasopharyngitis-J00</i>	3,02
Esencijalna hipertenzija-I10 <i>Essential hypertension-I10</i>	2,65
Cistitis-N30 <i>Acute tubulo-interstitial nephritis-N30</i>	2,36
Bol u trbuhu i zdjelici-R10 <i>Abdominal and pelvic pain-R10</i>	2,17
Kontaktni dermatitis-L23 <i>Allergic contact dermatitis-L23</i>	1,80
Akutni bronhitis-J20 <i>Acute bronchitis-J20</i>	1,70
Konjunktivitis-H10 <i>Cojunctivitis-H10</i>	1,61
Ostale mišićne bolesti-M63 / <i>Disorders of muscle in diseases classified elsewhere-M63</i>	1,61

Iz rezultata se vidi da je najčešća dijagnoza zbog

koje pacijenti posjećuju HMP M54 prema MKB-10,-bol u leđima (6,24%), slijedi R50-vrućica nepoznatog porijekla (4,25%), zatim J03-akutna upala tonzila (4,16%). Vidi se i visoko učešće ozljeda šake i prstiju (S61), te otvorena ozljeda ručnog zgloba i šake (4,16%).

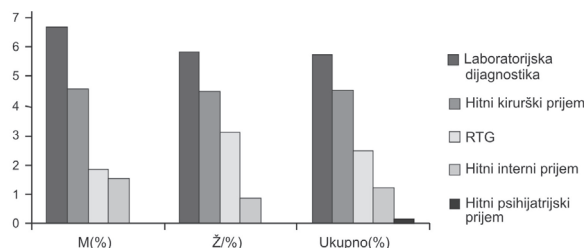
Tablica 2. Prikaz deset najčešćih grupa dijagnoza zbog kojih pacijenti posjećuju HMP

Table 2. Ten most common groups of diagnoses for which patients visited EHC

Šifra dijagnoze prema MKB-10 / <i>Diagnosis according to ICD-10</i>	Udio(%) <i>Share (%)</i>
Ozljede-S00-S99 / <i>Injuries-S00-S99</i>	16,30
Simptomi,znakovi i abn. nalazi-R00-R99 / <i>Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings-R00-R99</i>	12,59
Bolesti dišnog sustava-J00-J99 / <i>Diseases of the respiratory system-J00-J99</i>	8,89
Ozljede,opekline,strana tijela, trovanja- T00-T99 / <i>Injurries, poisoning and certain other consequences of external causes-T00-T99</i>	7,41
Bolesti krvnožilnog sustava-I00-I99 / <i>Diseases of the circulatory system-I00-I99</i>	6,67
Bolesti probavnog sustava-K00-K99 / <i>Diseases of the digestive system-K00-K99</i>	6,67
Bolesti lokomotornog sustava-M00-M99 / <i>Diseases of the musculoskeletal system-M00-M99</i>	6,67
Bolesti kože i adneksa-L00-L99 / <i>Diseases of the skin and subcutaneous tissue-L00-L99</i>	5,19
Psihički poremećaji-F00-F99 / <i>Mental and behavioural disorders-F00-F99</i>	4,44
Bolesti genito-urinarnog sustava-N00-N99 / <i>Disease of genitourinary system-N00-N99</i>	3,70

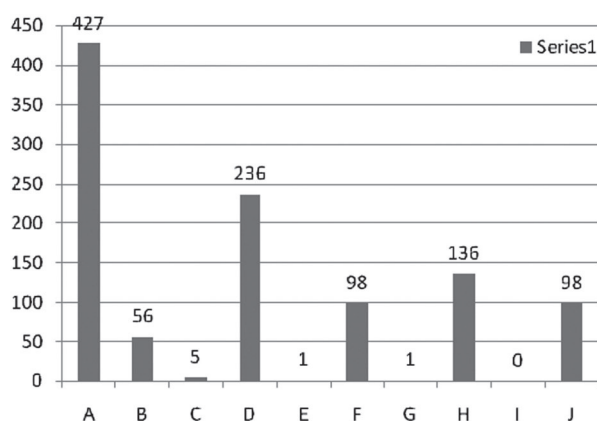
Slika 3. Raspodjela pacijenata po spolu i slanju na specijalističko-konzilijarne preglede i dijagnostiku

Figure 3. Distribution of patients by gender and their referring to specialist examinations and diagnostics



Slika 4. Prikaz broja pacijenata prema kategoriji osiguranja

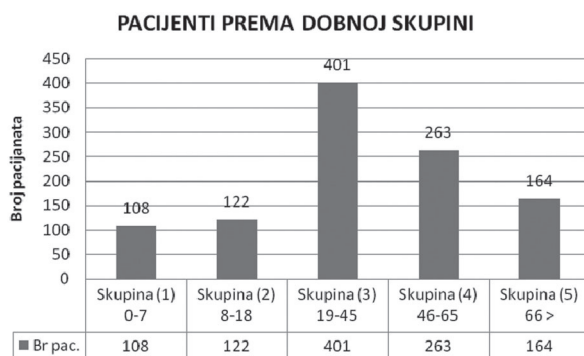
Figure 4. Patients by category of insurance



Najveći broj bolesnika u hitnoj medicinskoj pomoći su prema osnovama osiguranja radno aktivnici (oznaka A), a potom umirovljenici (oznaka D).

Slika 5. Prikaz ispitanika prema dobnim skupinama

Figure 5. Patients according to age groups



U službi hitne pomoći Makarska najveći broj bolesnika bio je u dobnim skupinama od 19-45, te 46-64. godine.

## Rasprava

U ispitivanom vremenskom razdoblju u službi HMP-a tijekom promatranih vikenda pregledano je 1058 pacijenata što iznosi oko 4% stanovnika makarske rivijere koja broji ukupno 26673 stanovnika. Od ukupnog broja pregledanih u <70% slučajeva se radilo o dijagnozama trećeg stupnja hitnosti, sukladno pretpostavci istraživanja da je u najvećem broju slučajeva tijekom vikenda služba HMP Makarska neopravdano korištena od strane pacijenata. Naime treći stupanj hitnosti su po definiciji stanja koja ne ugrožavaju život, niti bi ga mogli ugroziti ako intervencija izostane. Najveći udio slučajeva odnosi se na ozljede (kategorija S prema MKB-10), zatim na grupu „simptomi, znakovi i abnormalni nalazi“ (kategorija R; MKB-10), potom bolesti respiratornog sustava, manje ozljede i efekti stranog tijela koje je ušlo u prirodni otvor i/ili oko (T, MKB -10). Na petom mjestu su bolesti cirkulacijskog sustava (I, MKB-10), potom bolesti probavnog, koštano-mišićnog i bolesti kože i kožnih adneksa. Velika učestalost ozljeda u ukupnom broju posjeta ukazuje da je važan dio posla HMP zbrinjavanje ozljeda i rana uzrokovanih radovima u slobodno vrijeme, kao i ozljedama radnog stanovništva, umirovljenika te stranih osiguranika u ljetnim mjesecima. Simptomi i znakovi na drugom su mjestu kao razlog dolaska u HMP, najčešće povećana tjelesna temperatura, bol u trbuhu i zdjelici te bol u prsištu. U skupinu “neodređenih i nespecifičnih simptoma” spadaju još dosta učestala i sinkopa i kolaps te vrtoglavica. Na četvrtom mjestu po učestalosti je skupina T (po MKB-10), a najčešća dijagnoza pritom je bila strano tijelo u oku. Začuđuje što su tek na petom mjestu kao razlog posjete HMP-a bolesti cirkulacijskog sustava. One bi trebale biti zastupljenije na rang ljestvici posjeta budući da predstavljaju najučestaliji uzrok

smrti u Europi i svijetu. Povećanu incidenciju bolesti probavnog sustava tijekom vikenda moglo bi se pripisati navikama preobilne konzumacije alkohola i masne hrane tijekom vikenda, a najzastupljeniji među njima je gastritis i duodenitis. U bolestima lokomotornog sustava najzastupljenija je bol u leđima (M54, MKB-10). Češće je zastupljena kod muškaraca, a vodeći je okidač tog tipa bolova naglo podizanje tereta i nagla promjena položaja tijela. U muškog spola je na drugom mjestu vrućica nepoznata porijekla koja spada u opće simptome i znakove. Dakle, pacijenti nepotrebno dolaze u HMP u prodromalnoj fazi upalne bolesti kada se još ne može definirati niti lokalizirati mjesto upale, a budući da je najviše njih liječeno parenteralnom terapijom (intramuskularnom injekcijom) to ukazuje na lošu opću zdravstvenu kulturu i zdravstveni odgoj o ponašanju u febrilnom stanju. U udjelu posjeta HMP-a značajan je broj pacijenata s upalom tonzila i ždrijela, što nije kazuistika iz djelokruga rada hitne službe. Značajan udio otvorenih rana šake i prstiju (S61) podjednako u oba spola govori o visokoj učestalosti ozljeda i rada tijekom vikenda. Zanimljiv je i visok postotak pacijenata koji se javljaju u HMP zbog parenteralne terapije ordinirane od svojih obiteljskih liječnika. Vodeća skupina 2. stupnja hitnosti su ozljede, zatim stenokardija koja također spada u skupinu bolesti koje trebaju zbrinjavanje u najkraćem vremenu kako ne bi postale 1. stupanj hitnosti. Vodeća grupa bolesti 3. stupnja hitnosti jesu bolesti mišićno-koštanog sustava, zatim respiratorne, abnormalni klinički znakovi, alimentarne toksoinfekcije te bolesti cirkulacijskog i urogenitalnog sustava. Analizom dobivenih rezultata korištenja HMP tijekom vikenda po spolu, vidljiva je gotovo podjednaka zastupljenost oba spola, uz tek blagi pomak u smjeru muškaraca, što odgovara literaturnim podacima. Muškarci su zastupljeniji s dijagnozama otvorenih ozljeda glave i lica, a žene s dijagnozom arterijske hipertenzije, bolesti urogenitalnog sustava, bolestima ramenog obruča i ugrizima/ubodima neotrovnih kukaca. Uvidom u postupke liječenja prednjači davanje parenteralne terapije, pisanje recepta te toaleta i

prevoj rane, zatim davanje savjeta. Primarna obrada rane i EKG pri dnu su ljestivice usluga u HMP dok je reanimacija kao postupak liječenja zastupljena u 0,08% slučajeva tijekom vikenda.

Kod upućivanja, najčešća su ona na laboratorijske pretrage i specijalističko-konzilijarne preglede te liječenje u hitnu kiruršku službu KBC Split. Bolesnici oba spola su podjednako često upućivani kirurgu, ali žene češće internisti i psihijatru. Interesantno je i ove podatke usporediti sa podacima Zdravstveno-statističkog ljetopisa iz 2009. godine Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo prema kojima se pacijenti razlikuju prema dobnim skupinama pa su stariji pacijenti zastupljeniji u ambulanti obiteljskog liječnika, a razlozi posjeta pacijenata kod obiteljskog liječnika gotovo i ne razlikuju od onih u HMP. Nedvojbeno je i to kako obiteljski liječnik zna što se kasnije desilo s pacijentom što kolege iz HMP najčešće nisu u mogućnosti saznati. Za istaknuti je važnost kontinuiteta skrbi obiteljskog liječnika, njegovu upućenost u zdravstvenu problematiku pacijenata kao i kvalitetu zaštite koji im pruža obiteljski liječnik. (9).

## Zaključak

Rezultati ovog istraživanja potvrdili su hipotezu o tome da je hitna medicinska pomoć najviše opterećena bolestima, stanjima i ozljedama koje spadaju u 3. stupanj hitnosti i u velikom opsegu rada tijekom vikenda dosta nalikuju opsegu i djelokrugu rada ambulante obiteljske medicine. Rezultati ovog istraživanja govore u prilog neopravdanog korištenja usluga HMP tijekom vikenda i tradicijskom obrascu korištenja HMP kao ambulante s 24 satnim dežurstvom. Stoga je reforma HMP i uvođenje Centara obiteljske medicine vjerojatno opravdano: oni su nužni tijekom vikenda zbog pacijenata koji se nemaju gdje obratiti i potražiti pomoć.

## Literatura

1. Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu rada izvanbolničke hitne medicinske pomoći na temelju članka 78. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. NN 2003;(121)
2. Napredno održavanje života. Priručnik za ALS tečajeve. 5. izd. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za reanimatologiju; 2006. Str.1-4
3. Nagatuma H. Development of an emergency medical video multiplexing transport system. Aiming at the nation wide prehospital care on ambulance. J M Syst 2003;27:133-40.
4. St George IM, Cullen MJ. The Healthline pilot: call centre triage in New Zealand. N Z Med J 2001;114:429-30.
5. Hore T, Coster G, Bills J. Is the PRIME (Primary Response in Medical Emergencies) scheme acceptable to rural general practitioners in New Zealand? N Z Med J 2003;116:U420.
6. American College of Emergency Physicians. Meet the lifesavers: an introduction of emergency medical services . Dostupno na : <https://apps.acep.org/patients.aspx?id=26020> (10.10. 2011)
7. Emergency medical services systems in the European Union. Report of an assesment project co-ordinated by the World Health Organization. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2008. Str. 5.1-3,3.6. Dostupno na: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/114406/E92038.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf) (20.04.2011.)
8. Mreža i pregled provedbe projekta Reforme Hitne medicinske pomoći Dostupno na: [http://www.mzss.hr/layout/set/print/novosti/novosti\\_iz\\_zdravstva/mreza\\_i\\_pregled\\_provedbe\\_projekta\\_reforme\\_hitne\\_medicinske\\_pomoci](http://www.mzss.hr/layout/set/print/novosti/novosti_iz_zdravstva/mreza_i_pregled_provedbe_projekta_reforme_hitne_medicinske_pomoci) (10.10.2011.)
9. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2009. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2010. Dostupno na: [http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs\\_ljetopis/index.htm](http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/index.htm), (05.06.2011.)

# BROJ I VRSTA DIJAGNOSTIČKO – TERAPIJSKIH POSTUPAKA U ORDINACIJAMA OBITELJSKE MEDICINE U SPLITU

## NUMBER AND TYPE OF PERFORMANCE – PAYED PAYMENT IN FAMILY MEDICINE UNITS IN THE CITY OF SPLIT

Silvija Maslov Kružičević, Davorka Vrdoljak, Milica Katić

### Sažetak

Cilj istraživanja je utvrditi broj i vrstu DTP postupaka tijekom mjeseca ožujka u 11 ordinacija opće/obiteljske medicine u gradu Splitu te postojanje značajnosti razlika broja i vrste DTP postupaka koje iskazuju pojedine ordinacije u gradu Splitu.

Analizirano je DTP mjesečno izvješće koje se šalje u HZZO iz 11 ordinacija obiteljske medicine u gradu Splitu, te napravljeno retrospektivno pilot istraživanje.

U njemu su iskazani DTP od PZZ01 do PZZ41. U analizi podataka korištene su metode deskriptivne statistike te  $\chi^2$  test, razlika na razini  $P < 0,05$  smatrana je statistički značajnom.

U 11 ordinacija obiteljske medicine u Splitu tijekom ožujka 2011. godine napravljeno je ukupno 1158 DTP-a. U prosjeku svaka ordinacija je napravila 105,3 DTP-a.

Tri najčešća DTP-a koji se bilježe u svim promatranim ordinacijama su otoskopiranje i ispiranje cerumena (PZZ03), previjanje (PZZ14)

i davanje intramuskularne i subkutane injekcije (PZZ29). Broj obavljenih DTP PZZ03, PZZ14 i PZZ29 se statistički značajno razlikuju među svim ordinacijama ( $\chi^2 = 15,13$   $P < 0,0001$ ) Ordinacije u zakupu značajno manje iskazuju PZZ03, u odnosu na one koje su u domu zdravlja, dok se za PZZ14 i PZZ29 ne pokazuje ta razlika. U bilježenju PZZ14 se pokazuje značajna razlika između najvećeg i najmanjeg broja postupaka po pojedinoj ordinaciji. U iskazivanju PZZ29 takva razlika se ne nalazi.

Na temelju našeg istraživanja, zaključujemo da je bilježenje DTP-a u 11 ordinacija obiteljske medicine u Splitu prilično neujednačeno, razlike među ordinacijama u samom broju DTP-a i vrsti postupaka su statistički značajne. Potrebno je bilježenje DTP-a podignuti na višu razinu, ne samo iz finansijskih razloga, već i kao pokazatelj dobre kliničke prakse u obiteljskoj medicini.

**Ključne riječi:** obiteljska medicina, dijagnostičko-terapijski postupak, financiranje

---

Silvija Maslov Kružičević, dr. med. Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije / *Community Health Centre of Split-Dalmatia County, Croatia*

Davorka Vrdoljak, dr. med. Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu / *School of Medicine, University of Split, Croatia*

Prof. dr. sc. Milica Katić, dr. med. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu / *School of Medicine*

## Summary

The aim of the study was to determine the number and type of Performance-based payment (PBP) of procedures during one month (March 2011) in 11 general/family practices in the city of Split and existence of significant differences among them.

PBP monthly report sent to the Croatian Institute for Health Insurance from 11 family practice units in the city of Split was analyzed, and retrospective pilot study was made.

This report showed PBP from PHC01 to PHC41. Descriptive statistics, and  $\chi^2$  test was used for data analysis. The difference on the level of  $P < 0.05$  was considered statistically significant.

A total of 1158 PBP were performed in 11 family practice units in Split in March 2011. Each practice performed 105.3 PBP on average.

Three most common PBP recorded in all offices were otoscopy and cerumen irrigation procedure (PHC03), bandaging (PHC14) and intramuscular and subcutaneous injections (PHC29). The number of performed PBP in PHC03, PHC14 and PHC29 were significantly different among all the units ( $\chi^2 = 15.13$   $P < 0.0001$ ). Units under lease PHC03 reported significantly less PBPs compared to those in health centres, while in PHC14 and PHC29 this difference is not present. There was no significant difference between maximum and minimum number of procedures per individual unit in the records of PHC14. Such differences were not found in the records of PHC29.

Based on our research, our conclusion is that the recording of PBP in 11 family practice units in Split was quite inconsistent and the differences among the units in the number of PBP and the types of procedures were statistically significant. It is necessary to increase the recording of PBP to a higher level, not only for financial reasons, but also as an indicator of good clinical practice in family medicine.

**Key words:** family medicine, performance-based payment, financing

## Uvod

Vlade svih zemalja pa tako i Republike Hrvatske (RH) suočavaju se s problemom kako zadovoljiti rastuće zdravstvene potrebe stanovništva s ograničenim sredstvima za zdravstvenu zaštitu. Proteklih nekoliko desetljeća vlade i zdravstveni sustavi u mnogim dijelovima svijeta poduzimaju različite mjere u pronalaženju privremenih rješenja ovog problema. (1) U RH glavnina financiranja zdravstvenog sustava, pa tako i primarne zdravstvene zaštite, vrši se putem ugovora s osiguravajućom kućom, Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). (2) Doprinosi za osnovno zdravstveno osiguranje uplaćuju poslodavci svih zaposlenih na račun Državne riznice i na taj su način dio državnog proračuna, kojim upravlja Ministarstvo financija. (3) Način plaćanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ), za djelatnost opće/obiteljske medicine od strane HZZO-a reguliran je Odlukom Upravnog vijeća HZZO-a, za čije je donošenje Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi dalo suglasnost. (4) Liječnici opće/obiteljske medicine (LOM) temeljem ugovora sklopljenim sa HZZO-om ostvaruju godišnji iznos sredstava po timu. Ta se financijska sredstva sastoje iz više segmenata: fiksni iznos prema broju opredijeljenih osiguranih osoba i dobnoj stratifikaciji ("glavarina"), iznos prema računima ispostavljenim za obavljene dijagnostičko-terapijske postupke (DTP), iznos za aktivnosti ugovorene s domom zdravlja, naknade za administrativne poslove, naknade za Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske (CEZIH). PZZ bila je prvi dio zdravstvenog sustava u kojem su izvršene temeljne organizacijske i financijske promjene pa je uveden sustav zakupa, a liječnici su postali pojedinačni ugovaratelji (kontraktori) s HZZO. Te su promjene trebale pridonijeti racionalizaciji, smanjenju troškova te olakšati kontrolu provođenja ugovornih obveza liječnika prema HZZO. (5) Ugovorni liječnici obiteljske medicine koji rade u domovima zdravlja su plaćeni fiksnim iznosom koji je određen u skladu s koeficijentom iz Kolektivnog ugovora, te im plaća za razliku od ovih prvih ne ovisi o glavarini

koju za njih dobiva dom zdravlja u kojem rade. Glavarina predstavlja temeljni dio prihoda liječnika u obiteljskoj medicini i ona se izračunava prema broju opredijeljenih osiguranika i dobnoj stratifikaciji, te je u skladu s tim i utvrđeno plaćanje svakom pojedinom timu LOM. HZZO ugovornim timovima obiteljske medicine izvršava godišnje plaćanje, po tzv. "standardnom timu" (1700 osiguranika na listi) (Tablica 1).

Iznos računa za DTP postupke utvrđuje se u iznosu do 10% glavarine, a praćenje izvršenja istih HZZO obavlja svakog mjeseca a usklađivanje izvršenja u odnosu na maksimalni iznos novčanih sredstava utvrđen u skladu s visinom glavarine provodi se tromjesečno. LOM može pružiti ukupno 33 različita DTP postupka, a popis tih postupaka utvrđuje HZZO. (3) DTP postupci se bilježe i prikazuju u obliku računa pod šiframa PZZ01-PZZ41. Račun za DTP postupke predstavlja izvor financiranja ordinacije opće/obiteljske medicine, ali ne samo to, on je ujedno prikaz spektra svakodnevnog rada u općoj/obiteljskoj medicini.

Cilj istraživanja je utvrditi:

- broj i vrstu DTP postupaka tijekom mjeseca ožujka u 11 ordinacija opće/obiteljske medicine u gradu Splitu
- postojanje značajnosti razlika broja i vrste DTP postupaka koje iskazuju pojedine ordinacije u gradu Splitu

Pretpostavka je da među ordinacijama opće/obiteljske medicine na području grada Splita nema razlike po broju ni vrsti DTP postupaka.

## Materijali i metode

Analizirano je DTP mjesečno izvješće koje se šalje u HZZO iz 11 ordinacija obiteljske medicine u gradu Splitu, te napravljeno retrospektivno pilot istraživanje. Od tog broja 8 ordinacija je u sastavu Doma zdravlja, a 3 ordinacije su u zakupu. Izvješće je napravljeno u licenciranim računalnim softverima i prikupljeno za mjesec ožujak 2011. godine. U njemu su iskazani DTP od PZZ01 do PZZ41 (Tablica

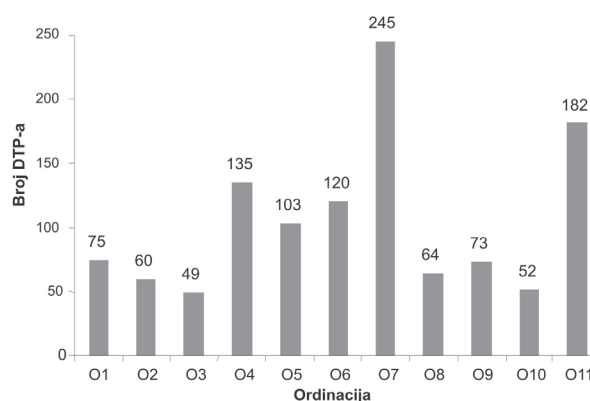
2), te ukupna zbirna novčana vrijednost za iste. U analizi podataka korištene su metode deskriptivne statistike te  $\chi^2$  test, razlika na razini  $P < 0,05$  smatrana je statistički značajnom.

## Rezultati

U 11 ordinacija obiteljske medicine u Splitu tijekom ožujka 2011. godine napravljeno je ukupno 1158 DTP-a. U prosjeku svaka ordinacija je napravila 105,3 DTP-a. (Slika 1)

Slika 1. Prikaz broja DTP po svakoj od 11 ordinacija obiteljske medicine- ordinacije oznake 01-08 su ordinacije Doma zdravlja, a 09-011 su u zakupu.

Figure 1. View the number of PBP at each of 11 family practice-practice units were 01-08 Community health centre, and 09-011 in the lease.



DTP označeni šiframa od PZZ01 do PZZ37, su prikazani po pojedinoj ordinaciji obiteljske medicine. (Tablica 3)

Tri najčešća DTP-a odnosno oni koji se bilježe u svim promatranim ordinacijama su otoskopiranje i ispiranje cerumena (PZZ03), previjanje (PZZ14) i davanje intramuskularne i subkutane injekcije (PZZ29).

Broj obavljenih DTP-a PZZ03, PZZ14 i PZZ29 se statistički značajno razlikuju među svim ordinacijama  $\chi^2 = 15,13$   $P < 0,0001$ .

Ordinacije u zakupu značajno manje iskazuju

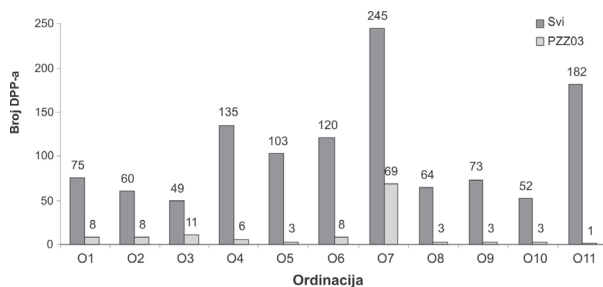


PZZ03, u odnosu na one koje su u domu zdravlja, dok se za PZZ14 i PZZ29 ne pokazuje ta razlika. U bilježenju PZZ14 se pokazuje značajna razlika između najvećeg i najmanjeg broja postupaka po pojedinoj ordinaciji. U iskazivanju PZZ29 takva razlika se ne nalazi.

U ordinaciji 07 u 25 radnih dana (uključene su 2 subote) zabilježena su 2.8 otoskopiranja i ispiranja cerumena dnevno. (Slika 2)

Slika 2. Prikaz odnosa ukupnog broja DTP-a i PZZ03 (otoskopija, ispiranje cerumena) u svakoj pojedinoj ordinaciji

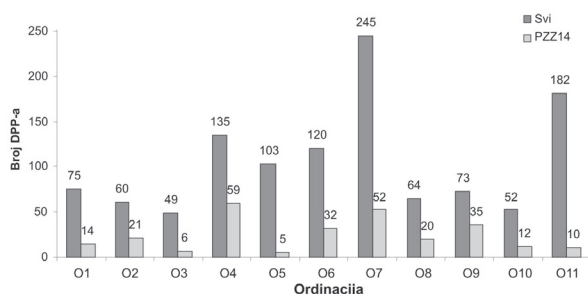
Figure 2. Showing the relationship of the total number of PBP and PZZ03 (otoscopy, cerumen irrigation) in each unit



U ordinaciji 09 koja je u zakupu gotovo polovica (48 %) iskazanih DTP-a odnosi se na PZZ14 (previjanje). (Slika 3)

Slika 3. Prikaz odnosa ukupnog broja DTP-a i PZZ14 (previjanje) u svakoj pojedinoj ordinaciji

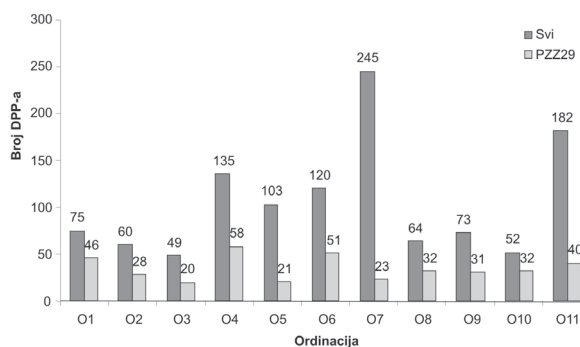
Figure 3. Showing the relationship of the total number of PBP and PZZ14 (bandaging) in each unit



Od svih DTP-a, PZZ29 (davanje intramuskularnih i subkutanih injekcija) iskazuje najmanje oscilacije u bilježenju. (Slika 4)

Slika 4. Prikaz odnosa ukupnog broja DTP-a i PZZ29 (injekcija) u svakoj pojedinoj ordinaciji

Figure 4. Showing the relationship of the total number of PBP and PZZ29 (injection) in each unit



## Rasprava

Plaćanje po DTP-u je jedan od nekoliko načina plaćanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kako u obiteljskoj medicini, tako i u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite žena i djece. Takav način plaćanja predstavila je Radna skupina za reformu primarne zdravstvene zaštite Ministarstva zdravstva RH koja je djelovala u razdoblju od 2000. do 2003. U suradnji s predstavnicima organizacija i stručnih društava djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, izradila je prijedlog modela financiranja službe obiteljske medicine. (6) Temeljna pretpostavka radne skupine je bila da nije poželjno niti je moguće preuzimanje modela neke druge zemlje jer zdravstveni sustav mora odražavati socijalne i ekonomske uvjete države u kojoj djeluje. (7) Tijekom konferencije Zdravstveno osiguranje u tranziciji- Biotehnologija i javno zdravstvo koja je održana u Cavtatu u listopadu 2003. godine prijedlog je usuglašen i prihvaćen od sudionika radnog sastanka: Plaćanje prema izvršenom – Kako poboljšati primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj. (6) Prijedlog je prihvatilo Upravno vijeće HZZO i ponudilo plaćanje prema izvršenom, zapravo plaćanje prema DTP-u. U Velikoj Britaniji koja je država s najrazvijenijom primarnom zdravstvenom zaštitom taj model plaćanje prema usluzi (Payment for performance) je prošao kroz mnoge izmjene, a u istraživanju iz 2006. na liječnicima obiteljske medicine, pokazana su poboljšanja u or-

ganizaciji rada i bilježenju medicinskih postupaka u takvom sustavu plaćanja.(8) Campbell i suradnici su u svom istraživanju putem semistrukturiranog intervjua na 21 liječniku obiteljske medicine iz svih krajeva Engleske pokušali utvrditi dolazi li do promjene u radu temeljem poticaja izravnim plaćanjem te usluge. Rezultati su pokazali da su liječnici zaista motiviraniji u radu i bilježenju tih usluga.(9) Iskazivanjem računa po DTP-u prema HZZO mogu se naplatiti postupci prikazani u Tablici 2 navedenoj u metodologiji. Navedena lista plaćenih postupaka je u početku sadržavala tek nekoliko postupaka, da bi se vremenom nadopunjavala i došla do današnjeg sadržaja. HZZO je pravilnikom predvidio sustav bilježenja i plaćanja dodatnih usluga.(10) Međutim, financijski iznosi koje je HZZO plaćao za dodatne usluge, sadašnji DTP, su bili premaleni. Nisu pokrivali niti materijalne troškove, te uz mali spektar od svega 8 usluga, nije bilo čudno da su liječnici u svom radu odbijali izvršavanje istih, a pacijente za svaku sitnicu upućivali su u bolnicu. Takav način stimuliranja vršenja medicinskih zahvata u općoj/obiteljskoj medicini ukazivao je na nepromišljenost osiguravatelja koji nije shvatio potrebu širenja spektra zdravstvenih usluga koje pruža LOM, u svrhu stvaranja kvalitetnijeg i ekonomičnijeg sustava zdravstva.(11) Usluge koje su se tada dodatno plaćale bile su; EKG, kateterizacija mokraćnog mjehura, otoskopiju i ispiranje cerumena, zaustavljanje krvarenja iz nosa, opskrbu površinskih rana s previjanjem, inciziju gnojnih procesa kože, površinsku anesteziju, te odstranjivanje šavova. Katić i suradnici su 2007. godine u svom radu predlagali proširenje spektra usluga koje bi se izvodile i plaćale dodatno (izvan glavarine), a to su neki oblici fizikalne terapije primjerice transkutana elektro stimulacija-TENS, inhalacijska terapija pomoću električnog inhalatora, postupci male kirurgije kao što su ekscizija tumora kože, elektrokoagulacija, krioterapija, ultrazvuk, površinska psihoterapija.(12). LOM zapravo sami određuju koje će postupke raditi, odnosno to ovisi i o opremljenosti njihove ordinacije. Isto tako taj način plaćanja usluga u obiteljskoj

medicini može biti poticaj za ulaganje u opremu (primjerice EKG kojeg mnoge ordinacije još nemaju). U istraživanjima u Hrvatskoj, Hindle i suradnici su zaključili da je plaćanje po učinjenom, kao dodatak osnovnom plaćanju u skladu s trendovima u državama s najrazvijenijim sustavima primarne zdravstvene zaštite. Isto tako da taj način plaćanja bi morao biti inkorporiran u dugotrajnu strategiju plaćanja u obiteljskoj medicini.(13) U našem istraživanju utvrdili smo da je tijekom jednog mjeseca u 11 ordinacija obiteljske medicine u Splitu iskazano ukupno 1158 DTP-a, od 49 do 245 u pojedinoj ordinaciji, prosječno 105,3 DTP-a. Sve promatrane ordinacije iskazale su slijedeće DTP: PZZ03 (otoskopiranje i ispiranje cerumena), PZZ14 (previjanje), PZZ29 (davanje intramuskularne i potkožne injekcije). Utvrđena je statistički značajna razlika u bilježenju navedena 3 DTP-a među 11 ordinacija obiteljske medicine ( $P < 0,0001$ ). Pretpostavka je da su to najčešći postupci u ordinaciji zbog njihove brojnosti na dnevnoj bazi. Postupci male kirurgije evidentirani su u 5 od 11 ordinacija. Njihov broj je relativno malen u odnosu na broj postupaka koji se rade u pojedinoj ordinaciji. Ordinacije u zakupu značajno manje iskazuju PZZ03, u odnosu na one koje su u domu zdravlja, dok se za PZZ14 i PZZ29 ne pokazuje ta razlika. U bilježenju PZZ14 se pokazuje značajna razlika između najvećeg i najmanjeg broja postupaka po pojedinoj ordinaciji. U iskazivanju PZZ29 takva razlika se ne nalazi. U prosjeku LOM koji su specijalisti kao i oni koji se trenutno nalaze na specijalizaciji ( $N=7$ ) češće bilježe DTP u odnosu na liječnike bez specijalizacije ( $N=4$ ). Detaljna statistička analiza nije provedena jer je premali broj ispitivanih ordinacija, odnosno LOM ( $N=11$ ). Dio odgovora o slabom bilježenju leži i nedostatnoj dodiplomskoj edukaciji iz zakonodavstva, propisa te praćenja kvalitete rada u općoj/obiteljskoj medicini koja se ozbiljnije obrađuje tek na specijalizaciji. Isto tako LOM u domu zdravlja prima istu plaću bilježio on DTP ili ne, pa stoga nije ni financijski motiviran. Vađenje venske krvi u ordinaciji obiteljske medicine (PZZ19) provodi se u svega 4 ordinacije. To je razumljivo iz

razloga što se u neposrednoj blizini ostalih ordinacija nalazi medicinsko- biokemijski laboratorij čiji laboranti obavljaju tu uslugu, a potom imaju mogućnost slanja nalaza LOM-u u elektronskom obliku putem CEZIH-a. Pacijent ne mora podizati svoje nalaze u laboratoriju, već su oni kod LOM kod kojeg dolazi na konzultaciju. Na temelju našeg istraživanja, zaključujemo da je bilježenje DTP-a u 11 ordinacija obiteljske medicine u Splitu prilično neujednačeno, te da bi bilo potrebno podignuti ga na višu razinu, ne samo iz financijskih razloga, već i kao dokaz svih medicinskih postupaka koji se rade u obiteljskoj medicini. To bi u budućnosti moglo biti temelj za pregovore s HZZO, bilo u smislu povećanja cijena usluga ili povećanje usluga i limita kojeg trenutno osiguravajuća kuća plaća. Bilježenje DTP-a je neujednačeno iz višestrukih razloga. Jedan od razloga jest zasigurno taj što HZZO plaća račun ispostavljen po DTP-u do određenog limita (koji je definiran visinom glavarine, odnosno do 10% glavarine), a pritom ne određuje nikakve prioritete u obavljanju pojedinih postupaka. HZZO trenutno prikazuje račun po obavljenom DTP-u isključivo kao financijski dokument, a ne kao prikaz stvarnog broja i vrste usluga u obiteljskoj medicini, koji bi bio podloga za praćenje i nadogradnju kvalitete rada primarne zdravstvene zaštite, s ciljem smanjivanja troškova u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ključnu ulogu u provođenju i bilježenju DTP-a ima, po našem mišljenju, edukacija. Po istraživanju Thompsona i suradnika liječnici koji su bili na tečajevima iz male kirurgije, iskazuju želju za periodičnim obnavljanjem tih treninga.(14) Gmajnić i suradnici su utvrdili da pohađanje edukacijskih tečajeva iz male kirurgije povećava broj izvođenja tih postupaka.(15) Što se tiče samog broja DTP u mjesečnom izvješću, ona ovise svakako i o broju dnevnih konzultacija u obiteljskoj medicini, odnosno o zdravstvenim potrebama pacijenata. Rezultati istraživanja provedeni u različitim zdravstvenim sustavima pokazuju prednosti i nedostatke svakog od uobičajenih načina plaćanja. Stoga se u većini država odabiru kombinacije pojedinih ili svih oblika plaćanja sa različitim udjelima (16) upravo da bi se

povećala raznovrsnost u pružanju zdravstvene zaštite, te da LOM bude čuvar ulaza u sekundarnu zdravstvenu zaštitu, kako bi se financije za zdravstvo racionalnije koristile. U Danskoj liječnici obiteljske medicine provode neku vrstu površne psihoterapije (terapije razgovorom) i to im je dodatno plaćeno. Liječnici su po ovom istraživanju značajno motivirani u provođenju, ukoliko su u mogućnosti odvojiti vrijeme za ovu terapiju.(17). U nas postoji intencija da se taj postupak uvede kao DTP.(12) Potrebna je dodatna edukacija LOM iz područja psihološke medicine. Šimunović i suradnici su u svom članku pokazali kako LOM koji je uključen u Ballintovu grupu može uspješnije slijediti potrebe svojih pacijenata, jer je naučio prepoznati psihološke potrebe i probleme koje su integralni dio somatskih bolesti, a isto tako i poboljšati odnos liječnik-pacijent.(18)

## Zaključak

Broj zabilježenih DTP-a na području grada Splita na uzorku od 11 ordinacija opće/obiteljske medicine je prilično neujednačen, postupci koji se bilježe u svim ordinacijama su otoskopiranje i ispiranje cerumena, previjanje i davanje intramuskularnih i subkutanih injekcija. Na temelju neujednačenosti mišljenja smo da se ne bilježi stvaran broj izvršenih postupaka, a na temelju vrste DTP, da postoji vrlo uski spektar postupaka koji se bilježe. To je vjerojatno rezultat uvriježenog obrasca opsega izvođenja postupaka u gradskoj sredini zbog blizine bolnice. Isto tako smatramo da za neke postupke LOM nije dostatno educiran pa ih ne provodi.

Razliku u bilježenju između LOM u domu zdravlja i u zakupu nismo pronašli. Čini se ipak da educiraniji LOM, oni koji su specijalisti ili su u tijeku specijalizacije bilježe više DTP-a u odnosu na LOM bez specijalizacije.

Tablica 1. Struktura financiranja standardnog tima opće/obiteljske medicine

Table 1. Financing structure of standard general/family practice medical team

Vrsta zdravstvene zaštite	Mogući prihod tijekom 2010. godine					
	Standardni iznos novčanih sredstava					
	Prema broju opredijeljenih osiguranih osoba ("glavarina")	za plaćanje po DTP (10%)	za ugovorene aktivnosti s Domom zdravlja	naknada za administrativne poslove	naknada za CEZIH	ukupno
specijalist obiteljske medicine	357.743,88	35.774,39	35.774,39	18.000,00	5.112,00	452.404,66
liječnik obiteljske medicine	344.814,40	34.481,44	34.481,44	18.000,00	5.112,00	436.889,28

Tablica 2. Naziv DTP-a s pridruženom šifrom

Table 2. Types of PBP

Red.br.	Šifra	Naziv DTP-a	Djelatnost	Opis
1.	PZZ01	Elektrokardiografija i očitavanje EKG nalaza	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
2.	PZZ02	Kateterizacija mokraćnog mjehura, uvođenje ili zamjena trajnog katetera	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	
3.	PZZ03	Otoskopija, ispiranje cerumena	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
4.	PZZ04	Zaustavljanje krvarenja iz nosa, prednja tamponada	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
5.	PZZ05	Primarna opskrba površinskih i manjih rana	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	Uključuje šivanje jednog sloja tkiva i previjanje
6.	PZZ06	Incizija gnojnih procesa kože i potkožnog tkiva, uključuje apsces Bartol. žlijezde i vulve	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	Uključuje previjanje
7.	PZZ07	Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	Uključuje previjanje
8.	PZZ08	Površinska, lokalna anestezija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	Može se zaračunati samo uz postupke PZZ05, PZZ06, PZZ07 i PZZ32
9.	PZZ09	Odstranjivanje šavova	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	
10.	PZZ10	Transvaginalna sonografija (TVS)	Zdravstvena zaštita žena	
11.	PZZ12	Pretraga ultrazvukom u trudnoći	Zdravstvena zaštita žena	
12.	PZZ13	Dijagnostičke pretrage vezane za preventivne preglede osiguranih osoba	Laboratorijska dijagnostika	

13.	PZZ14	Previjanje	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	Ne može se računati uz postupak PZZ05, PZZ06, PZZ07 i PZZ32.
14.	PZZ15	Ispiranje želuca	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
15.	PZZ16	Uvođenje i zamjena trahealne kanile	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
16.	PZZ17	Zamjena vrećice i toaleta kolostome	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
17.	PZZ18	Toaleta gastrostome	Opća/obiteljska medicina	
18.	PZZ19	Uzimanje venske krvi za laboratorijsku analizu	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
19.	PZZ20	Spirometrija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
20.	PZZ21	Kvalitativna analiza urina u trudnoći test trakom	Zdravstvena zaštita žena	
21.	PZZ22	Postavljanje, vađenje i toaleta pesara	Zdravstvena zaštita žena	
22.	PZZ23	Folikulometrija	Zdravstvena zaštita žena	
23.	PZZ24	Ultrazvuk dojki	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita žena	
24.	PZZ25	Ultrazvuk abdomena	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
25.	PZZ26	Amnioskopija	Zdravstvena zaštita žena	
26.	PZZ27	Kardiotokografija (CTG)	Zdravstvena zaštita žena	
27.	PZZ28	Intravenozna injekcija/ intravenozna infuzija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	
28.	PZZ29	Intramuskularna, potkožna injekcija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	
29.	PZZ30	Terapija protiv bolova (TENS)**	Opća/obiteljska medicina	
30.	PZZ31	Uvođenje nazogastrične sonde	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
31.	PZZ32	Primarna opskrba dubljih i većih rana	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	uključuje šivanje više slojeva tkiva i previjanje
32.	PZZ33	Rinoskopija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
33.	PZZ34	Izvešće s nalazom i mišljenjem liječnika (tiskanica 1 IN Zahtjeva za invalidsku mirovinu)	Opća/obiteljska medicina	
34.	PZZ35	Peak-flow metrija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	

35.	PZZ36	Inhalacija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	ne može se obračunati uz spirometriju
36.	PZZ37	Klizma	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	inhalacije s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi)
37.	PZZ38	Uzimanje mikrobioloških uzoraka nosa, uha, grla	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
38.	PZZ39	Digitorektalni pregled	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
39.	PZZ40	Odstranjivanje površinskih stranih tijela iz oka, nosa, uha	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	
40.	PZZ41	Odstranjivanje stranih tijela sa sluznice i iz mekih tkiva	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	uključuje anesteziju i opskrbu rane

Tablica 3. Prikaz svih obavljenih DTP-a po vrsti u svakoj od 11 ordinacija obiteljske medicine

Table 3. List of all performed PBP by type in each of 11 family practice units

Ordinacije	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11
<b>DTP</b>											
PZZ01	0	0	1	0	0	1	11	1	0	0	4
PZZ02	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
PZZ03	8	8	11	6	3	8	69	3	3	3	1
PZZ05	0	0	3	0	0	0	3	4	0	1	16
PZZ06	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0
PZZ07	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
PZZ09	5	1	1	0	0	4	6	1	3	2	3
PZZ14	14	21	6	59	5	32	52	20	35	12	10
PZZ18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
PZZ19	0	0	0	0	74	0	78	1	0	0	107
PZZ25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
PZZ28	0	0	3	9	0	1	0	2	0	0	0
PZZ29	46	28	20	58	21	51	23	32	31	32	40
PZZ33	0	0	0	1	0	17	0	0	0	0	0
PZZ34	2	2	0	2	0	6	0	0	0	0	1
PZZ37	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

## Literatura

1. Wiseman V, Mooney G, Berry G, Tang KC. Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. *Soc Sci Med.* 2003;56:1001-12.
2. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. NN 2008;(150), 2009(94), 2009;(153).
3. Financiranje sustava zdravstva. Dostupno na: [www.hzzo-net.hr](http://www.hzzo-net.hr) (25.04.2011.)
4. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN 2010;(43).
5. Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljić V, Foro Š, Turek S, Zlatař M. Privatizacija u hrvatskom zdravstvenom sustavu: učinak na neke pokazatelje dostupnosti usluge u ordinacijama opće medicine. *Lijec Vjesn.* 2002;124:239-43.
6. Katić M, Petric D, Jureša V, Mazzi B, Bakar Ž, Stevanović R, et al. Zašto i kako promijeniti sustav plaćanja službe obiteljske medicine. U: Mazzi B, urednik. Zbornik radova 4. kongresa Društva obiteljskih doktora H.L.Z. Rovinj, 2004. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskoh liječničkog zbora; 2004. Str. 31-42.
7. Ham C, Alberti KG. The medical profession, the public, and the government. *BMJ.* 2002;324:838-42
8. Maisey S, Steel N, Marsh R, Gillam S, Fleetcroft R, Howe A. Effects of payment for performance in primary care: qualitative interview study. *J Health Serv Res Policy.* 2008;13:133-9.
9. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med.* 2008;6:228-34.
10. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja i Odluka o sklapanju ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima. NN 2006;(142), 2007;(11).
11. Mazzi B. Problemi financiranja obiteljske zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. U: Mazzi B, glavni i odgovorni urednik. Zbornik radova. Sedmi kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora. Rovinj, 2007. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2007. Str. 9-34.
12. Katić M, Bergman-Marković B, Blažeković-Milaković S, Vrcić-Keglević M, Tiljak H, Lazić Đ, et al. Sustav financiranja i kvaliteta rada u obiteljskoj medicini. U: Mazzi B, glavni i odgovorni ur. Zbornik radova. Sedmi kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora. Rovinj, 2007. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2007. Str. 35-48.
13. Hindle D, Kalanj K. New general practitioner payment formula in Croatia: is it consistent with worldwide trends? *Croat Med J.* 2004;45:604-10.
14. Thompson AM, Park KG, Kelly DR, MacNamara I, Munro A. Training for minor surgery in general practice: is it adequate? *J R Coll Surg Edinb.* 1997;42:89-91.
15. Gmajnić R, Pribić S, Lukić A, Ebling B, Čupić N, Marković I. Effect of surgical training course on performance of minor surgical procedures in family physicians' offices: an observational study. *Croat Med J.* 2008;49:358-63.
16. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects on financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care* 2000;12:33-42.
17. Davidsen AS. Talking therapy as part of the general practitioner's normal working day. [in Danish]. *Ugeskr Laeger.* 2010;172:2025-9.
18. Simunović R, Bilić V, Kumbrija S, Blažeković-Milaković S. Balintova grupa – pomoć u radu liječnika obiteljske medicine. *Lijec Vjesn.* 2004;126:311-3.

# PUŠENJE – ŠTETNA NAVIKA KOJU NOSIMO OD KUĆE ILI STJEČEMO POD UTJECAJEM DRUŠTVA

## SMOKING – BAD HABIT ACQUIRED AT HOME OR UNDER THE INFLUENCE OF SOCIETY

Sanda Mrkić, Josip Buljan

### Sažetak

**Uvod:** Stavovi prema duhanu evoluirali su od njegove pojave u Europi od prihvaćanja kao ljekovitog sredstva i privilegije bogatih do zabrane pušenja na javnim mjestima. Epidemiološke studije dokazale su povezanost pušenja s velikim brojem bolesti, prvenstveno kardiovaskularnog i dišnog sustava. Negativan stav WHO godine prema pušenju od 1951. godine dovodi do odgovarajuće zakonske regulative u brojnim zemljama.

**Cilj:** Ispitati povezanost utjecaja referentne skupine na početak pušenja s hipotezom da je za početak pušenja presudan utjecaj društva.

**Metode rada:** U periodu od dva mjeseca tijekom 2007. godine anonimno su anketirane sve osobe koje su u razdoblju istraživanja posjetile ambulantu u Brodskom Vinogorju, a evidentirane su u registru pušača. Rezultati dobiveni anketom su obrađeni metodama deskriptivne statistike.

**Rezultati:** Anketirano je 154 osoba: 87 muškaraca i 67 žena. Prosječna starosna dob za muškarce je iznosila 40,72 a za žene 37,28 god. 112 ispitanika

je počelo pušiti prije navršene dvadesete godine života. 89 anketiranih je kao razlog početka pušenja navelo utjecaj društva. 67 pušača je poticalo iz obitelji nepušača, a kod 33 su pušila oba roditelja. 97 ispitanika je pokušalo prestati pušiti, a samo njih 33 je uspjelo apstinirati duže od 30 dana. Većina muškaraca se žalila na kašalj i umor, a samo 20 žena je imalo iste smetnje.

**Rasprava:** Rezultati istraživanja u žarište problema pušenja stavlja populaciju adolescenata, jer se najčešće u toj dobi započinje pušiti i ta dobna skupina je najčešće podložna utjecaju društvene okoline. Istraživanje potvrđuje da je glavni uzročnik za početak pušenja utjecaj referentne skupine, društva. Zaključuje se da su zabrana roditelja, kao i zabrana prodaje cigareta osobama mlađim od 18 godina pozitivne mjere u suzbijanju pušenja, ali za sada nisu doprinijele smanjenju broja pušača među mladima.

**Ključne riječi:** pušenje, adolescenti, društvo

---

Sanda Mrkić, dr. med., Ordinacija opće medicine Slavonski Brod

Josip Buljan, dr.med., Ordinacija opće medicine Velika Kopanica



## Summary

**Introduction:** Attitudes towards tobacco evaluated since its appearance in Europe – from its acceptance as a healing medicine and privilege of the rich to forbidding smoking in public places. Epidemiological studies proved connection of smoking and numerous diseases, primary those of cardiovascular and respiratory system. Negative attitude of the World Health Organization towards smoking is leading to adequate legislation in many countries since 1951.

**Aim:** To study connection of the influence of the referral group of patients at the smoking onset with the hypothesis that the crucial influence was the influence of the society.

**Methods:** During two months in the year 2007 all patients visiting general practice office in Brodsko Vinogorje, recorded in smokers' registry, were interviewed anonymously. Results were analysed by descriptive statistics.

**Results:** 154 patients were interviewed: 87 men and 67 women. Their average age was 40.72 for women and 37.28 for men. 112 patients started smoking before they were 20 years old. The influence of the society was the reason for smoking in 89 patients. 67 smokers came from non-smokers families while in 33 both parents were smoking. 97 patients tried to quit smoking while only 33 of them succeeded to abstain more than 30 days. Most men complained on cough and fatigue while only 20 women had the same symptoms.

**Discussion:** Results of the study put adolescents in the centre of smoking problems because this is the age of smoking onset and because they are usually mostly subject to the influence of the society. The studies confirm that the main reason for the smoking onset is the influence of the referral group - society. It is concluded that parents' forbidding and prohibition of selling cigarettes to persons less than 18 years of age are positive measures but did not contribute to the decrease in the number of smokers among young people.

**Key words:** Smoking, adolescence, society

## Uvod

Pušenje je među vodećim javno-zdravstvenim problemima 21. stoljeća. Istraživanja su pokazala da je pušenje duhana danas vodeći uzrok smrtnosti ljudi. Prema drugim istraživanjima to je ovisnost koju je najlakše spriječiti. Unatoč poznatim štetnostima duhana pušenje je društveno prihvaćeno što je jedan od paradoksa suvremene civilizacije. Pušenje duhana je socijalna bolest s lošim posljedicama ne samo na zdravlje ljudi nego i na gospodarstvo i državu u cjelini. Pobol od posljedica pušenja povećava troškove zdravstvene zaštite, smanjuje radnu sposobnost i nacionalni dohodak, razlog je ranijim umirovljenjima, a na ekološkom planu povećava broj požara i onečišćenje zraka.

Pušači zbog prerane smrti gube oko 22 godine od svog očekivanog trajanja života. Prema današnjim saznanjima pušenje cigareta je potvrđeni ili vjerojatni uzrok smrti u oko 25 bolesti, no sve dimenzije udjela pušenja u teretu bolesti suvremenog čovječanstva još uvijek nisu poznate.

Pušenje cigareta direktno je povezano s nastankom niza bolesti. Djeluju na kardiovaskularni sustav, pogodujući razvoju ateroskleroze, hipertenzije, koronarne bolesti, periferne arteriopatrije i cerebrovaskularne bolesti (21%). Pušenje je direktno povezano s karcinomom pluća i vidljivo je iz podataka da je stopa mortaliteta od raka pluća na 100 000 stanovnika kod nepušača 3,4 a kod pušača koji puše 10-20 cigareta na dan 59, a s većim brojem popušenih cigareta raste i stopa mortaliteta. Rizik obolijevanja nakon prestanka pušenja tek nakon 15 godina približava se onom kod nepušača, ali nikad ne doseže istu razinu. U našoj zemlji na svakih 300 muškaraca u dobi iznad 50 godina jedan na godinu umre od raka pluća.

Broj pušača među ženama je u stalnom porastu. Kod njih brže nastupa menopauza i brže se razvija osteoporoza, jer ranije prestaje zaštitni učinak estrogena, a s tim se povećava nastanak kardiovaskularnih bolesti. U trudnoći se zbog pušenja razvije nerijetko placentalna insuficijencija,

te se rađaju djeca niske porođajne težine, a veći je i perinatalni mortalitet.

Posljedice pušenja trpe i nepušači, odnosno pučanstvo u cjelini. Djeca i mladež imaju pravo na posebnu obuku i drugu pomoć kako bi mogli odoljeti napasti uporabe duhana. Svakom pušaču koji se odluči na prestanak pušenja treba pomoći u procesu odvikavanja.

Procjenjuje se da svakih 8 sekundi umire jedan čovjek od štetnog djelovanja pušenja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) procjenjuje da u svijetu puši milijardu i sto milijuna ljudi. U razvijenim zemljama puši 41% muškaraca i 21% žena. U zemljama u razvoju žene puše manje, oko 8% , ali uz tendenciju rasta.

U Hrvatskoj gotovo svaka treća osoba puši, a zbog bolesti povezanih s pušenjem godišnje umire 10.000 osoba. Muškarci puše znatno više od žena, a više od 12,5% žena puši više od 20 cigareta dnevno. Odrasli navode da su počeli pušiti između šesnaeste i dvadesete godine života, ali se početak pušenja pomiče u sve mlađe dobne skupine. Smatra se da u Hrvatskoj puši 35% mladih viših razreda srednjih škola i fakulteta.

Duhan je iz Amerike došao u Europu s Kolumbovim mornarima. Isprva je korišten zbog ljekovitih svojstava, a Španjolci su ga uzgajali kao ukrasno bilje nazvavši ga tabaco. Do kraja 18. stoljeća liječnici preporučuju uporabu duhana u medicinske svrhe. 1674. godine u Francuskoj je osnovan državni duhanski monopol.

Poslije Prvog svjetskog rata sve je veći broj pušača i sve veći broj žena koje puše. Početkom dvadesetog stoljeća pojavljuju se prvi eksperimenti o toksičnosti pušenja. 1950. godine epidemiološka istraživanja povezuju pušenje i smrtnost od raka bronha.

1962. godine objavljena je tzv. Terryeva bomba, koja je dobila naziv po svom osnivaču koji je bio član Ministarstva zdravstva i koji je sa svojim suradnicima obradio oko 7000 do tada objavljenih radova o problemu pušenja koji su dokazali povezanost pušenja s rakom pluća, drugim plućnim

i srčanim bolestima (u SAD je prestalo pušiti 100.000 liječnika, a u UK je pao udio pušača sa 50% na 10%).

WHO 1951. godine donosi prvu rezoluciju protiv pušenja i preporuča zemljama članicama uvođenje zakonskih i drugih mjera o suzbijanju pušenja. 1975. godine pušenje je definirano kao bolest ovisnosti. 1985. godine WHO pokreće međunarodni pokret Zdrav grad - oslobađanje svijeta od pušačkog dima i sustavnog smanjenja broja pušača.

Pušački dim sadrži preko 4 000 različitih spojeva i elemenata, od kojih 300 – 400 imaju kancerogeno djelovanje. Ti spojevi su promotor tumorske alteracije –mutacije p53 gena i induciraju oslobađanje slobodnih radikala. Jedna popušena cigareta skraćuje život 5,5 minuta. Najpoznatiji kemijski sastojak duhanskog dima nikotin djeluje na nadbubrežnu žlijezdu, stimulira oslobađanje noradrenalina i adrenalina, povećava frekvenciju srca, povećava minutni volumen, vazokonstrikciju i povećava krvni tlak. Ugljični monoksid (CO) iz duhanskog dima dvjesto puta brže se veže za hemoglobin nego kisik. U pušača 15% hemoglobina može biti vezano uz CO, što smanjuje vezivanje kisika za hemoglobin, te znatno smanjuje opskrbu organizma kisikom. Sastojci duhanskog dima inhalirani u pluća prelaze u krvotok i uzrokuju oštećenje na endotelnim stanicama krvnih žila. CO povećava propusnost krvožilnih stijenki za kolesterol, čime pospješuje stvaranje ateroma i tako pridonosi razvoju ateroskleroze. Sastojci duhanskog dima induciraju abnormalnu sintezu tromboksana i prostaciklina i pridonose daljnjem oštećenju endotela te djeluju kao aktivatori pucanja ateroma .

Duhanski dim štetno djeluje i na nepušače koji borave u istom prostoru i udišu duhanski dim. Rizik za razvoj koronarne bolesti je 25%, a rizik od raka bronha i pluća 30-35% je veći u nepušača izloženih duhanskom dimu nego onih koji nisu izloženi.

Pušenje je glavni rizični čimbenik za zdravlje koji se može otkloniti, stoga je potrebno provoditi mjere u sprečavanju i suzbijanju pušenja. Mladima je potrebna što ranija edukacija i drugi oblici potpore

kako bi odabrali život bez pušenja kao zdravlje i kvalitetu.

### Cilj rada

Cilj rada je utvrditi povezanost početka pušenja pušača koji su počeli pušiti u adolescentskoj dobi s utjecajem referentnih skupina (društva) i utjecaja obitelji u definiranoj populaciji pušača jedne ordinacije obiteljske medicine. Hipoteza koja se testira ovim istraživanjem je da je najvažniji razlog početka pušenja u mladima utjecaj njihovih referentnih skupina - društva.

### Metode rada

Istraživanje je provedeno u ambulanti obiteljske medicine u Brodskom Vinogorju, koje pripada gradu Slavonskom Brodu. Ambulanta broji 2157 pacijenata. U skrbi su osobe od novorođenačke dobi, do pozne starosti. Ambulanta ima uredno vođen registar za pušače u kojem se nalazi registrirano 372 pušača. U istraživanju je korištena anonimna anketa (primjerak u nastavku teksta), koju su pacijenti – pušači ispunjavali prilikom posjeta ambulanti u periodu od 01.veljače do 01.travnja 2007. godine. Anketa je sadržavala 13 pitanja na koje je trebalo odgovoriti sa DA ili NE, te metodom zaokruživanja ponuđenih odgovora. Popunjeni anketni listić predavali bi medicinskoj sestri. Rezultati su obrađeni deskriptivno – statističkim metodama.

#### Anketni upitnik za pušače

1. Inicijali: \_\_\_\_\_

2. Dob: \_\_\_\_\_

3. Spol: \_\_\_\_\_

a) m

b) ž

4. Stručna sprema

a) NSS

b) SSS

c) VŠS

d) VSS

#### 5. Kad ste počeli pušiti

- a) prije 20 god života
- b) između 20-30 god života
- c) poslije 30 god

#### 6. Razlog zašto ste počeli pušiti

- a) čista radoznalost
- b) utjecaj društva
- c) biti u trendu
- d) ostalo

#### 7. Reakcija obitelji na spoznaju da pušite

- a) strogo zabranjivali
- b) nisu branili
- c) bili ravnodušni

#### 8. Da li puši netko u vašoj obitelji

- a) otac
- b) majka
- c) oboje
- d) nitko

#### 9. Koliko cigareta dnevno ispušite

- a) do 10
- b) između 10-20
- c) preko 20

#### 10. Osjećate li posljedice pušenja

- a) kašalj
- b) promuklost
- c) lako umaranje
- d) ništa od toga

#### 11. Imate li neke druge smetnje

- a) povišen tlak
- b) povišen šećer
- c) prekomjerna tjelesna težina
- d) ništa od navedenog

#### 12. Da li ste pokušali prestati pušiti

- a) da
- b) ne

#### 13. Koliko dugo ste izdržali bez cigareta

- a) 1-10 dana
- b) 10-30 dana
- c) >30dana
- d) nisam ni pokušavao prestati

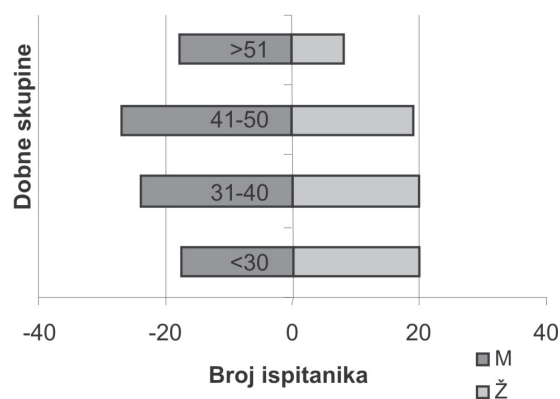
- obzirom da je opis metoda kratak, može se ostaviti i ovdje \_\_\_\_\_

## Rezultati

Ukupan broj anketiranih u tom periodu je iznosio 154 osobe, od toga je bilo 87 muškaraca i 67 žena. Muškarci su bili u dobi između 16 do 67 godina, prosječne starosne dobi 40,72 godina. Anketirana ženska populacija bila je stara između 18-67 godina, a prosječna starost im je iznosila 37,28 godina. Detalji su prikazani u grafikonu 1.

Grafikon 1. Distribucija ispitanika po dobi i spolu

Figure 1. Distribution of patients by age and sex

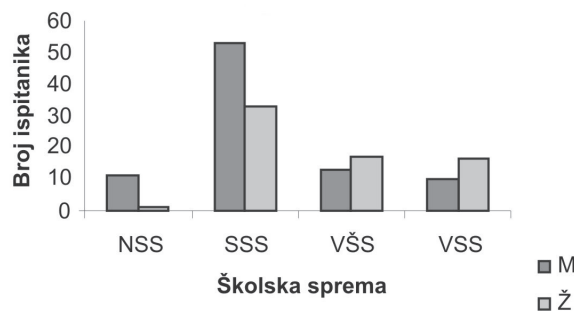


Najveći broj pušača nalazi se kod muškaraca između 41-50 godina života (27) i između 31-40 godina života. Kod žena je veći broj konzumenata u ranijoj dobnoj skupini, ispitanica u dobi do 30-te je bilo 20, a u dobnoj skupini od 31-40 godina isto toliko.

U grafikonu 2 prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i školskoj spremi.

Grafikon 2. Distribucija ispitanika prema stupnju obrazovanja i spolu

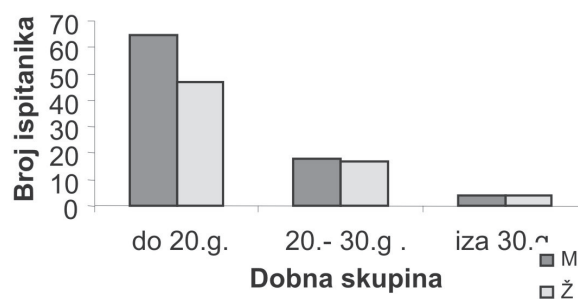
Figure 2. Distribution of patients according to education and sex



Grafikon 2. pokazuje da je najveći broj pušača kod oba spola sa srednjom stručnom spremom (SSS). Broj žena koje puše s višim i visokim obrazovanjem (33), prelazi broj muškaraca pušača iste obrazovne skupine (23). Muškarci s nižom stručnom spremom više puše nego žene iste obrazovne skupine (11: 2) U grafikonu 3. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i dobi početka pušenja

Grafikon 3. Distribucija ispitanika na osnovi početka pušenja

Figure 3. Distribution of patients based at onset of smoking

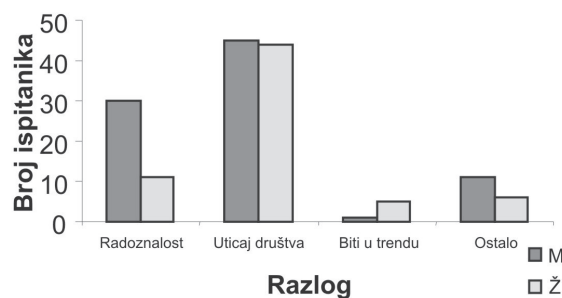


Na osnovi grafikona 3. vidljivo je da najveći broj ispitanika obaju spolova počinje pušiti prije dvadesete godine života. Razlika između muškaraca i žena su najizraženije u toj dobi, ali se s porastom dobi početka pušenja smanjuju. Skromni broj ispitanika je započeo pušiti u dobi iznad 30 godine, muškarci i žene u jednakoj mjeri.

U grafikonu 4 prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i razlogu zbog kojeg su počeli pušiti.

Grafikon 4. Distribucija ispitanika prema razlogu zbog kojega su počeli pušiti

Figure 4. Distribution of patients according to the reason for smoking onset

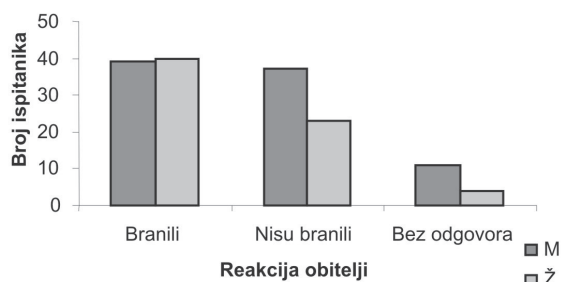


Grafikon 4. pokazuje da 30% muškaraca počinje pušiti iz čiste radoznalosti, dok je kod žena taj uzrok pušenja slabije zastupljen. Pod utjecajem društva počelo je pušiti podjednak postotak muškaraca i žena i to je najčešći uzrok početka pušenja. Ostali razlozi koji dovode do početka pušenja su bili zanemarivi.

U grafikonu 5 prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i reakciji njihovih roditelja na spoznaju da puše.

Grafikon 5. Distribucija ispitanika prema reakcijama roditelja

Figure 5. Distribution of patients according to parents' reactions

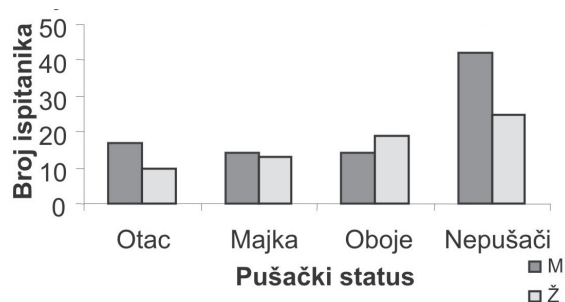


Većini ispitanika obaju spolova su roditelji branili, a u slučajevima gdje nije bilo roditeljske zabrane veći broj početaka pušenja vidljiv je u muške populacije.

U grafikonu 6. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu pušačkim navikama roditelja.

Grafikon 6. Distribucija ispitanika prema učestalosti pušenja u obitelji

Figure 6. Distribution of patients according to smoking frequency in families

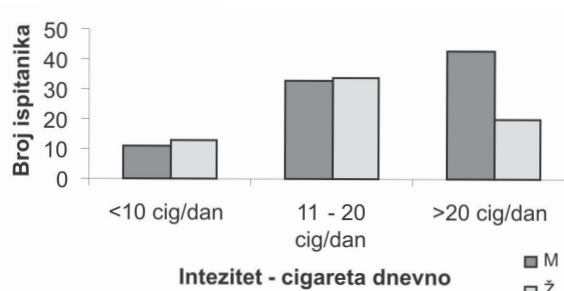


Kod 42 anketirana muškarca roditelji su bili nepušači, a kod anketiranih žena roditelji su bili nepušači u 25 slučajeva, 19 žena je dolazilo iz obitelji gdje su oba roditelja pušila, a kod 17 muškaraca je pušio samo otac. Broj ispitanika koje puše u odnosu muške pušače u uzorku raste vezano za podatak o pušenju majke.

U grafikonu 7. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i aktualnim pušačkim navikama.

Grafikon 7. Distribucija prema količini popušanih cigareta tijekom dana

Figure 7. Distribution according to the number of cigarettes smoked during a day

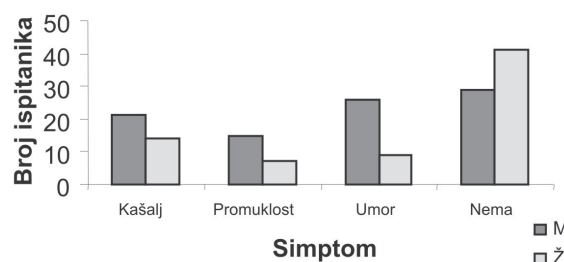


Iz prikazanog grafikona 7. se vidi da mali broj muškaraca i žena puši <10 cigareta dnevno, 33 ispitanika muškarca i 34 žene puše dnevno između 10-20 cigareta, dok je broj muškaraca koji popuše preko 20 cigareta znatno veći u odnosu na žene.

U grafikonu 8. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i subjektivnim smetnjama povezanim s pušenjem.

Grafikon 8. Distribucija prema subjektivnim smetnjama

Figure 8. Distribution according to subjective complaints

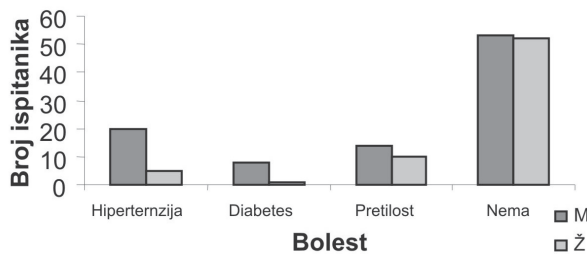


Grafikon 8. pokazuje da žene koje su anketirane u 41 slučaju nisu imale nikakve smetnje. Većina muškaraca (21) je imala prisutan kašalj kao simptom, promuklost u 15, a umor u 26 slučajeva. Četiri ispitanika su imala više od jednog subjektivnog simptoma, a 29 muškaraca nije imalo nikakvih smetnji.

U grafikonu 9. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i postojanju druge bolesti.

Grafikon 9. Distribucija povezanosti pušenja s drugim bolestima

Figure 9. Distribution of connection of smoking to other diseases

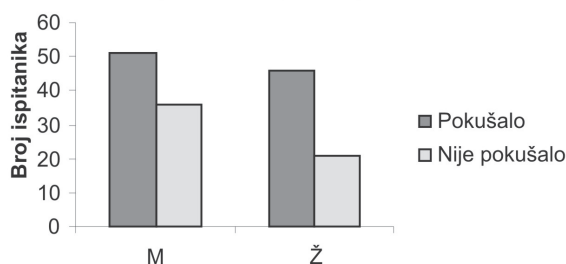


Kako se radi o ispitanicima koji po prosjeku godina spadaju u mlađu i srednju životnu dob, 50% ispitanika nije bolovalo niti od jedne navedene bolesti. 20% muškaraca je znalo da ima povišene vrijednosti krvnog tlaka, a između 12-15 muškaraca i žena je smatralo da ima prekomjernu tjelesnu težinu.

U grafikonu 10. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i pokušaju prestanka pušenja.

Grafikon 10. Distribucija ispitanika prema pokušajima prestanka pušenja

Figure 10. Distribution of patients according to the efforts of smoking cessation

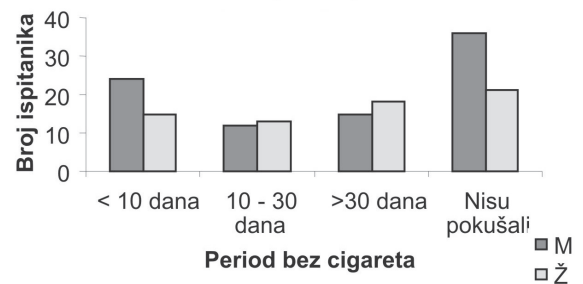


Kako se vidi iz grafikona 10. više od polovine muških ispitanika je pokušalo prestati pušiti, dok se ukupno 57 osoba izjasnilo da nisu ni pokušavali prestati.

U grafikonu 11. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i uspješnosti suzdržanja od pušenja.

Grafikon 11. Distribucija na osnovu dužine apstinencije

Figure 11. Distribution according to length of abstinence



Najveći broj ispitanika bez obzira na spol uspio je izdržati bez cigareta najviše 10 dana, a preko 30 dana uspjelo je izdržati 15 muškaraca i 19 žena. Veliki je broj osoba nisu ni pokušali prestati pušiti.

U grafikonu 12. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu i utjecaju kampanje protiv pušenja na naviku pušenja.

Grafikon 12. Distribucija utjecaja kampanje protiv pušenja

Figure 12. Influence of anti-smoking campaigns



Na većinu muškaraca kampanje protiv pušenja uopće ne utječu, gotovo identičan broj ispitanih muškaraca i žena imalo je osjećaj grižnje savjesti. 21 ispitanih muškaraca i osam žena na kampanje protiv pušenja reagiraju revoltom (grafikon 13).

Veći broj žena konzumenata u ranoj životnoj dobi obuhvaćenih ovom anketom istovjetan je statistici svjetskih i europskih kretanja. Glavni uzrok je sve veća „emancipacija“ žena (grafikon 1.)

## Rasprava

U žarištu pozornosti je mladež budući da se navika pušenja najčešće stvara u adolescenskoj dobi, što je potvrdilo ovo i mnoga druga istraživanja. Na pitanje zašto mladi puše uglavnom se odgovaralo da je to utjecaj društva, želja za afirmacijom, ubrzanim procesom odrastanja, znatiželja, nervoza i navika. U istraživanju iz 1966. god. je bila promatrana prva skupina pušača među mladima i češće je pušenje bilo prisutno u djece roditelja s višom naobrazbom, odnosno s višim socijalnim statusom. U suvremenim generacijama učenika je obrnuto, češće puše djeca roditelja niže naobrazbe. Čini se da je veća naobrazba roditelja utjecala na izbor zdravijeg stila življenja mladeži. Mladi koji puše manje se bave sportskim aktivnostima, ranije stupaju u spolne odnose, postižu nešto slabije rezultate u školi što je povezano s direktnim štetnim utjecajem dima na pamćenje. Istraživanja su pokazala da je sve veći broj pušača među djecom u osnovnim školama koji su bar jednom probali duhanski dim.

2003/2004. god. provedeno je istraživanje na nivou cijele Hrvatske, a proveo ga je Hrvatski zavod za javno zdravstvo. U školama su istraživanja proveli djelatnici Službe za školsku medicinu. Rezultati slikovito prezentiraju razmišljanja i navike u adolescenata. Anketirani su učenici polaznici šestog, sedmog i osmog razreda osnovne škole te srednjoškolci koji pohađaju prve razrede srednje škole, a čiji razredi broje preko 40 učenika. 9,7% anketiranih učenika je izjavilo da popuši ili da voli popušiti cigaretu kao prvu stvar ujutro. Čak 52,6% je već potražilo savjet za pomoć kako bi lakše prestali pušiti. Najmanje ih se za pomoć obratilo iz Zagreba (42,1%), a najviše iz ruralnih sredina (58,6%). Većina ispitanika je smatrala da su dječaci i djevojčice koji puše privlačniji od

ostalnih. Jedan od deset ispitanih pušača je naveo da bez problema puši u vlastitom domu. Niti dječaci, kao ni djevojčice nisu imali smetnji pri kupovini cigareta. Smetnje su imala i to rijetko, djeca iz ruralnih sredina. Tri četvrtine učenika je izjavilo da viđa svoje suučeničke kako puše, ali isto tako su vidjeli i profesore da puše izvan škole.

Istraživanja na području Brodsko-posavske županije koju je provela Služba za preventivnu školsku medicinu god. 2004-2005 obuhvatila je 1151-og učenika. Od toga je bilo 609 dječaka i 542 djevojčice. Anketa je provedena anonimno, a anketirani su učenici završnih razreda svih srednjih škola u našem gradu. Rezultati su pokazali da 53,86 učenika puši (M 52,21%, Ž 55,7%) svaki dan 38,83% (M 37,11%, Ž 40,77%) tj. od onih koji puše 72,09% puši svaki dan, vikendom 5,03% (M 5,58%, Ž 3,50%) i povremeno 10,68% (M 10,34%, Ž 11,07%). U odnosu na prethodno ispitivanje uočeno je smanjenje pušača za 1,39% i povećanje broja ženskih pušača u odnosu na muške ispitanike. Najviše je pušača u obrtničkoj školi, na drugom mjestu je Srednjoškolski centar „M. A. Reljković“, a na trećem mjestu je Medicinska škola. U ovim školama je primijećen pad broja pušača osim u gimnaziji „M. Mesić“ gdje je porast za 6,77%. Prema broju pušača koji puše svaki dan na prvom mjestu je Ekonomska, zatim Obrtnička, na trećem Medicinska, na zadnjem je mjestu Klasična gimnazija. Srednja dob probanja prve cigarete u životu za dječake je 10,01 god. za djevojke 13,7 god. a srednja dob početka pušenja za dječake je 15,36 god. za djevojke 15,07 godina. Rezultati pokazuju da mladi počinju pušiti sve ranije, te da bez obzira na zakonske zabrane nisu imali problema u nabavci cigareta. Preventivni programi koji bi se trebali provoditi već u nižim razredima osnovnih škola nisu našli svoje mjesto, a kampanje koje se provode protiv pušenja nisu kontinuirane, niti dovoljno glasne.

Što se tiče ovog istraživanja valja naglasiti da je ograničenje istraživanja mali uzorak ispitanika u kratkom vremenskom roku. Ipak, analizom podataka

dobivenih u istraživanju ne nalazi se na veća odstupanja u odnosu na druga anketna ispitivanja. To se osobito odnosi na dob, spol, početak pušenja i količinu popušenih cigareta, te motive i dužinu prestanka pušenja kod ispitanika. Prema ovom istraživanju većina ispitanika počela je pušiti prije dvadesete godine života (112 ispitanika). Najčešći razlog početka pušenja je utjecaj društva, rjeđe da bi bilo u trendu, a i trend nastaje pod utjecajem društva. Većina pušača su srednje i visoke stručne naobrazbe, te je za očekivati da su upoznati sa štetnim posljedicama pušenja. Samo istraživanje je potvrdilo hipotezu o utjecaju referentnih skupina adolescenata - društva na početak pušenja. Mali broj pušača (od muškaraca 14 i od žena 19) potiču iz obitelji pušača, dok je puno veći broj pušača poticalo, kao što je već navedeno, iz obitelji nepušača. Time se ilustrira znatno manji utjecaj obitelji na početak pušenja, u odnosu na utjecaj društva. Od utjecaja obitelji zanimljiva je povezanost pušenja majke sa ispitanicima koje puše. Iz grafikona 6. je uočljivo da veći broj ispitanika koji puše potiče iz obitelji gdje otac puši, podjednak je udjel spolova pušača iz obitelji gdje majka puši, a više je ispitanica u grupi gdje oba roditelja puše. Nameće se zaključak da ispitanice ovog istraživanja češće puše ukoliko majke ili oba roditelja puše. Ista povezanost kod muškog spola je izostala.

Zanimljivo je zapažanje o utjecaju obitelji na početak pušenja vezan za zabranu, odnosno reakciju roditelji pri saznanju da njihova djeca puše. Veći broj ispitanika je izjavio da su roditelji branili pušenje, ali broj muških ispitanika kojima roditelji nisu branili pušenje skoro dosegne broj ispitanika kojima su branili. U ženskom dijelu uzorka, broj ispitanica kojima su roditelji branili pušenje prelazi broj muških ispitanika kojima su branili pušenje. Odsustvo roditeljske zabrane među ženskim ispitanicima javlja se u daleko manjem broju ispitanica nego u muškom dijelu ispitanika. Moglo bi se reći da je tolerancija prema pušenju muške djeca prisutna u mjeri koja zabrinjava. Prema rezultatima ovog istraživanja, obitelji bi mogla

odigrati ulogu u prevenciji pušenja iskazivanjem jačeg otpora prema pušenju djece, osobito u muškoj populaciji.

Ispitanici su uglavnom mlade i srednje životne dobi, s pušačkim stažem između 20-25 godina i za očekivati je da kod njih smetnje nastale kao posljedice pušenja imaju uzlaznu krivulju, a s tim će rasti izostanci sa posla. Kako je kod pušača izražen komorbiditet između kardiovaskularnih i respiratornih bolesti, a oni su najčešći uzročnici hospitalizacija i smrtnosti, za očekivati je da će kod tih pacijenata i invaliditet nastupiti ranije, što će na kraju rezultirati privremenom ili trajnom nesposobnošću za posao.

Želju za prestankom pušenja izrazilo je više od polovice ispitanika, ali u tome niti jedan nije ustrajao duže od 30 dana. Većina pušača iz ovog istraživanja je probala prestati pušiti, ali nije znala kako to provesti, jer nije imala stručnu pomoć i podršku. Kod jednog dijela ispitanika iz ovog istraživanja javio se revolt na reklame koje su protiv pušenja, što može predstavljati izraz nemoći da se odupru svom poroku. Pušenje je rizični faktor zdravlja na koji liječnici moraju obratiti osobitu pozornost. Bitno je da liječnici obiteljske medicine uredno vode registre pušača, provode preventivne preglede pogotovo kod muškaraca koji puše (spirometrija jednom godišnje) zbog izravne povezanosti KOPB i pušenja. Liječnik treba biti podrška pacijentu u procesu odvikavanja od pušenja. Pacijentima treba objasniti da je sama želja za prestankom pušenja početak procesa odvikavanja, a cjelokupni proces dug i mukotrpan.

Važno je naglasiti da je pušenje jedan od rizičnih čimbenika koji pravovremenom prevencijom možemo otkloniti. Pušenje uzrokuje neprekidan odljev novca koji je toliko poguban za svjetsku ekonomiju da ga i najkonzervativnije procjene ocjenjuju kao ukupno izdvajanje za zdravstvo u svim zemljama u razvoju zajedno. Svjetska banka također procjenjuje da su programi prevencije u školama najisplativiji programi prevencije uopće. Napori promicanja zdravlja i pokušaji utjecaja na



mlade da ne započnu pušiti bili bi djelotvorniji kad bi se više pozornosti poklonilo pušačima da prestanu pušiti. Prestanak pušenja bez obzira u kojoj dobi pomaže smanjenju opasnosti od pasivnog pušenja.

Preventivni programi u školama prije svega bi trebali povećavati informiranost mladih o štetnosti duhana na zdravlje, te djelovati na promjene stavova, vjerovanja, nakana i ponašanja. Trebali bi pomoći mladima u stjecanju vještina prepoznavanja i odupiranja negativnim društvenim utjecajima.

## Literatura

1. Growing up without tobacco. World No Tobacco Day. May 31, 1998. Geneva: World Health Organization; 1998.
2. Knežević Praveček M. Pušenje kao čimbenik rizika za bolesti srca [magistarski rad]. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2006.
3. Tobacco or health: a global status report. Geneva: World Health Organization; 1997.
4. Šimunić M. Zašto ne pušiti? Zagreb: [vlast. nakl].; 2001.
5. Čale Mratović M, Kmetović Prkačin K, Bouillet D, Džono Boban A. Uporaba duhana u populaciji srednjoškolaca Dubrovačko neretvanske županije 2001 g. i 2006 g. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [časopis na internetu]. 2007;3(10):[oko 6 str.]. Dostupan na: <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=13311&rnd=> (2. studeni 2011)
6. Ćorić T, Hrabak-Žerjavić V, Kuzman M, Mayer M. Svjetsko istraživanje o uporabi duhana u mladih. Rezultati za Hrvatsku. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2006.
7. Zavod za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije. Uporaba duhana među srednjoškolcima Brodsko posavske županije. Slavonski Brod: Zavod za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije; 2004.
8. Zerić D. Pušenje će životom platiti deset tisuća Hrvata. 9. siječanj 2007. Dostupno na: <http://www.kastela.org/content/view/3397/2/> (2. studeni 2011)

## Razgovor o specijalizaciji iz obiteljske medicine s prof.dr.sc. Milicom Katić

Razgovor vodila Rajka Šimunović

Poštovana profesorice!

Obzirom na novonastalu situaciju neuvrštavanja naše specijalizacije u jedinstveni Pravilnik o specijalističkom usavršavanju bit ću slobodna uputiti Vam nekoliko pitanja:

1. Zašto specijalizacija iz obiteljske medicine nije uvrštena u jedinstveni Pravilnik o specijalističkom usavršavanju?
2. Znači li neuvrštavanje naše specijalizacije njezino ukidanje?
3. Kakve će biti posljedice za liječnike koji su do sada završili specijalizaciju?
4. Kakvo je Vaše viđenje budućnosti naše struke i specijalizacije?

### Uvod:

Specijalizacija opće medicine koja je započela u Hrvatskoj 1960. godine afirmirala je stručne i organizacijske zasade rada u našoj struci te je postala prihvaćeni instrument zdravstvene politike i stručnog obrazovanja u zdravstvu u najvećem broju Europskih država.

Specijalizacija predstavlja određenje svake medicinske specijalnosti, a to je poglavito važno za obiteljsku medicinu koja uz svoja specifična područja objedinjava mnoga područja iz drugih specijalnosti. Stoga je izrada programa specijalizacije obiteljske medicine uvijek iznimno osjetljiva jer se brojne druge medicinske specijalnosti zbog „multidisciplinarnosti“ obiteljske medicine smatraju odgovornima definirati „svoj“ specifični sadržaj unutar specijalizacije obiteljske medicine. Naši učitelji i prethodnici u stvaranju programa specijalizacije definirali su specifične sadržaje struke i razriješili brojne dileme i nesporazume s

predstavnicima drugih medicinskih specijalnosti. No, usprkos tome i u stvaranju ovog novog prijedloga specijalizacije obiteljske medicine bilo je mukotrpnog usuglašavanja, rasprava i poteškoća u postizanju suglasja.

U Hrvatskoj je 2007. započeo projekt prilagodbe specijalističkih programa u skladu sa Direktivom Europske Unije 36/2005(EU Directives nr 36/2005). Za svaku medicinsku specijalnost imenovana je radna skupina predstavnika Medicinskih fakulteta, Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora. Radna skupina za medicinsku specijalnost „Obiteljska medicina“ sastavljena je odlukama Dekanske konferencije Medicinskih fakulteta, Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora i potvrđena odlukom Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, a za predsjednika radne skupine imenovana je prof.dr.sc.Milica Katić. Članovi Radne skupine za medicinsku specijalnost „Obiteljska medicina“ (u daljem tekstu Radne skupine) po tom paritetnom principu su bili: prof. dr.sc. Mladenka Vrcić-Keglević MF Zagreb, prof. dr.sc. Eris Materljan MF Rijeka, prof.dr.sc. Mirjana Rumbolt MF Split, prof.dr.sc. Rudika Gmajnić MF Osijek; prim.dr. Slavko Lovasić, prim.dr. Dragomir Petric, prim.mr.sc. Nevenka Vinter-Repalust, prim.mr.sc. Rihard Perinović - Hrvatska liječnička komora; prof.dr.sc. Milica Katić, prim. mr.sc. Bruno Mazzi, prof.dr.sc. Biserka Bergman-Marković, prim.dr. Nevenka Krčmar - Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora. Kako u europskom udruženju specijalista (UEMS) nije uključena obiteljska medicina to je kao pridruženi član Radne skupine imenovan doc.dr.sc. Hrvoje Tiljak predstavnik Hrvatske u Europskoj uniji liječnika opće medicine (European Union of General Practitioners-UEMO).

U izradi programa osim imenovanih članova Radne skupine sudjelovali su nastavnici sve četiri katedre obiteljske medicine po pozivu pročelnika katedri koji su bili punopravni članovi. Posebice su aktivno sudjelovali u radu doc.dr.sc. Ines Diminić Lisica, dr. sc. Zlata Ožvačić-Adžić, Venija Cerovečki-Nekić, Davorka Vrdoljak, mr.sc. Nataša Mrduljaš Đujić, dr.sc. Sanda Pribić, doc. dr. sc. Đurđica Kašuba Lazić i Dragan Soldo.

U proljeće 2010. prof.dr.sc Mladenka Vrcić-Keglević podnijela je ostavku na članstvo u Radnoj skupini te ju je kao predstavnik Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu zamijenila prof. dr.sc. Sanja Blažeković-Milaković.

Radna je skupina kontinuirano radila od proljeća 2007. do 23. svibnja 2011. godine kad je na sastanku Središnjeg Povjerenstva za izradu specijalističkih programa s predstavnicima obiteljske medicine i pedijatrije usvojen Prijedlog programa specijalizacije obiteljske medicine.

Od veljače do svibnja 2011. godine održano je nekoliko sastanaka Radne skupine sa Središnjim Povjerenstvom za izradu specijalističkih programa i predstavnicima radnih skupina za specijalizaciju interne medicine, pedijatrije i ginekologije o usklađivanju sadržaja tih specijalističkih disciplina u sadržaju specijalizacije obiteljske medicine. Dodatno, na tim sastancima su članovi Središnjeg Povjerenstva za izradu specijalističkih programa iznijeli prijedlog dijela liječnika obiteljske medicine pa i jednog stručnog društva za priznavanjem specijalizacije obiteljske medicine temeljem radnog iskustva te prijedlog da se specijalizacija obiteljske medicine izdvoji u zaseban pravilnik. Radna skupina je najprije u raspravi na sastancima te prijedloge odbila, odnosno obrazložila da su neprihvatljivi. Potom je radna skupina svoja gledišta dopisom od 10.5.2011. uputila Središnjem Povjerenstvu za izradu specijalističkih programa pozivajući se i na istovjetne zaključke sastanka Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu Hrvatske liječničke komore u proširenom sastavu održanom 19. veljače 2011. godine te na druge dokumente. Tako je II. Kongres

Društva nastavnika opće/obiteljske medicine koji je održan od 10-12. ožujka 2011. u Zagrebu uz učešće preko 400 liječnika obiteljske medicine kao jedan od zaključaka okruglog stola posvećenog edukaciji u obiteljskoj medicini istaknuo zahtjev da se specijalizacija obiteljske medicine uvrsti u jedinstveni pravilnik o specijalističkom usavršavanju. U zaključcima Interkatedarskog sastanka katedri obiteljske medicine sva četiri medicinska fakulteta u Hrvatskoj održanog 25.3.2011. u Zagrebu ističe se također nužnost uvrštenja programa specijalizacije obiteljske medicine u jedinstveni pravilnik o specijalističkom usavršavanju kao bitan preduvjet redovitog održavanja specijalističkog obrazovanja liječnika obiteljske medicine i osiguranja da se tim obrazovanjem obuhvati dovoljan broj liječnika zbog unapređenja kvalitete primarne zaštite u Republici Hrvatskoj. Nadalje, XVIII. Kongres Hrvatske udruge obiteljske medicine – HUOM koji je održan od 19-21. svibnja u Osijeku uz učešće preko 800 liječnika obiteljske medicine kao najvažniji zaključak svog rada istaknuo je potrebu da naša specijalizacija bude uvrštena u jedinstveni pravilnik o specijalističkom usavršavanju ravnopravno drugim medicinskim strukama Kako Radna skupina nije dobila odgovor Središnjeg Povjerenstva za izradu specijalističkih programa zatražen je sastanak s državnim tajnikom doc.dr.sc. Antom Zvonimirom Golemom do kojeg nije došlo. Napokon, zahtjev za uvrštenjem specijalizacije iz obiteljske medicine u jedinstveni Pravilnik o specijalističkom usavršavanju Radna je skupina poslala i potpredsjedniku Vlade i ministru zdravstva i socijalne skrbi 23.5.2011. To je pismo dostupno na mrežnim stranicama profesionalnih društava obiteljske medicine jer je Radna skupina smatrala da po objavljivanju Pravilnika o specijalističkom usavršavanju u kolovozu 2011. u kojem nema specijalizacije obiteljske medicine liječnici obiteljske medicine moraju znati da je Radna skupina bila protiv takve odluke.

Naknadno je Radna skupina izvještena da su u radu za izradu Nacrta Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine

s državnim tajnikom doc.dr.sc. Antom Zvonimirom Golemom pozvani na suradnju kolege iz KoHom-a, Mario Malnar, dr. med. i prim.Vjekoslava Amerl Šakić dr.med. Kako su kolege iz KoHoma imali priliku vidjeti nacrt pravilnika i uočiti nepovoljne odredbe predlagali su nadopune i izmjene i navodno dobili usmenu potvrdu da su tražene izmjene koje su se prvenstveno odnosile na način financiranja uvrštene u definitivni prijedlog. Međutim taj prijedlog nije bio dostupan. Potaknuta tim zbivanjem Radna je skupina organizirala 26.10.2011. sastanak na kojem su se okupili predstavnici sva četiri stručna društva, sve četiri katedre, te predstavnici liječnika obiteljske medicine u Hrvatskoj liječničkoj komori - Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu i predstavnici u drugim europskim asocijacijama.

Na tom sastanku su kolege koji su sudjelovali u izradi prijedloga Pravilnika o specijalizaciji obiteljske medicine i oni koji su imali prilike razgovarati sa državnim tajnikom doc.dr.sc. Antom Zvonimirom Golemom izvijestili o temeljnim primjedbama na predloženi pravilnik.

**RŠ: Zašto specijalizacija iz obiteljske medicine nije uvrštena u jedinstveni Pravilnik o specijalističkom usavršavanju?**

**MK:** Prema raspravama na sastancima s Radnom skupinom tijekom proljeća 2011. godine državni tajnik doc.dr.sc. Ante Zvonimir Golem izjavio je da su način izvođenja specijalizacije obiteljske medicine, potreba za osiguranjem zamjena liječnika koji je na specijalizaciji te osiguranje financijskih sredstava razlozi zašto se specijalizacija obiteljske medicine treba izdvojiti u poseban pravilnik.

U prijedlogu pravilnika je navedeno da će troškove specijalizacije snositi onaj tko liječnika upućuje na specijalizaciju (dom zdravlja ili liječnik privatne prakse). Prema informacijama koje su na sastanku 26.10.2011. iznijeli dr. Mario Malnar i doc.dr.sc. Ines Diminić-Lisica državni je tajnik izjavio da će troškove specijalizacije za liječnika obiteljske medicine snositi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Mislim da je pitanje financiranja osnovni razlog zašto specijalizacija iz obiteljske medicine nije uvrštena u jedinstveni Pravilnik o specijalističkom usavršavanju!

**RŠ: Znači li neuvrštavanje naše specijalizacije njezino ukidanje?**

**MK:** Tradicija specijalizacije obiteljske medicine u Hrvatskoj te europska praksa i zahtjevi osiguravaju opstanak specijalizacije obiteljske medicine. Međutim, upitno je koliko će liječnika pod uvjetima koje definira odnosno koje će definirati pravilnik moći pohađati specijalizaciju. Prema sadašnjem stanju u obiteljskoj medicini samo je 41% specijalista, a za održanje postojećeg stanja godišnje je potrebno barem 80 novih specijalista čak i više prvih godina obzirom da su većina specijalista obiteljske medicine stariji od 50 godina. Dakle, specijalizacija ne može nestati, ali se može znatno smanjiti broj novih specijalista. Vjerujem da će i Hrvatska uvesti odredbu da je specijalizacija obiteljske medicine obvezatan uvjet za ođenje prakse što će sigurno biti poticajno za specijalizaciju obiteljske medicine. No, ako se ne prihvate zahtjevi naše struke da se specijalizacija obiteljske medicine financira iz državnih sredstava sigurno će se broj specijalista znatno smanjiti.

**RŠ: Kakve će biti posljedice za liječnike koji su do sada završili specijalizaciju?**

**MK:** Prema važećoj pravnoj praksi stečene kvalifikacije i odobrenje za rad liječnicima u Republici Hrvatskoj ostaju na snazi. Dakle, naši specijalisti će i nadalje imati status specijaliste u Republici Hrvatskoj. Kako je naša specijalizacija do sada trajala tri godine ona je po europskoj praksi punopravna specijalizacija i automatski se priznaje.

Za liječnika bez specijalizacije koji rade u sustavu neće biti promjena jer se priznaje zatečeno stanje. Svaka zemlja prema svojim prilikama osigurava prijelazno razdoblje u prilagodbi propisima u Europskoj Uniji.

**RŠ: Kakvo je Vaše viđenje budućnosti naše struke i specijalizacije?**

**MK:** U tematskom broju časopisa *Medix* posvećenog obiteljskoj medicini opisane su mogućnosti i budućnost naše struke i specijalizacije. O tome je pisano i u drugim časopisima, zbornicima s kongresa naših društava te u izvješćima radnih skupina. Ovom ću prilikom samo ukratko navesti one elemente koje smatram posebice važnim za unapređenje i održanje naše struke.

I. Udruživanje liječnika privatnika-koncesionara u grupne prakse sukladno trendu kretanja organizacijskih oblika opće medicine i primarne zdravstvene zaštite u europskim zemljama. U europskim zemljama opada broj „solo“ prakse a povećava se broj različitih oblika grupnih praksi i/ili organizacija primarne zaštite u zajednici. Udruživanje u grupnu praksu treba biti dobrovoljno, fleksibilno, zadovoljavati profesionalne standarde te biti financijski prihvatljivo i poticajno za sve članove.

II. Implementacija kombiniranog sustava plaćanja koji će omogućiti liječnicima profesionalni i financijski poticaj za unapređenje kvalitete rada. U predloženom modelu plaćanja u obiteljskoj medicini u Republici Hrvatskoj glavarina i nadalje predstavlja glavni dohodak liječnika. Fiksni dio predstavlja 80% glavarine i bazične troškove prakse. Varijabilni dio čini plaćanje po modelu cijena puta usluga za određene dijagnostičke i terapijske postupke te obvezatne preventivne aktivnosti. Postojeće dodatke od 3% za specijalizaciju te 5% glavarine za grupnu praksu treba zadržati te tome pridodati i plaćanje za provođenje nastave u praksi i za istraživački rad. Samo u slučaju kad se izvrši obvezatni program treba uvesti po uzoru na druge države plaćanje za specifične preventivne programe (nacionalne i/ili lokalne), i plaćanje većeg opsega i složenijih DTP postupaka koji zahtijevaju dodatnu opremu i edukaciju liječnika.

III. Razvoj i implementacija elektroničkog zdravstvenog zapisa koji će biti oblikovan u suglasju s potrebama i načinom rada obiteljskih liječnika. Liječnici obiteljske medicine opetovano

upozoravaju da su najvažniji elementi elektroničkog zdravstvenog kartona vođenje zdravstvenog kartona po obrascu trajne i sveobuhvatne skrbi; mogućnost korištenja odnosno „povlačenja“ vlastitih podataka iz centralne jedinice; postojanje obiteljskog elektroničkog zdravstvenog kartona te mogućnost trajnog bilježenja i svrstavanja podataka i izrade zadanih izvješća o svim provedenim aktivnostima koje su određene ugovornim obvezama.

IV. Osiguranje i unapređenje kvalitete rada kroz primjenu primjerenih indikatora kvalitete rada te uspostavljanje prave profesionalne kontrole. Po uzoru na razvijene sustave stručne kontrole i njihovu primjenjivost, prilagođene našoj praksi i tradiciji moguće je za početak iz postojećih podataka koji se rutinski prikupljaju odabrati pokazatelje koji bi mogli biti osnovica za primjerenu stručnu kontrolu. Ti pokazatelji trebaju obuhvatiti najvažnija područja rada a to su: klinički rad, vođenje i upravljanje praksom te odnos s bolesnicima- bolesnikovo zadovoljstvo. U razvoju i implementaciji stručne kontrole najveću važnost i odgovornost imaju profesionalna udruženja, akademske jedinice obiteljske medicine te financijeri i organizatori zdravstvenog sustava.

V. Osiguranje trajnog specijalističkog usavršavanja dostatnog broja liječnika obiteljske medicine je nezaobilazan uvjet za održanje naše struke i kvalitete zdravstvene zaštite stanovništva Hrvatske. Obiteljska medicina je temelj zdravstvenog sustava, a liječnik obiteljske medicine ima jednako veliku odgovornost kako za bolesnika tako i za raspolaganje svim resursima zdravstvenog sustava. Za tako složene profesionalne zadatke nužno je dodatno obvezatno specijalističko obrazovanje liječnika obiteljske medicine. Zbog održanja zdravstvenog sustava koji se u Republici Hrvatskoj temelji na načelima solidarnosti, jednakosti i dostupnosti zdravstvene zaštite te je bitan element određenja Hrvatske kao socijalne države, uvjerena sam u napredak specijalizacije obiteljske medicine.

## Postati član EGPRN – Zašto je važno i kako to učiniti?

### Europska mreža istraživača iz obiteljske medicine (European General Practice Research Network (EGPRN))

#### Đurđica Kašuba Lazić

Primarna zdravstvena zaštita, uključujući medicinsku disciplinu opće/obiteljske medicine temelj je mnogih sustava zdravstvene zaštite u Europi. Njezin je potencijal velik: 80% svih razloga dolaska može se riješiti u primarnoj zaštiti. Holistički pristup diferencijalnoj dijagnozi, liječenju čestih poremećaja, prevencija, liječenje i praćenje kroničnih bolesti, skrb za kompleksne probleme kao što su multimorbiditet i polipragmazija samo su neke od ključnih značajki koje opisuju specifični sadržaj rada obiteljske medicine.

Istraživanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osigurava podatke temeljene na dokazima kojima se oblikuju smjernice, važan alat za implementaciju medicinskog znanja u praksu. Njima se umanjuje neželjena varijabilnost u pružanju zdravstvene zaštite, postavljaju se ciljevi kvalitete u pružanju zdravstvene zaštite te one podržavaju medicinsku edukaciju kao i kontinuirani profesionalni razvoj. Rastuće multikulturalno društvo, tehnološki razvoj i razvoj temeljnih istraživanja, danas su izazovi za istraživanje u primarnoj zaštiti.

Opća medicina je akademska disciplina koja se brzo razvija, a čiji je razvoj praćen rastućim brojem znanstvenih publikacija u svim europskim zemljama.

Europska mreža istraživača iz obiteljske medicine (European General Practice Research Network (EGPRN)) promovira izvrsnost u istraživanju i podržava istraživače u općoj/obiteljskoj medicini. Uspostava tradicije istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti potisnuta je s relativnom izoliranošću liječnika opće/obiteljske medicine i poteškoćama u postizanju adekvatnih sredstava,

osiguranog vremena za istraživanje i adekvatne edukacije. Čak i na fakultetskim katedrama kompeticija i često konfliktni zahtjevi za kliničkim, nastavničkim i administrativnim obvezama predstavlja isti problem. Ovakve organizacije kakva je i EGPRN važne su kao katalizatori za održavanje entuzijazma liječnika i za osiguranje osobne podrške.

EGPRN (otprije poznat kao EGPRW, European General Practice Research Workshop) je organizacija liječnika opće medicine i drugih zdravstvenih profesionalaca uključenih u istraživanje u primarnoj zaštiti i obiteljskoj medicini. Njena je zadaća: da osigura odgovarajuće okruženje za rasprave i za razvoj istraživanja u primarnoj zaštiti, te za izmjenu iskustava, da podržava i koordinira multinacionalna istraživanja, da razvija nepobitnu znanstvenu osnovu za opću medicinu. Dodatno, EGPRN također nudi liječnicima opće medicine mogućnost da susretnu strane kolege koji su spremni na međunarodnu suradnju.

Bilo tko, ako je zainteresiran za istraživanje u primarnoj zaštiti dobrodošao je na sastanke EGPRN-a. Mladi istraživači se posebice podržavaju da prezentiraju svoj rad. Danas, EGPRN ima više od 400 članova iz gotovo svake europske zemlje. EGPRN-om upravlja Glavni odbor (predsjednik, potpredsjednik, tajnik, blagajnik i četiri člana) podržan i izabran od vijeća EGPRN-a kojeg čine nacionalni predstavnici iz svake zemlje članice. Glavni odbor i Vijeće sastaju se dva puta godišnje. Još tri odbora podržavaju Vijeće: Odbor za edukaciju, Odbor za strategiju istraživanja i Odbor za komunikaciju.

Univerzitet u Maastricht-u kroz središnji administrativni ured i koordinacijski centar na Katedri za opću medicinu, osigurava čvrstu podršku EGPRN-u. Redovite konferencije se održavaju u proljeće i jesen u različitim europskim zemljama u organizaciji nacionalnog predstavnika i organizacijskog odbora.

Konferencije (dva cijela dana znanstvenih prezentacija) uključuju sesije na već predviđene teme konferencije kao i na slobodne teme. Drugi oblici prezentacije su „jedan slajd/pet minutna prezentacija i poster sekcija koja je vođena od strane voditelja“.

Na svim tim konferencijama podržava se „stil radionice“, tako da se svi oblici istraživanja, bilo da se radi o pripremi istraživanja, istraživanju koje je u tijeku, onome koje ima već gotove rezultate, ili je već publicirano, prezentiranju u atmosferi, koja iako pruža objektivnu kritiku, istovremeno je prijateljska i sigurna. Posebna se pažnja polaže na diskusiju poslije svake prezentacije, koja zbog tih razloga uvijek traje 30 minuta (15 minuta prezentacije, 15 minuta diskusije). Sažeci radova s konferencija publiciraju se dva puta godišnje u časopisu *The European Journal of General Practice*. Također su i druge EGPRN aktivnosti povezane s konferencijama koje se održavaju dva puta godišnje.

EGPRN u suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom (SZO), nacionalnim kolegama i akademskim tijelima, organizira međunarodne tečajeve o metodologiji istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, nudeći ekspertizu međunarodnih nastavnika. EGPRN predstavlja snažnu istraživačku mrežu u Europi. Mnoga međunarodna istraživanja su bila (i sada su) vođena od skupine istraživača iz opće medicine kroz EGPRN mrežu. EGPRN se također bavi strategijom istraživanja i edukacijom o istraživanju.

Detaljne informacije o povijesti organizacije, dosadašnjim predsjednicima, mjestima i državama održavanja konferencija, EGPRN bibliografiji, ulozi EGPRN odbora za razvoj istraživanja, (ciljevi, istraživački fond, aplikacije i kriteriji), ulozi EGPRN

odbora za edukaciju u istraživanju (međunarodni tečajevi o metodologiji istraživanja) mogu se naći na adresi. [www.egprn.org](http://www.egprn.org)

## Kako postati član EGPRN?

Ove godine se obnavlja članarina za period u trajanju tri godine, lipanj 2011. – lipanj 2014. Pored toga što je članarina značajno smanjena, novost je u tome da je uz članstvo u EGPRN-u omogućen i slobodan, online pristup časopisu *European Journal of General Practice*, također tijekom trogodišnjeg perioda.

### Individualna članarina

Kao EGPRN individualni član posjedovat ćete različite pogodnosti:

1. za 50% umanjenu kotizaciju za EGPRN konferencije
2. 50% umanjenu cijenu pred-konferencijskih radionica
3. slobodan, online pristup časopisu *European Journal of General Practice*
4. Možete sudjelovati u izboru za nacionalnog predstavnika u vašoj zemlji
5. Možete surađivati na različite načine unutar EGPRN-a: u radu odbora, predložiti ili surađivati na kolaborativnim istraživanjima, participirati na tečajevima o istraživanju, predložiti održavanje konferencije u vašoj zemlji itd.
6. Možete aplicirati za sredstva za vaše međunarodno kolaborativno istraživanje
7. Članovi iz zemalja s relativno niskim BND/poglavi mogu aplicirati za djelomično smanjenje koštanja EGPRN tečajeva o metodologiji istraživanja.

### Institucionalna članarina

Kao član katedre ili organizacije sigurno će vam se isplatiti trošak za sudjelovanje u EGPRN aktivnostima.

Kao institucionalni član EGPRN-a, imat ćete slijedeće pogodnosti:

1. 50% smanjenje kotizacije za dva delegata/konferenciji
2. 50% umanjenu cijenu pre-konferencijske radionice za dva delegata/konferenciji
3. Kontakt osoba za Institucionalne članove je navedena kao član EGPRN savjetodavnog odbora na EGPRN web stranici te i ima pravo da daje prijedloge glavnom odboru EGPRN-a i izvršnom odboru.
4. Svi institucionalni članovi mogu aplicirati za sredstva za međunarodna kolaborativna istraživanja
5. Delegati iz vaše organizacije koji posjete EGPRN konferenciju mogu jednako kao i individualni članovi – sudjelovati i surađivati u različitim aktivnostima EGPRN-a. (u radu odbora, započeti ili surađivati na kolaborativnim istraživanjima, participirati na tečajevima o metodologiji istraživanja, predložiti održavanje konferencije u svojoj zemlji itd.)

Također ćete redovito biti informirani preko vašeg e mail-a o novostima u EGPRN i o ostalim aktualnim temama koje mogu biti interesantne kao što su WONCA Europa, druge mreže, druge konferencije, teme iz edukacije, kolaborativna istraživanja itd. EGPRN ima delegate u glavnom odboru WONCA Europe, a također je i institucionalni član Europskog Foruma za primarnu zdravstvenu zaštitu.

### Kako postati član?

Pozivamo vas da pogledate pregled novog «EGPRN sustava članarine za period 2011.-2014. koji je postavljen od blagajnika EGPRN-a i potvrđen od članova Glavnog odbora i Vijeća EGPRN-a na sastanku 19.05.2011. Pretpostavljamo da ćete biti pozitivno iznenađeni s navedenim pogodnostima. Posjetite stranicu: <http://egprn.org/web/membership/membershipfees>

Neki detalji sa te stranice su navedeni kako slijedi:

#### Individualna članarina za Hrvatsku iznosi:

75 Eura za tri godine

30 Eura za jednu godinu (uključuje 2 konferencije)

#### Institucionalna članarina za Hrvatsku iznosi:

375 Eura za 3 godine za 2 delegata po konferenciji /3 godine

140 Eura za 1 godinu 2delegata /konferenciji 2 konferencije /godinu

#### Kotizacija po konferenciji za Hrvatsku:

150 Eura

#### Radionice (polu dana) na temu istraživanja

(cijena za Hrvatsku)

25 Eura

### Konferencije EGPRN: Kako aplicirati i kako poslati rad?

EGPRN konferencije održavaju se dva puta godišnje (proljeće i jesen) u različitim europskim zemljama, osiguravajući forum za prezentiranje i diskusiju istraživanja relevantnog za opću/obiteljsku medicinu.

Konferencije organizira nacionalni predstavnik te zemlje, potpomognut organizacijskim odborom. One traju od četvrtka (pre-konferencijske radionice, sastanci upravnog i izvršnog odbora, koktel dobrodošlice) do nedjelje (sastanak glavnog odbora), s petkom i subotom koji su glavni dani konferencije. Prisutnost je slobodna za članove, a oni koji nisu članovi mogu postati ili pak platiti kotizaciju za prisustvovanje konferenciji.

#### Glavni ciljevi EGPRN konferencija su:

- omogućiti pogodno okruženje liječnicima opće medicine i istraživačima u općoj medicini na kojem mogu prezentirati i diskutirati svoja istraživanja (uključujući i istraživanja u tijeku),
- podržavati kritičku i konstruktivnu diskusiju koja je fokusirana na metodologiji istraživanja,



koja će omogućiti autoru istraživanja da ubuduće razvija i unaprijedi svoj projekt i da iz njega pripremi publikaciju; također omogućuje istraživaču diskusiju sa skupinom istraživača iz cijele Europe i kao i onima koji su iskusni u istraživanju na području opće medicine,

- da podržava mrežu i suradnju između starijih i mladih istraživača iz svih zemalja Europe, te da kreira platformu za razmjenu kolaborativnih međunarodnih projekata.

## Kako poslati rad?

EGPRN podržava prezentacije završenih istraživačkih projekata no isto tako i istraživačke ideje ili istraživanja u tijeku. Posebno je vrijeme osigurano za diskusiju nakon svake prezentacije. Četiri su oblika prezentacije navedena kasnije. Autori se pozivaju da istovremeno, kada šalju sažetak za konferenciju, također predlože i oblik prezentacije rada, no konačnu odluku donosi odbor koji planira svaku konferenciju.

### Prezentacija na glavnu temu

Na svakoj konferenciji, posebno je vrijeme određeno za prezentacije na specifičnu temu, koja je ujedno i glavna tema konferencije. Temu konferencije dogovaraju odbor za istraživanja, Izvršni odbor EGPRN (EGPRN Council) ili domaćin konferencije a temu potvrđuje EGPRN Council. Tematske prezentacije se prezentiraju na način plenarne sesije u trajanju od 30 minuta od kojih je 15 minuta namijenjeno za prezentaciju, a 15 minuta za diskusiju.

### Slobodne teme

Te prezentacije nisu povezane za glavnu temu. One mogu biti prezentirane u paralelnim sesijama, u trajanju su od 30 minuta, s 15 minuta prezentacije i 15 minuta diskusije

### Jedan slajd /5 minutna prezentacija

Ovaj način prezentacije prikladan je za istraživače koji žele predstaviti ideju za buduća istraživanja, ona započinje pitanjem koji se odnosi na problem istraživanja. Ovo je način kako da se pozovu drugi da sudjeluju u planiranom istraživanju.

Pet minuta je planirano za svaku prezentaciju, korištenjem jednog slajda (bez ili s malo animacija), potom slijedi 5 minuta diskusije.

### Poster:

EGPRN poster su izloženi tijekom cijele konferencije. Cijela jedna sesija posvećena je diskusiji o svim posterima. Svaki poster predstavlja osoba koju je odredio voditelj poster sesije, i koji diskutira s autorom i prisutnima. Oni koji prezentiraju poster trebaju prisustvovati cijeloj konferenciji, no posebno je važno da budu prisutni za vrijeme sesije o posterima. Poster mora imati «portret formu» i dimenziju 1,75 m x 1 m, no može biti i manji.

Otprilike 5 mjeseci prije EGPRN konferencije, poziv za sažetke pojavljuje se na internetu ([www.egprn.org](http://www.egprn.org)) i šalje se email-om na adrese svih članova EGPRN-a. Sažeci moraju biti strukturirani (uvod, istraživačko pitanje, metode, rezultati, zaključak i na kraju sadržavati relevantnost/pitanje za EGPRN) sve sadržano u tekstu do 300 riječi. Tablice i reference se ne moraju prikazati.

Sažetak mora biti poslan u formatu koji se nalazi na web-u na [www.egprn.org](http://www.egprn.org).

Autor mora navesti želi li primiti povratnu informaciju o razlogu u slučaju neprihvatanja ili informacije o vještini prezentacije svoga rada na konferenciji. Sažetke ocjenjuju četiri iskusna istraživača (dva iz zemlje domaćina, i dva međunarodna). U prvoj fazi ocjene sažetaka recenzenti ne znaju imena autora, koristi se strukturirani način ocjenjivanja s mogućnošću i individualnih kriterija za svaki sažetak.

**Valjanost se procjenjuje kroz slijedeće:**

Je li istraživačko pitanje jasno i fokusirano?

Je li metoda prikladna istraživačkom pitanju?

Jesu li rezultati konzistentni s metodologijom istraživanja i s istraživačkim pitanjem?

Je li zaključak temeljen na rezultatima?

**Relevantnost se opisuje kroz slijedeće podatke:**

Je li istraživanje originalno i prikazuje novo znanje?

Je li opisuje kliničku temu?

Jesu li rezultati primjenjivi u općoj medicini ili u edukaciji?

Dodatni bodovi mogu se dati za posebne uvjete ili poteškoće istraživanja, npr. interesantna metodologija istraživanja ili projekt koji je proveden u teškim okolnostima. Sustav skoriranja također se primjenjuje i za sažetke koji prikazuju istraživačke ideje ili istraživanje koje je u tijeku.

Odluka o prihvaćanju ili neprihvatanju sažetaka temelji se na ukupnom zbroju bodova sva četiri recenzenta, kao i ovisno o dostupnom prostoru u programu konferencije.

**Povratna informacija na neprihvaćeni sažetak**

EGPRN nudi mogućnost da autor primi povratnu informaciju o razlogu zašto sažetak nije prihvaćen, s namjerom da pomogne autoru da unaprijedi svoj rad. Stoga je napravljen strukturirani obrazac kako bi olakšao odgovor, a on se sve češće traži od autora.

**Povratna informacija na vještinu prezentacije**

EGPRN je pripremio smjernice kako pripremiti i prezentirati svoj rad ili napraviti poster. Autori imaju mogućnost da dobiju strukturiranu povratnu informaciju o načinu i kvaliteti svoje prezentacije na konferenciji.

**Mentoriranje**

Dodatno, uz mogućnost povratne informacije o prezentaciji, EGPRN također nudi i mogućnost mentorstva. Onim autorima koji su zainteresirani imenuje se mentor koji se može pridružiti projektu ili publikaciji kako bi pomogao istraživaču/autoru da postigne svoj cilj.

**Pred-konferencijske radionice:**

Na konferencijama EGPRN-a, organiziraju se vrlo interaktivne radionice u trajanju od pola dana, namijenjene liječnicima istraživanjima iz opće medicine zemlje domaćina i članovima EGPRN-a. Fokus je na istraživačkim vještinama (npr. dizajn prijedloga istraživanja, pretraživanje literature, pisanje članka, oralna prezentacija, pisanje sažetka, organiziranje fokus grupe, i dr.)

Izbor tema vezan je za suglasnost i potrebe zemlje domaćina. Predavači suiskusni nastavnici i istraživači iz pojedinog područja, u suradnji s istraživačima zemlje domaćina kao i onih istraživača koji dolaze iz drugih zemalja.

**Kolaborativni sastanci i sastanci specijalnih interesnih skupina**

Tijekom konferencije postoji mogućnost da se sastanu skupine koje već sudjeluju u pojedinom projektu, a također i individualnim istraživačima da izmijene informacije i komuniciraju s potencijalnim istraživačima za suradnju u kolaborativnim istraživanjima.

**EGPRN – Odbor za komunikaciju i za istraživanje prakse**

Glavni odbor Vijeće EGPRN-a organizirali su odbor za elektronsku komunikaciju koji savjetuje organizacije vezano za činjenice vezano za komunikaciju i odnose s javnošću. Svaki član EGPRN-a može se nominirati za člana ove skupine. Za više informacija o nominaciji, članstvu/izboru u ovu grupu, obratite se Hanny Prick hanny.prick@

hag.unimaas.nl

**EGPRN website <http://www.egprn.org>**

Jedna od glavnih značajki elektronske komunikacije za EGPRN je stranica na web-u.

EGPRN ima članove iz mnogih europskih zemalja, a stranica predstavlja elektronski «dom» za organizaciju i centar za komunikaciju između članova. Sve dosadašnje prezentacije znanstvenih sažetaka s EGPRN konferencija također su arhivirane na stranici web-a zajedno s detaljima za kontakt s autorom, čineći ih primarnim izvorom za europsko istraživanje u općoj medicini.

EGPRN stranica na web-u aktualno sadržava oko 100 stranica informacija o organizaciji, uključujući općenite informacije o ciljevima, aktivnostima, novostima, detalje o konferencijama, tečajevima i radionicama, dokumente i EGPRN bibliografiju, također i detalje za kontakt s članovima Vijeća, nacionalnim predstavnicima i tajnicom.

Materijali za istraživače uključuju detalje o EGPRN tečajevima i projektima i sve sažetke koji su prezentirani na EGPRW/EGPRN konferencijama od 1993 (oko 650 sažetaka), koji su razvrstani prema konferencijama i autorima. Odnedavno je dokument poslan u PDF obliku zbog lakše dostupnosti za ispis.

Drugi materijali predstavljaju listu poveznica za druge mrežne organizacije, organizacije koje se bave istraživanjima itd.

Stranica se osvježava redovito sa «Što je novo» stranicom koja služi kao vremenska smjernica osvježavanjima web.stranice. Tu se također nalaze i brojne stranice s fotografijama EGPRN konferencija, koje služe novim članovima da se

upoznaju s neformalnom prirodom druženja za vrijeme «svečane večere» i vremena između radnog dijela konferencije.

Stranica je prilično popularna s oko 300 posjeta mjesečno, i stalnim porastom zainteresiranih.

**Elektronska „mailing“ lista – EGPRN list server**

EGPRN mailing lista omogućuje svakome da pošalje e mail većini potpisanih članova EGPRN-a i omogućuje on-line diskusiju. Adresa je EGPRW@yahoogroups.com, ima oko 100 članova.

*Pripremila:*

*doc.dr.sc.Đurđica Kašuba Lazić, dr.med.,primarijus*

Postanite član EGPRN-a!

Za sve dodatne informacije obratite se na adrese:

EGPRN KOORDINACIJSKI CENTAR

Mrs..Hanny Prick

EGPRN Executive Manager

Dpt.of General Practice-Maastricht University

P.O. Box 616

6200 MD Maastricht

The Nethernds

NACIONALNO PREDSTAVNIK U EGPRN-u

Doc.dr.sc. Đurđica Kašuba Lazić, dr.med.

Katedra za obiteljsku medicinu

Medicinski Fakultet

Sveučilište u Zagrebu

Rockefellerova 4

10 000 Zagreb

## Specijalizacija iz obiteljske medicine

Hrvoje Tiljak

### Što je novo u svezi specijalizacije obiteljske medicine?

Unazad tri godine UEMO je predložio metodologiju rješavanja problematike specijalizacije iz obiteljske medicine koja je popularno nazvana „Program u tri koraka“. Tim programom se preporuča pristup pri definiranju problema i postupnost u rješavanju problema kroz tri faze. Postupnik je predviđen za rad na nacionalnom terenu, odnosno na nivou jedne države. Daljnja tri koraka koji čine „program od šest koraka“ se odnose na međunarodno usuglašavanje na nivou Europe i uključuju djelovanje na nivou Europskog parlamenta. Misao vodilja cijelog programa je usuglašavanje od nižeg ka višem nivou, što znači donošenje zaključka i ostvarivanje dogovorenog na nivou profesionalnih organizacija prije nego se što se podigne na slijedeći nivo. U državama u kojima je problematika specijalizacije obiteljske medicine riješena na zadovoljavajući način, program kreće od četvrtog koraka – prenosi se na međunarodni plan. U državama gdje profesionalci obiteljske medicine nisu zadovoljni postojećim rješenjima vezanim za specijalizaciju obiteljske medicine, program kreće od usuglašavanja unutar struke, preko usuglašavanja unutra svih medicinskih specijalnosti do konačnog definiranja dogovorenog rješenja na planu države. Razumljivo, to uključuje i rad na lobiranju za donošenje političkih rješenja, jer program ima za cilj definiranje pravnog okvira specijalizacije na državnom nivou. Prvi korak predstavlja ispitivanje stanja i ciljeva profesionalnih organizacija obiteljske medicine vezanih za specijalizaciju obiteljske medicine.

Vodeći se predloženom metodologijom 25. studenog 2010. na adrese profesionalnih organizacija obiteljske medicine Hrvatske poslan je upitnik od 5

pitanja. Upitnik je poslan organizacijama:

Društvu nastavnika opće-obiteljske medicine

Hrvatskom društvu obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora

Hrvatskoj udružbi obiteljske medicine

Koordinaciji hrvatske obiteljske medicine

U prilogu je upitnik i popratno pismo, odgovori pojedinih organizacija uz opis komentara te zaključni izvještaj o rezultatima ankete.

Stručna društva obiteljske medicine pokazala su visok stupanj usuglašenosti vezna za pitanja specijalizacije. Prema predloženom UEMO-ovom programu, idući korak bi predstavljalo usuglašeno djelovanje na ostvarivanju četiri stava koja su zajednička. Pitanja oko kojih nema suglasja bi trebala ostaviti za rješavanje u tijeku, a pitanja oko kojih postoje suglasje treba aktivno rješavati na planu regulative zdravstva. Kako niti jedna organizacija nije voditelj ovog projekta, u daljnjem radu bi društva trebala zajednički nastupati, ravnopravno i usuglašeno.

U Hrvatskoj liječničkoj komori je 19. veljače 2011. održana tematska sjednica Povjerenstva za PZZ u proširenom sastavu na kojoj su prikazani rezultati provedene ankete.

Literatura:

UEMO Document 2009-008 rev 1, Sofija 02. lipnja 2011.

Izvješće sa sastanka UEMO-a 06. i 07. lipnja 2008. Bergen Norveška. *Medicina Familiaris Croatica* 2008, 2:56-57

## Upitnik

### Naslov organizacije

Nakon usuglašavanja na nivou organizacije zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora:

1. Svi liječnici koji samostalno rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj trebali i bi završiti program specijalističkog usavršavanja iz djelatnosti obiteljske medicine i ispuniti sve uvjete za stjecanje naslova specijaliste obiteljske medicine (jer isto vrijedi za sve druge specijalnosti medicine struke u Hrvatskoj)

DA

NE

Ako Da:

2. Provođenje program specijalizacije obiteljske medicine u Hrvatskoj mora slijediti isti protokol koji vrijedi za sve druge specijalizacije, a osobito u načinu definiranja broja specijalizantskih mjesta, te provođenja natječaja, izbora specijalizanata i načina financiranja specijalizacije.

DA

NE

3. Liječnici koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj imaju pravo birati žele li završiti program specijalističkog usavršavanja i steći naslov specijaliste obiteljske medicine ili nastaviti raditi do kraja svoje profesionalne karijere bez istog (što ne smije utjecati na mogućnost nastavka rada u djelatnosti obiteljske medicine).

DA

NE

4. Liječnicima koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj i izraze želju da steknu naslov specijaliste obiteljske medicine moraju se osigurati stimulativni uvjeti za stjecanje naslova specijalista, uključujući restrukturiranje programa specijalističkog usavršavanja i/ili mogućnost direktnog izlaska na specijalističkog ispita sukladno njihovim individualnim i profesionalnim potrebama, te prethodnom radnom iskustvu.

DA

NE

5. Liječnici koji počinju raditi u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj, a diplomirali su na medicinskom fakultetu zaključno s 31.12. 2011..... (upisati korekciju godine) godine moraju ispuniti uvjete navedene u 1. tvrdnji, odnosno završiti puni program specijalističkog usavršavanja iz obiteljske medicine da bi stekli licencu za samostalni rad u obiteljskoj medicini prije nego počnu raditi u djelatnosti obiteljske medicine.

DA

NE

Komentare i pojašnjenja navedite na poledini upitnika. Ukoliko se unutar organizacije ne uspije postići usuglašeni odgovor na pojedino pitanje – isto navesti na poledini upitnika, a pitanje ostaviti neodgovoreno (ne zaokružiti niti jedan od ponuđenih odgovora).

Mjesto i datum

Potpis ovlaštene osobe

Pečat organizacije

## Popratno pismo uz upitnik

Poštovani

*Pred Vama je upitnik kojim se želi utvrditi službeno gledište Vaše organizacije vezano za specijalizaciju iz obiteljske medicine.*

*Anketu nije inicirala niti jedna profesionalna organizacija unutar ili van obiteljske medicine, nego predstavlja nezavisni projekt. Ipak, upitnik i postupak anketiranja se oslanja na metodologiju koju sugerira UEMO, a sastoji se od postepenog provjeravanja stavova svih zainteresiranih subjekta zdravstva. UEMO procjenjuje da se takvim postupkom može doći do saznanja gdje su zapreke ili uska grla za izjednačavanje specijalizacije obiteljske medicine sa svim drugim specijalizacijama u medicini.*

*Tako će se isti upitnik u drugoj fazi provjere stavova dostaviti profesionalnim i stručnim organizacijama, te ustanova važnim za reguliranje sveukupne medicinske djelatnosti npr. Hrvatskoj liječničkoj komori, Hrvatskom liječničkom zboru, medicinskim fakultetima i Hrvatskoj akademiji medicinskih znanosti itd.*

*Zbog toga je važno da nakon rasprave unutar Vašeg društva odgovorite na upitnik u prilogu u što kraćem roku, kako bi se anketiranje moglo nastaviti.*

*Prilikom odgovaranja na pitanja slobodno odgovorite samo na ona za koja postignete dogovor, a druga ostavite neodgovorena. Na poleđini upitnika možete navesti obrazloženje i razmišljanja koja se odnose i na odgovoren i neodgovorena pitanja.*

*Radi značaja rezultata anketiranja i mogućeg budućeg korištenja službenih stavova organizacija, izuzetno je važno da upitnik potpiše i pečatom ovjeri ovlaštena osoba društva. Zbog toga ćete isti upitnik dobiti i poštom, pa Vas molim za brzi odgovor putem elektronskim pošte i dostavu popunjenog upitnika u papirnatom obliku, ovjerenog na opisani način.*

*Za dodatna objašnjenja i drugu pomoći stojim Vam na raspolaganju*

*Kolegijalni pozdrav*

*Hrvoje Tiljak  
10000 Zagreb, Medveščak 79*

### DRUŠTVO NASTAVNIKA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE

Nakon usuglašavanja na nivou organizacije zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora:

1. Svi liječnici koji samostalno rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj trebali i bi završiti program specijalističkog usavršavanja iz djelatnosti obiteljske medicine i ispuniti sve uvjete za stjecanje naslova specijaliste obiteljske medicine (jer isto vrijedi za sve druge specijalnosti medicine struke u Hrvatskoj)

Ako Da:

DA

NE

2. Provođenje program specijalizacije obiteljske medicine u Hrvatskoj mora slijediti isti protokol koji vrijedi za sve druge specijalizacije, a osobito u načinu definiranja broja specijalizantskih mjesta, te provođenja natječaja, izbora specijalizanata i načina financiranja specijalizacije.

DA

NE

3. Liječnici koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj imaju pravo birati žele li završiti program specijalističkog usavršavanja i steći naslov specijaliste obiteljske medicine ili nastaviti raditi do kraja svoje profesionalne karijere bez istog (što ne smije utjecati na mogućnost nastavaka rada u djelatnosti obiteljske medicine).

DA

NE

4. Liječnicima koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj i izraze želju da steknu naslov specijaliste obiteljske medicine moraju se osigurati stimulativni uvjeti za stjecanje naslova specijalista, uključujući restrukturiranje programa specijalističkog usavršavanja i/ili mogućnost direktnog izlaska na specijalističkog ispita sukladno njihovim individualnim ili profesionalnim potrebama, te prethodnom radnom iskustvu.

DA

NE

5. Liječnici koji počinju raditi u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj, a diplomirali su na medicinskom fakultetu zaključno s 31.12.2011..... (upisati korekciju godine) godine moraju ispuniti uvjete navedene u 1. tvrdnji, odnosno završiti puni program specijalističkog usavršavanja iz obiteljske medicine da bi stekli licencu za samostalni rad u obiteljskoj medicini prije nego počnu raditi u djelatnosti obiteljske medicine.

DA

NE

Komentare i pojašnjenja navedite na poleđini upitnika. Ukoliko se unutar organizacije ne uspije postići usuglašeni odgovor na pojedino pitanje – isto navesti na poleđini upitnika, a pitanje ostavi neodgovoreno (ne zaokružiti niti jedan od ponuđenih odgovora).

Mjesto i datum

Zagreb,  
26.11.2010

Potpis ovlaštene osobe

Pečat organizacije

Komentar:

4. Sve DA osim mogućnosti direktnog izlaska na specijalistički ispit.
5. Osim za sekundarce ili liječnika koji radi na zamjeni.

HRVATSKO DRUŠTVO OBITELJSKIH DOKTORA  
HRVATSKOG LJEČNIČKOG ZBORA

Nakon usuglašavanja na nivou organizacije zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora:

1. Svi liječnici koji samostalno rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj trebali bi završiti program specijalističkog usavršavanja iz djelatnosti obiteljske medicine i ispuniti sve uvjete za stjecanje naslova specijaliste obiteljske medicine (jer isto vrijedi za sve druge specijalnosti medicine struke u Hrvatskoj)

Ako Da:  DA  NE

2. Provođenje program specijalizacije obiteljske medicine u Hrvatskoj mora slijediti isti protokol koji vrijedi za sve druge specijalizacije, a osobito u načinu definiranja broja specijalizanata, te provođenja natječaja, izbora specijalizanata i načina financiranja specijalizacije.

DA  NE

3. Liječnici koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj imaju pravo birati žele li završiti program specijalističkog usavršavanja i steći naslov specijaliste obiteljske medicine ili nastaviti raditi do kraja svoje profesionalne karijere bez istog (što ne smije utjecati na mogućnost nastavaka rada u djelatnosti obiteljske medicine).

DA  NE

4. Liječnicima koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj i izraze želju da steknu naslov specijaliste obiteljske medicine moraju se osigurati stimulativni uvjeti za stjecanje naslova specijalista, uključujući restrukturiranje programa specijalističkog usavršavanja i/ili mogućnost direktnog izlaska na specijalističkog ispita sukladno njihovim individualnim ili profesionalnim potrebama, te prethodnom radnom iskustvu.

DA  NE

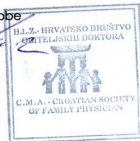
5. Liječnici koji počinju raditi u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj, a diplomirali su na medicinskom fakultetu zaključno s 31.12.2011..... (upisati korekciju godine) godine moraju ispuniti uvjete navedene u 1. tvrdnji, odnosno završiti puni program specijalističkog usavršavanja iz obiteljske medicine da bi stekli licencu za samostalni rad u obiteljskoj medicini prije nego počnu raditi u djelatnosti obiteljske medicine.

DA  NE

Komentare i pojašnjenja navedite na poleđini upitnika. Ukoliko se unutar organizacije ne uspije postići usuglašeni odgovor na pojedino pitanje – isto navesti na poleđini upitnika, a pitanje ostavi neodgovoreno ( ne zaokružiti niti jedan od ponuđenih odgovora ).

Mjesto i datum  
Pečat organizacije

Potpis ovlaštene osobe



## HRVATSKA UDRUŽBA OBITELJSKE MEDICINE

Nakon usuglašavanja na nivou organizacije zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora:

1. Svi liječnici koji samostalno rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj trebali bi završiti program specijalističkog usavršavanja iz djelatnosti obiteljske medicine i ispuniti sve uvjete za stjecanje naslova specijaliste obiteljske medicine (jer isto vrijedi za sve druge specijalnosti medicine struke u Hrvatskoj)

Ako Da:  DA  NE

2. Provođenje program specijalizacije obiteljske medicine u Hrvatskoj mora slijediti isti protokol koji vrijedi za sve druge specijalizacije, a osobito u načinu definiranja broja specijalizantskih mjesta, te provođenja natječaja, izbora specijalizanata i načina financiranja specijalizacije.

DA  NE

3. Liječnici koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj imaju pravo birati žele li završiti program specijalističkog usavršavanja i steći naslov specijaliste obiteljske medicine ili nastaviti raditi do kraja svoje profesionalne karijere bez istog (što ne smije utjecati na mogućnost nastavaka rada u djelatnosti obiteljske medicine).

DA  NE

4. Liječnicima koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj i izraze želju da steknu naslov specijaliste obiteljske medicine moraju se osigurati stimulativni uvjeti za stjecanje naslova specijalista, uključujući restrukturiranje programa specijalističkog usavršavanja i/ili mogućnost direktnog izlaska na specijalističkog ispita sukladno njihovim individualnim ili profesionalnim potrebama, te prethodnom radnom iskustvu.

DA  NE

5. Liječnici koji počinju raditi u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj, a diplomirali su na medicinskom fakultetu zaključno s 01.01.2012 (upisati korekciju godine) godine moraju ispuniti uvjete navedene u 1. tvrdnji, odnosno završiti puni program specijalističkog usavršavanja iz obiteljske medicine da bi stekli licencu za samostalni rad u obiteljskoj medicini prije nego počnu raditi u djelatnosti obiteljske medicine.

DA  NE

Komentare i pojašnjenja navedite na poleđini upitnika. Ukoliko se unutar organizacije ne uspije postići usuglašeni odgovor na pojedino pitanje – isto navesti na poleđini upitnika, a pitanje ostavi neodgovoreno ( ne zaokružiti niti jedan od ponuđenih odgovora ).

Mjesto i datum

Potpis ovlaštene osobe

Pečat organizacije

26. 11. 2010.



## Komentar:

Smatramo da se ne smije dozvoliti stjecanje specijalizacije bez potrebne edukacije i provjere. U suprotnom rušimo cijeli postojeći sustav specijalizacije i omalovažavamo sami sebe. Oko potrebe odobravanja prava postojećim ugovornim liječnicima na samostalan izbor nismo u potpunosti suglasni, međutim većina ipak predlaže da im se odobri samostalan izbor, s time da njihove usluge moraju biti manje plaćene.

## Komentar:

ad pitanje 4:

DA za stimulativne mjere

DA za direktan izlazak na ispit, uz uvjet: 10 godina staža u obiteljskoj medicini

NE za restrukturirani program specijalizacije.

## KOORDINACIJA HRVATSKE OBITELJSKE MEDICINE

Nakon usuglašavanja na nivou organizacije zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora:

1. Svi liječnici koji samostalno rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj trebali i bi završiti program specijalističkog usavršavanja iz djelatnosti obiteljske medicine i ispuniti sve uvjete za stjecanje naslova specijaliste obiteljske medicine (jer isto vrijedi za sve druge specijalnosti medicine struke u Hrvatskoj)

DA \_\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_

Ako Da:

2. Provođenje programa specijalizacije obiteljske medicine u Hrvatskoj mora slijediti isti protokol koji vrijedi za sve druge specijalizacije, a osobito u načinu definiranja broja specijalizantskih mjesta, te provođenja natječaja, izbora specijalizanata i načina financiranja specijalizacije.

DA \_\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_

3. Liječnici koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj imaju pravo birati žele li završiti program specijalističkog usavršavanja i steći naslov specijaliste obiteljske medicine ili nastaviti raditi do kraja svoje profesionalne karijere bez istog (što ne smije utjecati na mogućnost nastavaka rada u djelatnosti obiteljske medicine).

DA \_\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_

4. Liječnicima koji sada rade u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj i izraze želju da steknu naslov specijaliste obiteljske medicine moraju se osigurati stimulativni uvjeti za stjecanje naslova specijalista, uključujući restrukturiranje programa specijalističkog usavršavanja i/ili mogućnost direktnog izlaska na specijalističkog ispita sukladno njihovim individualnim ili profesionalnim potrebama, te prethodnom radnom iskustvu – **navesti bar 10 godina iskustva!!!**.

DA \_\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_

5. Liječnici koji počinju raditi u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj, a diplomirali su na medicinskom fakultetu zaključno s 31.12. 20010..... (upisati korekciju godine) godine moraju ispuniti uvjete navedene u 1. tvrdnji, odnosno završiti puni program specijalističkog usavršavanja iz obiteljske medicine da bi stekli licencu za samostalni rad u obiteljskoj medicini prije nego počnu raditi u djelatnosti obiteljske medicine.

DA \_\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_

Komentare i pojašnjenja navedite na poledini upitnika. Ukoliko se unutar organizacije ne uspije postići usuglašeni odgovor na pojedino pitanje – isto navesti na poledini upitnika, a pitanje ostavi neodgovoreno ( ne zaokružiti niti jedan od ponuđenih odgovora ).

Mjesto i datum

Potpis ovlaštene osobe

Pečat organizacije

Vinkovci, 31.1.11.




Komentari:

- specijalizacija mora imati financiranje i organizacijsku potporu države – ne kao sada da se svatko snalazi i financijski i zamjenama kako zna
- Obavezno restrukturirati program specijalizacije, a posebno postdiplomski studij, uvesti učenje velikog broja novih vještina – (trenutno tečaj EKG-a, UZV-a, male kirurgije, reumatologije. . .), a izbaci socijalnu medicinu, sociologiju, epidemiologiju – to su sve stvari koje smo tesali na faksu i glupo je na to potratiti i jednu minutu specijalističkog staža. Obavezno razlučiti minimum znanja i vještina potrebnih za rad u obiteljskoj od svakog nadstandarda – koji onda treba nekako označiti i posebno vrednovati (da li nekom dodatnim nazivom, po sistemu subspecijalizacija iz interne i sl.)
- Obavezno update-iranje u vidu kraćih doedukacija svakih 5-10 godina, popraćenih materijalima na cd-ima, izrade algoritama po žurnom postupku. . . renewal kursovi
- Obavezni stroj nadzora na razini područja DZova kroz plaćenu komisiju koja 1 ordinaciju LOMa mora „auditirati“ 1x godišnje i naložiti joj ev. educiranje koje bi prvi puta bilo na račun MZSSa a kasnije osobni. Kontrola provedbe naloženih mjera usavršavanja i učinak nakon usavršavanja. Kontrola mora obuhvatiti sve aspekte rada LOMa.
- svi diplomirani liječnici MORAJU prije specijalizacije proći 1 godinu rada u obiteljskoj medicini, a svi specijalizanti kliničkih specijalizacija MORAJU dio specijalizantskog staža odraditi u OM – kod mentora koji moraju biti vršni stručnjaci na našem polju rada. (svi koji su tako u obiteljskoj medicini moraju biti dobro plaćeni – stažisti, specijalizanti ili kako ih god nazvali).
- Mora se moći omogućiti stjecanje zvanja specijaliste OM onima koji imaju velik staž kroz samo ispit ili kroz pripremni tečaj/postdiplomski ako ga žele kao pripremu za ispit.
- Organiziranje specijalizacije i njeno financiranje otvoriti i drugima, a maknuti od HZZOa.
- maknuti obvezu rada ugovorom s HZZOom za one koji specijaliziraju uz ugovor o zamjeni koju plaća HZZO, barem ne 10 godina koliko sada stoji.
- Predavanja na specki moraju držati obiteljski liječnici za LOMove. BEZ kliničara, osim ako to rade kliničari ZAJEDNO s LOMom.
- Mentori moraju biti vršni stručnjaci i za to dobro plaćeni, a ne da u mentora nema sterilnih rukavica ni skalpela, ili gentamicina ni penicilina ili da nikada nije mrtvozorio. S mentorom se mora i dežurati i ići u mrtvozorenje.

Komentar:

Ad. 4

...navesti bar 10 godina iskustva (za mogućnost direktnog izlaska na specijalistički)

Za detaljni komentar vidi originalni dokument