

Zagreb, 2008
Med Fam Croat
Vol 16
No 2
1-71

Medicina Familiaris Croatica



UDK 61:36.058
ISSN 1330-1527

ČASOPIS HRVATSKE UDRUŽBE OBITELJSKE MEDICINE

IZVORNI RADovi

Naručivanje-sigurna budućnost?

Struktura kućnih posjeta
obiteljskog liječnika na
području seoske ambulante
Generalski Stol u 2006.godini

Prisutnost kardiovaskularnih
čimbenika rizika kod liječnika
specijalizanata studijske
godine 2005./2006.

Prijedlog regionalne organizacije
primarne zdravstvene zaštite

IZ PRAKSE U PRAKSU

Moja ordinacija – Ordinacija
Remetinečki gaj

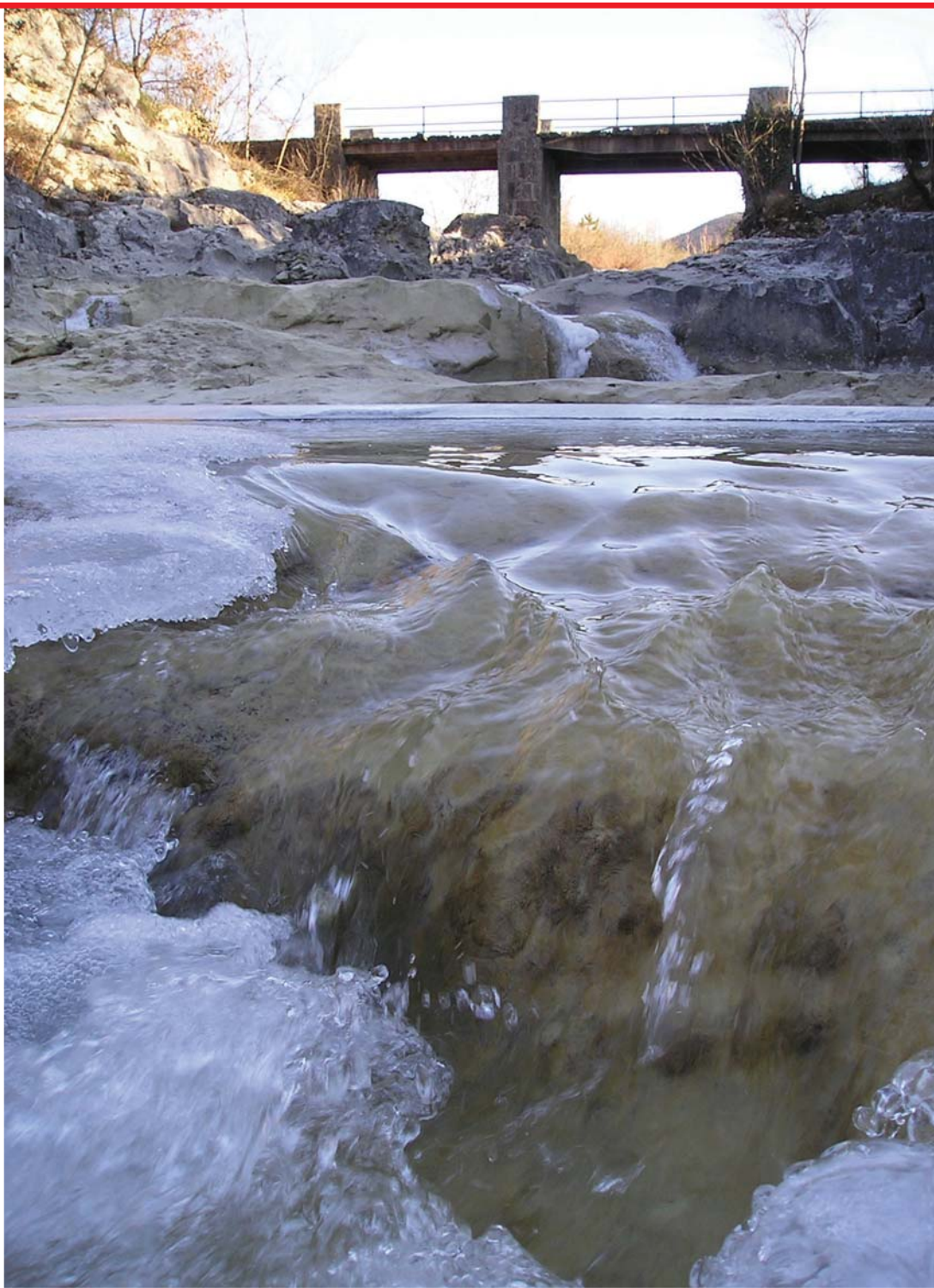
Moja ordinacija - Hitna medicinska
pomoć Doma zdravlja Čakovec

RAZGOVOR O STRUCI

Razgovor s predsjednikom
Wonca-e prof.dr.sc. Igorom Švabom

NAŠE KATEDRE OBITELJSKE MEDICINE

Katedra za obiteljsku medicinu
Medicinskog fakulteta Sveučilišta
u Osijeku



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 Replust, Davorka Vrdoljak

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

Marina Teuber

**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 –HUOM-a: 0179515

web site: www.huom.hr

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

UVODNIK

Kako dalje?..... 2

IZVORNI RADOVI

Naručivanje-sigurna budućnost?
*Cerovečki Nekić V, Soldo D, Bilić J, Buljan N,
Mačković M, Tiljak H..... 3*

Struktura kućnih posjeta obiteljskog liječnika na području
seoske ambulante Generalski Stol u 2006.godini
Barišić-Marčac Z, Rapić M..... 10

Prisutnost kardiovaskularnih čimbenika rizika kod liječnika
specijalizanata studijske godine 2005./2006.
Medi P, Kumbrija S, Blažeković-Milaković S 20

Prijedlog regionalne organizacije primarne zdravstvene zaštite
Gmajnić R, Pribić S, Petric D..... 32

IZ PRAKSE U PRAKSU

Moja ordinacija – Ordinacija Remetinečki gaj
Tonkica Čičak-Bekić 37

Moja ordinacija - Hitna medicinska pomoć Doma zdravlja Čakovec
Aleksandar Tonković 41

RAZGOVOR O STRUCI

Razgovor s predsjednikom Wonce prof.dr.sc. Igorom Švabom 45

PROVJERITE SVOJE ZNANJE

Priredila Suzana Kumbrija..... 47

UEMO DOKUMENT

Upotreba lijekova u djece i mladih ljudi 49

IZVJEŠĆA I NAJAVE

Izvešće s konferencije «Quality of primary health care,
the perspective of patients», Ljubljana, 28.-29. ožujka 2008. 50

Izvešće s tečaja «Training of Teachers in General/Family Practice»,
Dubrovnik 21.-24. travnja 2008. 50

Izvešće s konferencije Europskog udruženja istraživača iz obiteljske
medicine, Antalya, Turska, 8.-11. svibnja 2008. godine. 51

Posjet RCGP-u u Londonu, 19.-21. svibnja 2008. 52

Sudjelovanje na međunarodnoj konferenciji „Harm reduction
programs in Europe: Practice, problems and perspectives“,
Vilnius, Litva, 29.-30. svibnja 2008. 53

Tečaj: Balint group – sensibility for unconscious, IUC,
Dubrovnik, 02.-07. lipnja 2008. 54

Izvešće sa sastanka UEMO-a, 6. i 7. lipnja 2008. Bergen, Norveška ... 56

XVI. kongres obiteljske medicine, 23. - 25. travnja 2009. 58

NAŠE KATEDRE OBITELJSKE MEDICINE

Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Osijeku
Rudika Gmajnić, Pribić S 59

IZ AKTIVNOSTI HUOM-a

Osnivanje Podružnice HUOM-a za Primorsko-goransku Županiju
u Rijeci 69

Kako dalje?

Pripremajući ovaj jesenski broj časopisa mučila me nedoumica kako dalje. Na Skupštini HUOM-a koja je održana u Zagebu za vrijeme održavanja 15. kongresa obiteljske medicine, postavilo se po tko zna koji puta, pitanje zašto časopis nije citiran i što se može učiniti da to postane. Osjećam se prozvanom i pozvanom da vam sasvim iskreno prikažem trenutnu situaciju. Za svaki broj koji sam do sada uređivala pa tako i za ovaj pristigne uz moje brojne pozive i zamolbe tek svega nekoliko radova. Kada recenzenti naši ugledni kolege i stručnjaci pregledaju radove koje im pošaljem i ukažu na ono što treba popraviti radovi se vraćaju autorima na dopunu a zatim ponovno šalju uredništvu. Sve to traje najmanje dva do tri mjeseca.

Od velikog broja kolega koji su uspješno završili specijalizaciju iz obiteljske medicine mali je broj onih koji žele i spremni su pisati i objavljujati radove u našem časopisu. Oni koji pišu i objavljuju, šalju radove u časopise koji su već citirani, tako da su izgledi za citiranost našeg časopisa zanemarivi. Najprije bi kolege i oni koji su najglasniji u pitanjima zašto nije citiran trebali svojim kvalitetnim radovima dati časopisu šansu da to i postane.

Drugo je pitanje trebamo li mi citirani časopis, možemo li održati redovitost izlaženja i razinu kvalitete radova kakvu jedan takav časopis mora imati.

Stoga vas dragi čitatelji, dragi kolege pozivam na suradnju, pišite nam kakav časopis želite i treba li vam on uopće. Pišite nam i o problemima koji vas muče u svakodnevnom radu.

A u novom broju pročitajte koliko vodimo brigu o svom zdravlju, povećava li naručivanje kvalitetu našeg rada, koliko i zašto idemo u kućne posjete. Pročitajte i prijedlog regionalne organizacije primarne zdravstvene zaštite te zanimljiv razgovor s predsjednikom Wonca-e.

Svojim izvješćima kolege nas vode na brojne susrete u zemlji i van nje.

U očekivanju vaših prijedloga želim vam ugodan rad nakon godišnjih odmora.

Vaša urednica

NARUČIVANJE - SIGURNA BUDUĆNOST? APPOINTMENT SYSTEM-THE SAFE FUTURE?

Venija Cerovečki Nekić¹, Dragan Soldo¹, Jolanda Bilić², Nataša Buljan³,
Maja Mačković⁴, Hrvoje Tiljak¹

Sažetak

Svaki liječnik opće/obiteljske medicine sam procjenjuje mogućnosti organizacije rada u svojoj ordinaciji, a konačna odluka treba biti donesena na osnovi znanja iz literature o organizaciji rada u obiteljskoj medicini kao i na osnovi specifičnosti ordinacije opće medicine u kojoj liječnik radi s obzirom na dob, spol i morbiditet pacijenata koji se nalaze u skrbi te na osnovi pozicije prakse .

Cilj: Cilj ovog istraživanja je bio usporediti rezultate rada ambulante u kojoj se pacijenti naručuju s rezultatima rada ambulante u kojoj se pacijenti ne naručuju u svrhu osiguranja kvalitetnije skrbi za pacijenta.

Metode: Ovo prospektivno istraživanje koristilo je prigodan uzorak i obuhvatilo organizaciju rada dviju ambulanti od kojih je u jednoj korišten, a u drugoj nije korišten sustav naručivanja

Istraživanje je provedeno tijekom mjeseca travnja 2006. godine. Podaci su prikupljeni putem upitnika za pacijente i dnevnih izvješća o radu.

Upitnik je sadržavao podatke o dobi, spolu, socijalnom statusu, duljini boravka u skrbi sada izabranog liječnika, razlogu dolaska liječniku, duljini vremena provedenom u čekaonici i ordinaciji izabranog liječnika kao i procjenu o zadovoljstvu organizacijom rada ordinacije izabranog liječnika .

Rezultati: Ispitanici ordinacije u kojoj se koristio sustav naručivanja statistički se značajno ne razlikuju od ispitanika ordinacije koja nije koristila sustav naručivanja razdiobom prema dobi i spolu, prema socijalnom statusu, obzirom na razlog dolaska liječniku, obzirom na duljinu boravka u skrbi sada izabranog liječnika, obzirom na duljinu vremena provedenom u ordinaciji i obzirom na zadovoljstvo organizacijom rada ordinacije izabranog liječnika .

Ispitanici ordinacije u kojoj se koristio sustav naručivanja statistički se značajno razlikuju od ispitanika ordinacije u kojoj nije korišten sustav naručivanja obzirom na vrijeme provedeno u čekaonici tj. ispitanici ordinacije u kojoj je korišten sustav naručivanja statistički su značajno kraće boravili u čekaonici nego li ispitanici ordinacije bez sustava naručivanja.

Zaključak: Sustav naručivanja zasigurno ima budućnost jer je i ovo istraživanje dokazalo da organizacija rada ordinacije koja koristi sustav naručivanja ekonomičnije koristi vrijeme ne samo liječnika nego i pacijenata .

Ključne riječi: obiteljska medicina, naručivanje

¹ Katedra za obiteljsku medicinu, ŠNZ „A. Štampar“, Medicinski fakultet u Zagrebu

² Ordinacija opće medicine „Jolanda Bilić, dr.med.“ Dugave, Zagreb

³ Privatna ordinacija opće medicine „Nataša Buljan, dr.med.“ Svetice, Zagreb

⁴ Klinika za infektivne bolesti „dr. Fran Mihaljević“ Zagreb

Summary

Every family physician can make his own evaluation for possibilities of improvement in managing of their practices, and the final decision should be based on current knowledge on the practice management and specific characteristics of the practice such as location of practice, number of patients in care, sex and age distribution of patients, morbidity etc.

Aim: Aim of this research is to compare results in patient management in practice with regular appointment system versus practice with free entrance of patients in order to improve quality of care for the patients.

Methods: We conducted prospective research with adequate sample of patients in two different practices, one of them used appointment system regularly and the other one did not.

The research was set up in April 2006. Data were collected from the practices using special designed survey for the patients and daily reports from practice.

The questionnaire contained number of data such as age, sex, social status, how long is the patient in this practice, what was the main reason for encounter, the average time spent in the waiting room and in the physician office and the self evaluation of organization and management of the practice.

Results: There were no statistical differences between practices in patients characteristics such as age, sex, social status, reasons for encounter, number of years visiting the same practice, time spent in the physician office and satisfaction with organization of practice.

We found statistically significant difference between practices in time spent in the waiting room of the practice. The average time of waiting for the encounter was significantly shorter in practice with regular appointment system.

Conclusion: In this research we showed that better organization of practice and reserved time for the patient saves time for the both, physician and the

patient, so that the appointment system in family medicine has a very important place in the future.

Key words: family medicine, appointment system

Uvod

Svaki liječnik opće/obiteljske medicine sam procjenjuje mogućnosti organizacije rada u svojoj ordinaciji, a konačna odluka treba biti donesena na osnovi znanja iz literature o organizaciji rada u obiteljskoj medicini kao i na osnovi specifičnosti ordinacije opće medicine u kojoj liječnik radi obzirom na dob, spol i morbiditet pacijenata koji se nalaze u skrbi te na osnovi pozicije prakse (1).

Liječnik je educirana osoba najpozvanija procijeniti potrebe pacijenata te ih razlikovati od želja i navika pacijenata, a ta procjena svakako bi trebala garantirati bolji i kvalitetniji sustav zdravstvene zaštite.

Kako je u sustavu zdravstva Republike Hrvatske liječnik opće/obiteljske medicine čuvar ulaza u sustav zdravstvene zaštite, svakodnevni dolazak pacijenata u ordinaciju može predstavljati veliko dnevno opterećenje za liječnika te je neophodno što bolje i efikasnije organizirati vrijeme u ordinaciji.

Prema podacima HZJZ broj posjeta po liječniku opće/obiteljske medicine u gradu Zagrebu je 6,1, a broj pregleda 5,8 po liječniku (2). U europskim zemljama taj je prosjek puno manji (3).

Organizacija svakodnevnog rada u općoj/obiteljskoj medicini podrazumijeva i korištenje sustava naručivanja odnosno ranijeg dogovaranja termina pregleda odnosno konzultacije.

Prava ali i obaveze pacijenata uvijek se moraju ukalkulirati u odluku o organizaciji rada ordinacije.

Organizacija rada mora osigurati što bolju i kvalitetniju skrb za pacijenta te osigurati dostupan i kvalitetan rad liječnika.

Prednosti sustava naručivanja su: osiguravanje planiranja rada liječnika, smanjenje gužve u čekaonici, smanjenje pritiska na brzinu rada liječnika,

ravnomjerno opterećenje liječnika po danima i satima, osiguranje bolesniku „njegovog“ vremena kod liječnika, osiguranje povjerenja kao i poštovanja između liječnika i pacijenta, planiranje rada s kroničnim bolesnicima kao i smanjenje na najmanju moguću mjeru broja čestih posjetitelja.

Poteškoće koje se mogu pojaviti pri korištenju sustava naručivanja su nedovoljna suradnja članova tima, nepridržavanje termina od strane članova tima, nedovoljna suradnja pacijenata, loša prometna povezanost i pozicija ordinacije, nedovoljna mogućnost telefonske komunikacije, hitnost koju procjenjuje pacijent te česta promjena zdravstvenih djelatnika u timu (4,5).

U literaturi se često spominje problem učestalih posjetitelja koji mogu okupirati veliku količinu vremena liječnika.

Definicija učestalog posjetitelja razlikuje se od zdravstvenog sustava do zdravstvenog sustava pa su takovi pacijenti u nekim europskim zemljama definirani kao pacijenti koji dolaze u ordinaciju 5 i više puta (6).

Svi zdravstveni sustavi europskih zemalja istražuju mogućnost kako taj problem što bolje i efikasnije riješiti. Pri tome treba voditi računa da se kriteriji za učestale posjetitelje razlikuju od zemlje do zemlje te je prosječni broj posjeta po pacijentu nedovoljno osjetljiv indikator pri procjeni i definiciji ovih vrsta posjetitelja.

Problem preopterećenja pri svakodnevnom radu liječnika opće/obiteljske medicine pokušava se riješiti dobrom organizacijom rada, a sustav naručivanja može biti jedna od mogućnosti (7).

Cilj

Cilj ovog istraživanja je bio usporediti rezultate rada ambulante u kojoj se pacijenti naručuju s rezultatima rada ambulante u kojoj se pacijenti ne naručuju u svrhu osiguranja kvalitetnije skrbi za pacijenta.

Metode rada i ispitanici

Ovo prospektivno istraživanje koristilo je prigodan uzorak i obuhvatilo organizaciju rada dviju ambulanti od kojih je u jednoj korišten (ordinacija 1), a u drugoj nije korišten sustav naručivanja (ordinacija 2).

Istraživanje je provedeno tijekom mjeseca travnja 2006. godine.

Podaci su prikupljeni putem upitnika za pacijente i dnevnih izvješća o radu.

Upitnik je sadržavao podatke o dobi, spolu, je li pacijent zaposlen, nezaposlen ili umirovljenik, koliko je dugo u skrbi izabranog doktora, podatke o razlogu dolaska te podatke o duljini vremena provedenom u čekaonici i ordinaciji. Također je procijenjeno zadovoljstvo pacijenata organizacijom rada ordinacije pomoću skale od 1 do 4 gdje je 1 označavalo da pacijent uopće nije zadovoljan, a 4 da je jako zadovoljan organizacijom rada ordinacije.

Rezultati rada su obrađeni deskriptivnom statistikom. Kvalitativni podaci su prikazani apsolutnim i relativnim frekvencijama, a kvantitativni podaci aritmetičkom sredinom, standardnom devijacijom te kada raspodjela nije slijedila Gaussovu krivulju kvantitativni podaci su prikazani medijanom.

Razlike po skupinama za kvalitativne podatke testirane su X^2 testom za nezavisne uzorke

Rezultati rada

Ovo istraživanje obuhvatilo je dvije ordinacije opće medicine koje se po broju pacijenata kao ni razdiobi po dobi i spolu nisu statistički razlikovale.

U obje ambulante je anketirano 100 pacijenata tijekom mjeseca travnja 2006. godine upitnikom koji je sadržavao podatke o dobi, spolu, socijalnom statusu, podatke o duljini skrbi kod sada izabranog liječnika, podatke o razlogu dolaska kao i podatke o duljini vremena provedenom u čekaonici i ordinaciji. Na kraju upitnika pacijenti su morali procijeniti koliko su zadovoljni organizacijom rada ordinacije svoga izabranog liječnika.

Tablica 1. Razdioba ispitanika po spolu**Table 1. Distribution of examinees by sex**

Spol/Sex	Ordinacija 1/ Practice 1	Ordinacija 2/ Practice 2	Ukupno/ Total
Muški/Male	46	36	82
Ženski/Female	54	64	118
Ukupno/Total	100	100	200

Podaci iz tablice 1 pokazuju da su dvije ordinacije uključene u ovo istraživanje ujednačene s obzirom na razdiobu po spolu ($X^2= 1.67$ $p=0.196$).

U ordinaciji 1 ispitano je 46 muškaraca i 54 žene, a u ordinaciji 2 ispitano je 36 muškaraca i 64 žene.

Analizom dobivenih podataka vidljivo je da je prosječna dob ispitanika u ordinaciji 1 iznosila 51.1 ± 20.3 ($X \pm SD$), a u ordinaciji 2 prosječna dob je iznosila 52.1 ± 19.1 ($X \pm SD$). Statistička obrada podataka s obzirom na dob je pokazala da se ispitanici u ove dvije ordinacije ne razlikuju statistički značajno prema dobi ($t=0.34$ $p=0.731$).

Tablica 2. Socijalni status ispitanika**Table 2. Social status of examinees**

Socijalni status Social status	Ordinacija 1 Practice 1	Ordinacija 2 Practice 2	Ukupno Total
Učenik Pupil	9	10	19
Zaposlen Employed	39	43	82
Nezaposlen Unemployed	10	6	16
Umirovljen Retired	42	41	83
Ukupno Total	100	100	200

$X^2= 1.26$ $p=0.739$

Rezultati u tablici 2 prikazuju razdiobu ispitanika prema socijalnom statusu. U ordinaciji 1 najviše ispitanika, njih 42 je umirovljenika, dok je u ordinaciji 2 najviše zaposlenih, njih 43.

Statističkom analizom dobivenih podataka o socijalnom statusu nije dokazana statistički značajna razlika između ispitanika ordinacije 1 i ordinacije 2 ($X^2= 1.26$ $p=0.739$).

Rezultati u tablici 3 prikazuju koji je razlog dolaska liječniku u ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem.

Tablica 3. Razlog dolaska liječniku**Table 3. Reason for encounter**

Razlog dolaska liječniku Reason for encounter	Ordinacija 1/ Practice 1	Ordinacija 2/ Practice 2	Ukupno/ Total
Simptomi i tegobe Symptoms and problems	53	45	98
Dijagnostički i/ili preventivni programi Diagnostic and/or preventive programmes	7	4	11
Propisivanje terapije Therapy prescription	22	30	52
Rezultati pretrage Test results	5	12	17
Administrativne potrebe Administrative needs	4	4	8
Ostalo (uključujući upućivanje) Other (Including referrals)	9	5	14
Ukupno Total	100	100	200

Iz rezultata prikazanih u tablici 3 može se vidjeti da su pacijenti i u jednoj i u drugoj ordinaciji najčešće dolazili u ordinaciju zbog simptoma i tegoba, a drugi po učestalosti razlog dolaska liječniku u obje ordinacije je bilo propisivanje terapije.

Ispitanici iz obje ordinacije nisu se statistički značajno razlikovali s obzirom na razlog dolaska liječniku ($X^2=6.72$ $p=0.242$).

Tablica 4. Duljina trajanja skrbi

Table 4. Duration of care

Duljina trajanja skrbi (u godinama)/ Duration of care (in years)	X	±	SD	C
Ordinacija 1/ Practice 1	8.5	±	2.8	10
Ordinacija 2/ Practice 2	9.5	±	8.5	10

(X= aritmetička sredina, SD= standardna devijacija, C=medijan)
 (X=arithmetic mean, SD=standard deviation, C=median)

Prema podacima u tablici 4 može se vidjeti da su ispitanici iz obje ordinacije podjednako dugo u skrbi svojih izabranih liječnika ($p=0.829$); ispitanici u ordinaciji 1 u skrbi su svoga izabranog liječnika 8.5 ± 2.8 ($X \pm SD$) godina dok su ispitanici u ordinaciji 2 u skrbi svoga liječnika 9.5 ± 8.5 ($X \pm SD$) godina.

Tablica 5. Duljina boravka u čekaonici (minute)

Table 5. Time spent in the waiting room (minutes)

Boravak u čekaonici (u minutama)/ Time spent in the waiting room (minutes)	X	±	SD	C
Ordinacija 1/ Practice 1	11.4	±	7.8	10
Ordinacija 2/ Practice 2	15.6	±	14.4	10

(X= aritmetička sredina, SD= standardna devijacija, C=medijan)
 (X=arithmetic mean, SD=standard deviation, C=median)

Prema podacima u tablici 5 može se vidjeti da ispitanici u ordinaciji 2 čekaju prosječno 15.6

minuta dok ispitanici u ordinaciji 1 prosječno čekaju 11.4 minuta te se ove dvije ordinacije statistički značajno razlikuju s obzirom na duljinu boravka ispitanika u ordinaciji.

Naime, ispitanici u ordinaciji 2 (ordinacija bez sustava naručivanja) statistički značajno dulje borave u čekaonici nego li ispitanici u ordinaciji 1 ($p=0.027$).

Tablica 6. Duljina boravka u ordinaciji (minute)

Table 6. Time spent in the office (minutes)

Boravak u ordinaciji (u minutama)/ Time spent in the office (minutes)	X	±	SD	C
Ordinacija 1/ Practice 1	10.3	±	5.0	10
Ordinacija 2/ Practice 2	11.9	±	6.4	10

(X= aritmetička sredina, SD= standardna devijacija, C=medijan)
 (X=arithmetic mean, SD=standard deviation, C=median)

Rezultati u tablici 6 prikazuju duljinu boravka ispitanika u ordinaciji. Pacijenti u ordinaciji 1 prosječno su boravili u ordinaciji liječnika 10.3 minute dok su pacijenti u ordinaciji 2 prosječno boravili u ordinaciji 11.9 minuta, te nije dokazana statistički značajna razlika u duljini trajanja konzultacije u ove dvije ordinacije ($p=0.105$).

Tablica 7. Zadovoljstvo organizacijom rada ordinacije izabranog liječnika

Table 7. Satisfaction with the organization of the physician's office

Zadovoljstvo organizacijom rada ordinacije/ Satisfaction with the organization of the physician's office	Ordinacija 1 Practice 1	Ordinacija 2 Practice 2	Ukupno Total
Zadovoljni Satisfied	51	57	108
Jako zadovoljni Very satisfied	49	43	92
Ukupno/Total	100	100	200

Pri ispitivanju zadovoljstva organizacijom rada ordinacije niti jedan ispitanik iz obje ordinacije nije izjavio da je nezadovoljan organizacijom rada ordinacije svoga izabranog liječnika. U ordinaciji 1, 51 ispitanik je zadovoljan, a 49 ispitanika je jako zadovoljno organizacijom rada ordinacije svoga izabranog doktora.

U ordinaciji 2, 57 ispitanika je zadovoljno, a 43 jako zadovoljno organizacijom rada ordinacije svoga izabranog liječnika.

Između ove dvije skupine ispitanika ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na zadovoljstvo organizacijom rada ordinacije ($X^2=0.50$ $p=0.478$).

Rasprava

Ovim istraživanjem obuhvaćeno je 100 ispitanika ordinacije u kojoj se provodi sustav naručivanja i 100 ispitanika ordinacije u kojoj se ne provodi sustav naručivanja.

U ordinaciji sa sustavom naručivanja od 100 ispitanika 54 su bile ispitanice, a 46 ispitanika je bilo muškog spola. U ordinaciji u kojoj se ne provodi sustav naručivanja ispitano je 36 muškaraca i 64 žene.

Prosječna životna dob ispitanika ordinacije u kojoj je korišten sustav naručivanja je bila 51.1 godinu dok je prosječna životna dob ispitanika ordinacije u kojoj se ne koristi sustav naručivanja bila 52.1 godinu..

Ove dvije ispitivane skupine nisu se statistički značajno razlikovale razdiobom po spolu i dobi te se ti podaci ne razlikuju od podataka iz literature (1).

U ispitanika ordinacije sa sustavom naručivanja njih 42 su bili umirovljenici, a 39 su bili radno aktivni pacijenti.

U ispitanika ordinacije bez sustava naručivanja 43 ispitanika su bili radno aktivni, a njih 41 su bili umirovljenici.

Ove dvije ispitivane skupine nisu se statistički značajno razlikovale obzirom na socijalni status.

Rezultati ovog istraživanja su pokazali da je najučestaliji razlog dolasku liječniku opće/obiteljske medicine u obje ordinacije bio vezan uz pojavu simptoma ili tegobe, a drugi po učestalosti razlog dolaska liječniku opće/obiteljske medicine u obje ordinacije je bio vezan uz propisivanje terapije što se može objasniti organizacijom zdravstvenog sustava u kojem je provedeno ovo istraživanje (2,3).

Ovako visoko pozicioniran razlog dolaska liječniku vezan uz propisivanje terapije sigurno ima uzrok u organizaciji zdravstvene službe i u ograničenju liječnika pri preskripciji na dvije kutije lijeka po jednoj tiskanici recepta.

Ove dvije ispitivane skupine nisu se statistički značajno razlikovale obzirom na razlog dolaska liječniku.

Ispitanici ordinacije u kojoj se koristi sustav naručivanja pri organizaciji svakodnevnog rada u skrbi su sada izabranog liječnika prosječno 8.5 godina, dok su ispitanici ordinacije u kojoj se ne koristi sustav naručivanja u skrbi svoga izabranog liječnika prosječno 9.5 godina.

U ispitanika ove dvije skupine nije dokazana statistički značajna razlika obzirom na duljinu trajanja skrbi izabranog liječnika.

Ispitanici ordinacije u kojoj se provodi sustav naručivanja prosječno su u čekaonici proveli 11.4 minuta, a pacijenti ordinacije koja ne koristi sustav naručivanja provodili su u čekaonici prosječno 15.6 minuta, te se ove dvije ispitivane skupine statistički značajno razlikuju obzirom na duljinu boravka u čekaonici.

Naime, ispitanici ordinacije sa sustavom naručivanja statistički su značajno kraće boravili u čekaonici nego li ispitanici ordinacije bez sustava naručivanja te je i ovim istraživanjem potvrđeno da sustav naručivanja ekonomičnije koristi vrijeme liječnika, ali i pacijenta (4,5).

Ispitanici ordinacije u kojoj je korišten sustav naručivanja proveli su kod liječnika prosječno 10.3 minute, a ispitanici ordinacije koja nije provodila

sustav naručivanja kod liječnika su proveli prosječno 11.9 minuta.

Ove dvije skupine ispitanika nisu se statistički značajno razlikovale obzirom na duljinu boravka u ordinaciji svoga izabranog liječnika.

Pri ispitivanju zadovoljstva organizacijom rada ordinacije 51 ispitanik ordinacije sa sustavom naručivanja zadovoljan je organizacijom rada, a 49 ispitanika je jako zadovoljno organizacijom rada ordinacije svoga izabranog liječnika. Niti jedan ispitanik nije se izjasnio da je nezadovoljan radom i organizacijom rada ordinacije svoga izabranog liječnika.

Pri ispitivanju zadovoljstva organizacijom rada ordinacije 57 ispitanika ordinacije bez sustava naručivanja je zadovoljno, a 43 jako zadovoljno organizacijom rada ordinacije svoga izabranog doktora dok se niti jedan ispitanik nije izjasnio da je nezadovoljan organizacijom rada.

Ove dvije ispitivane skupine statistički se značajno ne razlikuju obzirom na zadovoljstvo organizacijom rada ordinacije izabranog liječnika.

Zaključak

Zaključci ovog prospektivnog istraživanja u dvije ordinacije opće/obiteljske medicine od kojih je u jednoj korišten, a u drugoj nije korišten sustav naručivanja pokazuju da se ispitanici ove dvije ordinacije statistički značajno ne razlikuju razdiobom prema dobi, spolu i socijalnom statusu, obzirom na razlog dolaska, duljinu boravka u skrbi sada izabranog liječnika, duljinu boravka u ordinaciji svog izabranog liječnika, te da su ispitanici i jedne i druge ordinacije zadovoljni organizacijom rada ordinacija svojih izabranih liječnika.

Ispitanici ordinacije sa sustavom naručivanja se statistički značajno razlikuju od ispitanika ordinacije bez sustava naručivanja obzirom na duljinu boravka u čekaonici, odnosno ispitanici ordinacije sa sustavom naručivanja statistički su značajno kraće boravili u čekaonici svog izabranog liječnika.

Stoga, sustav naručivanja zasigurno ima budućnost jer je i ovo istraživanje pokazalo da organizacija rada ordinacije koja koristi sustav naručivanja ekonomičnije koristi vrijeme ne samo liječnika nego i pacijenata (7).

Literatura

1. Fallon CW, Hamilton I, Bhopal JS, Gilmour HW, Bhopal RS. Introduction of an appointment system in general practice : surveys of patients and staff. *Health Bull (Edinb)* 1990;48(5):232-237.
2. Leppee M., Polić – Vižitin M., Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena djelatnost u gradu Zagebu 2003., Zavod za javno zdravstvo Zagreb, Služba za socijalnu medicinu, 2004., str. 23 – 25.
3. Jiva M., Ferquent attenders in general practice : an attempt to reduce attendance, *Fam pract.* 2000;17 (3): 248-51.
4. Virji A. A study of patients attending without appointments in an urban general practice. *BMJ* 1990;301 (6742):22-26.
5. Barry SP, Daniels AA. Effecting change in outpatient failed appointments. *J Fam Pract.* 1984;18(5):739-742.
6. Andersson SO, Lynoe N, Hallgren CG. Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? *Scand J Prim Health Care* 2004;22(2):91-4.
7. Kovačić L i sur. Dogovaranje pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: JUMENA. 1979;89-93.

STRUKTURA KUĆNIH POSJETA OBITELJSKOG LIJEČNIKA NA PODRUČJU SEOSKE AMBULANTE GENERALSKI STOL U 2006. GODINI

STRUCTURE OF FAMILY PHYSICIAN'S HOME VISITS IN THE AREA OF RURAL MEDICAL CENTER IN GENERALSKI STOL IN 2006

Zdenka Barišić- Marčac*, Mirica Rapić**

Sažetak

Uvod: Raditi kao obiteljski liječnik na izoliranom seoskom području, a uz to i stanovati u toj sredini je nešto što samom poslu obiteljskog liječnika daje dodatnu kompleksnost, težinu i odgovornost. Uz ambulantni rad i obavljanje kućnih posjeta, seoski liječnik je i liječnik hitne pomoći na svome terenu. U seoskoj ambulanti Generalski Stol obiteljski liječnik skrbi za 1851 opredijeljenih pacijenata 932 (50,3%) žena i 919 (49,7%) muškaraca koji žive u mjestu Generalski Stol i manjim selima i zaseocima u radijusu do 10 kilometara. Preko 30% pacijenata starije je od 65 godina. Kućne posjete su izuzetno važne za praćenje zdravlja kroničnih bolesnika, pogotovo na prometno izoliranim selima.

Cilj rada: Prikaz strukture kućnih posjeta koju je obavio obiteljski liječnik seoske ambulante Generalski Stol u 2006. godini.

Metoda rada: Iz elektronskog kartona pacijenata retrospektivno su prikupljeni podaci o kućnim posjetama u 2006. godini koje je liječnik obavio u redovito radno vrijeme.

Rezultati: Tijekom 2006. godine obiteljski liječnik je za 230 (12,4%) pacijenata obavio jednu ili više kućnih posjeta, ukupno 639 kućnih posjeta, od toga 73% za žene, a 27% za muškarce. Kronične bolesti koje iziskuju dug medicinski nadzor bile su razlog

kućnih posjeta u 77,3% slučajeva, a hitna stanja u 22,7% kućnih posjeta. Za 174 bolesnika starijih od 65 godina učinjeno je 565 (87%) kućnih posjeta. Zbog bolesti cirkulatornog sustava obavljeno je 40% kućnih posjeta, zatim slijede bolesti koštano mišićnog sustava s 17,7%, endokrine bolesti i bolesti metabolizma s 8,3%, te bolesti dišnog sustava s 7,6 % kućnih posjeta. U 68% kućnih posjeta ishod je bio revizija i korekcija postojeće terapije pacijenta, u 19 % definitivno rješavanje zdravstvenog problema, u 8% upućivanje pacijenta na dijagnostiku, u 3% upućivanje pacijenta u bolnicu. U 2% kućnih posjeta došlo je do smrtnog ishoda, jer pacijenti u terminalnoj fazi uglavnom borave u svome domu. Za bolesnike koji žive u područjima udaljenim od ambulante više od 5 km učinjeno je 375 (58,7%) kućnih posjeta.

Zaključak: Liječnik obiteljske medicine na seoskom području je glavni nositelj zdravstvene zaštite za populaciju opredijeljenih mu osoba. Skrbi o zdravlju svoje populacije 24 sata. Kroničnim bolesnicima, a njih je najviše, liječnik u timskoj suradnji osigurava neophodnu zdravstvenu skrb u njihovom domu, a akutno oboljelima pruža hitne posjete kao liječnik hitne pomoći.

Glavne riječi: kućne posjete, seosko područje, starija populacija, obiteljski liječnik.

* Zdenka Barišić-Marčac, dr.med. specijalizantica obiteljske medicine, ordinacija opće medicine Generalski Stol

** Mirica Rapić, dr.med. specijalista obiteljske medicine, ordinacija opće medicine Karlovac, mentor specijalizantima obiteljske medicine

Summary

Introduction: Working in an isolated rural area as a family physician and living in the same place well is something that adds complexity, intensity and responsibility to his work. In addition to the work in the office and home visiting rural physician is also the emergency doctor in this area.

In the rural medical centre Generalski Stol family physician is in care of 1851 patients, 932(50.3%) men and 919(49.7%) women living in Generalski Stol, small villages and hamlets in the radius of 10 kilometres. Over 30% of the patients are over 65 years of age. Home visits are extremely important in following up the health of chronic patients, especially in isolated villages.

Aim. Presentation of structure of home visits done by the family physician of the rural medical centre Generalski Stol in 2006.

Methods of work. Data on family physician's home visits in 2006 during the working hours were collected from the patients' electronic medical records.

Results. Family physician went to one or more home visits for 230(12.4%) patients during 2006, totally 639 home visits, 73% were women and 27% men. The reasons for home visits were chronic diseases requiring long medical control in 77.3% of cases, and emergencies in 22.7%. There were 565 (87%) home visits for 174 patients over 65 years of age. Diseases of the circulatory system were the reason for 40% of home visits followed by the diseases of the musculoskeletal system (17.7%), endocrine and metabolic diseases for 8.3% and respiratory system diseases for 7.6%. In 68% of home visits the result was revision or correction of the patient's present therapy, in 19% solving the health problem, in 8% referring the patient for diagnostic and in 3% hospitalization. In 2% of home visits the result was lethal because the patients in the terminal stage mostly stay at home. There were 375 (58.7%) of home visits for the patients living in the areas more than 5 kilometres away from the medical centre.

Conclusion. Family physician is, in the rural area, main person for health protection of the population in his care. He cares for his population for 24 hours. Together with his team he ensures necessary health care for chronic patients, living in their homes. For the acute patients he ensures emergency home visits.

Key words: home visits, rural area, older population, family physicians

Uvod

Raditi kao obiteljski liječnik na seoskom području, a uz to i stanovati u toj sredini, obiteljskom liječniku daje dodatnu kompleksnost, težinu i odgovornost. Osim danas standardnog, statičnog ambulantnog rada, dinamičnijeg rada kroz obavljanje kućnih posjeta, seoski liječnik je i liječnik hitne pomoći na svome terenu.

U seoskoj ambulanti Generalski Stol liječnik radi u zakupu, a ordinacija je u vlasništvu Doma zdravlja Duga Resa. Na raspolaganju je svojoj populaciji od 0-24 sata. Skrbi za 1851 opredijeljenih pacijenata što čini 85% populacije koja živi na tom području. Većina populacije registrirane na listi obiteljskog liječnika pripada najvećem mjestu Generalski Stol i mnoštvu manjih sela i zaselaka. Sela koja gravitiraju ambulanti Generalski Stol različito su udaljena od matične ordinacije u Generalskom Stolu. Većina sela se nalazi u krugu do 10 km, a najudaljenija su i do 30 km. Povezana su loše asfaltiranim i neasfaltiranim seoskim prometnicama. U skrbi liječnika ambulante Generalski Stol je preko 30% pacijenata starijih od 65 godina.

Starenje populacije je demografska značajka mnogih zemalja razvijenog svijeta. Sa starenjem stanovništva suočena je i Hrvatska. Udio stanovništva starijeg od 65 godina u Hrvatskoj u 2003. godini bio je 15,7%, a pretpostavlja se da će do 2020. godine porasti do 25% (1).

Sva istraživanja kod nas i u svijetu govore da je ta skupina korisnika zdravstvene zaštite ona koja objektivno ima najviše zahtjeva, ali i potreba za

zdravstvenom skrbi (2). Starenjem populacije došlo je i do porasta kroničnih bolesti koje iziskuju dug medicinski nadzor u neograničenom vremenu (3).

Zbog toga je za liječenje kroničnih bolesnika na seoskom području svakako važna spremnost obiteljskog liječnika da im bude na raspolaganju 24 sata, bilo kroz ambulantne posjete oboljelih liječniku ili kroz kućne posjete liječnika oboljelima.

Kućne posjete se obavljaju uglavnom na kraju ambulantnog radnog vremena, po dogovoru, ali ako je potrebna hitna intervencija, odlazi se odmah napuštajući ambulantni rad, jer liječnik obiteljske medicine na tom području je i liječnik za hitne slučajeve. Tek nakon njegove intervencije i procjene traži se po potrebi pomoć vozila i dežurne ekipe obližnjeg Doma zdravlja, za transport oboljelog dalje.

Hitna kućna posjeta obavlja se uglavnom nakon poziva bolesnika, obitelji ili treće osobe. Postoje i aktivne ili planirane kućne posjete, bez poziva bolesnika, a prema odluci liječnika ili prethodnom dogovoru s obitelji ili oboljelim. Te su kućne posjete oblik sustavne skrbi u rizičnim slučajevima te u praćenju tijeka bolesti ili kontrole samog procesa liječenja (4).

Kućne posjete mogu biti i jedini način da se otkriju rizici iz okoline bolesnika i da se ispravno procijeni funkcionalni status pacijenta, da se otkrije zanemarivanje uzimanja terapije ili prekomjerno uzimanje propisane terapije ili lijekova za koje recept nije potreban (5).

Svu ljepotu liječničkog poziva liječnik može osjetiti dolaskom u kuću pacijenta i saznanjem da je zaista potreban bolesniku, a još više nakon intervencije spoznajom da je ona bila humana, neophodna i pružila oboljelome pomoć u tom trenutku ili nadu u poboljšanje ili bolje sutra.

Nakon dobre komunikacije s oboljelim predvođene vještinom slušanja, pa opažanja, zatim vođenja razgovora, intervjua, slijedi savjetovanje i umirivanje bolesnika (2).

Kada stekne potpuni uvid u situaciju u kojoj se pacijent nalazi, obiteljski liječnik postaje glavni moderator u njegovom liječenju i po potrebi uključuje i druge službe u rješavanju njegovog problema (6).

Najčešći razlozi kućnih posjeta za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti su bolesti koje dugo traju, primjerice bolesti srca i cirkulacijskog sustava uključujući cerebrovaskularne bolesti, kronične bolesti respiratornog sustava, neurološke bolesti i karcinom.

Procjenjuje se da će ove bolesti biti glavni uzrok smrti u slijedećih dvadeset godina (5). Zbog starosti populacije sve više starih i bolesnih boluju i umiru kod kuće ili zbrinuti u udomiteljstvu, a terminalnu – palijativnu skrb pruža im njihov izabrani liječnik (7).

Palijativna skrb je potpuna skrb za bolesnika čiju bolest više nije moguće izliječiti. Bolesnici u završnom razdoblju bolesti devedeset posto vremena zadnje godine života provedu u svom domu u skrbi obiteljskog liječnika i obitelji. Procijenjeno je da liječnici obiteljske medicine, ovisno o tome kakvu populaciju imaju u skrbi, mogu očekivati od četiri do deset novo oboljelih od raka godišnje, te dva do pet bolesnika s rakom koji će tijekom godine dana umrijeti. Nadalje, još će dva do tri bolesnika koji boluju od drugih kroničnih bolesti u završnom razdoblju bolesti trebati intenzivnu palijativnu skrb (7). Palijativnu skrb može pružiti obiteljski liječnik uz suradnike i potporu bolesnikove obitelji u njihovom domu.

Razmatranjem strukture kućnih posjeta stiže se uvid u svu širinu djelovanja obiteljskog liječnika i njegov značaj za zdravlje pacijenata jednog izoliranog, ograničenog područja. Stoga je cilj ovog rada prikaz strukture kućnih posjeta koje je obavio obiteljski liječnik seoske ambulante Generalski Stol u 2006. godini

Metode rada i ispitanici

U 2006. obiteljski liječnik ordinacije Generalski Stol je skrbio za 1851 opredijeljenog pacijenta: 932 žene (50,3%) i 919 (49,7%) muškaraca.

Iz elektronskog kartona pacijenata retrospektivno su prikupljeni podaci o kućnim posjetama u 2006. godini. U analizu su uzete samo kućne posjete obavljene u redovito radno vrijeme liječnika, a nisu uzete kućne posjete koje obavlja liječnik za vrijeme svoje pripravnosti. Analizirane su kućne posjete opredijeljenim pacijentima u odnosu na dob i spol pacijenta, kao i posjete vezane za zdravstvenu problematiku, akutna i kronična stanja, te u odnosu na skupine bolesti pacijenata. Analizirana je učestalost korištenja kućnih posjeta po osobi, ishod kućnih posjeta te njihova učestalost s obzirom na radijus udaljenosti od ambulante.

Rezultati rada

Od ukupno 1851 pacijenata u skrbi za njih 230 (12,4%) učinjena je jedna ili više kućnih posjeta u tijeku 2006. godine. U 2006 g. obavljeno je ukupno 9433 posjeta, 8794 ili 92,8% u ordinaciji liječnika, a 639 ili 7,2% u kući oboljelih.

Tablica 1. Prikaz pacijenata u skrbi obiteljskog liječnika i korisnika kućnih posjeta prema životnoj dobi

Table 1. Patients in family physicians care and home visits users according to age

Dobne skupine / Age groups	Pacijenti u skrbi / Patients in care		Korisnici kućnih posjeta / Home visits users	
	Broj / Number	%	Broj / Number	%
0- 7	13	0,7	0	0,0
7-18	193	10,3	2	0,8
19 - 44	646	35	9	3,9
45- 64	444	24	45	19,6
65 +	555	30	174	75,7
Ukupno	1851	100	230	100,0

Od 1851 u skrbi liječnika bilo je 30% starijih od 65 g. Za 174 bolesnika starijih od 65 godina učinjeno je 565 (87%) kućnih posjeta.

Tablica 2. Prikaz broja kućnih posjeta po pacijentu

Table 2. Number of home visits per patient

Broj pacijenata / Number of patients	Broj kućnih posjeta po pacijentu / Number of home visits per patient	Ukupno broj kućnih posjeta / Total number of home visits
94	1	94
39	2	78
29	3	87
16	4	64
24	5	120
28	7	196
Ukupno pacijenata / Total number of patients		Ukupno kućnih posjeta / Total number of home visits
230		639

Liječnik je obavio ukupno 639 kućnih posjeta za 230 pacijenata, odnosno prosječno 2.8 kućnih posjeta po korisniku kućnih posjeta. Vidljivo je da isti pacijenti koriste kućne posjete više puta, a 28 njih i do sedam puta godišnje.

Tablica 3. Raspodjela kućnih posjeta po dobi i spolu
Table 3. Distribution of home visits by age

Dobne skupine / Age groups	7 – 18	19 – 44	45 – 64	65 – 74	75 +	Ukupno/ Total
Muškarci/ Men	4	9	36	77	46	172
Žene/ Women	0	3	31	111	322	467
Ukupno/ Total	4	12	67	188	368	639

Za populaciju stariju od 75 godina obavljeno je 368 (57,6%) kućnih posjeta, odnosno za starije od 65 godina 556 (87%) kućnih posjeta. Od 639 kućnih posjeta, 467 (73%) posjeta su obavljene za žene. Za muškarce životne dobi od 7-45 godina obavljene su 49 kućne posjete, a za žene iste dobi 34 kućne posjete.

Tablica 4. Raspodjela kućnih posjeta po mjesecima i spolu
Table 4. Distribution of home visits by months and sex

Mjeseci/ Months	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Muškarci/ Men	15	9	13	15	11	17	14	22	10	13	19	14
Žene/ Women	36	17	33	50	55	67	25	46	33	36	33	36
Ukupno/ Total	51	26	46	65	66	84	39	68	43	49	52	50

U veljači i srpnju je bilo najmanje kućnih posjeta, a u travnju, svibnju, lipnju i kolovozu najviše. Prosječno je liječnik obavljao 2,5 kućnih posjeta tijekom radnog dana.

Akutna – hitna stanja za intervencijom liječnika su zastupljena kod 145 (22,7%) kućnih posjeta liječnika. Od ukupno 145 hitnih kućnih posjeta zbog akutne novonastale bolesti urađeno 46 (32%) kućnih posjeta, a zbog akutizacije kroničnih bolesti 99 (68%) kućnih posjeta. Planirane i dogovorene kućne posjete te kontrola bolesnika s kroničnim bolestima bile su razlogom za 494 (87,3%) kućnih posjeta.

Tablica 5. Raspodjela aktivnih –planiranih kućnih posjeta
Table 5. Distribution of active-planned home visits

Razlog planirane kućne posjete / Reason for the planned home visit	broj	%
Kontrola nakon KP zbog novog akutnog stanja / Control after HV for the new acute condition	31	6,3
Kontrola nakon KP zbog akutizacije kronične bolesti / Control after HV for actualization of chronic disease	73	14,8
Kontrola kroničnih stanja u kući pacijenta / Control of chronic conditions in patients' homes	192	38,8
Kontrola korisnika kućne njege / Control of home care users	111	22,5
Kontrola kroničara u udomiteljstvu / Control of chronic patients in foster care	87	17,6
Ukupno/ Total	494	100%

Nakon obavljene akutne kućne posjete liječnik je po potrebi i dogovorno planirao kućne posjete kao kontrole nakon akutne intervencije. Najviše je planiranih kućnih posjeta obavljeno u sklopu kontrole bolesnika s kroničnom bolesti u vlastitom domu. Šesnaest starijih zbog svojih zdravstvenih problema koristili su usluge sestara njegovateljica kroz zdravstvenu njegu u kući, te je za njih učinjeno 22,5% planiranih posjeta obzirom na obvezu liječnika za kontrolom kućne njege. Osamnaestero starih i nemoćnih uglavnom samaca, smješteni su u dva udomiteljstva na tom terenu te je liječnik napravio 17,6% planiranih kućnih posjeta u svrhu kontrole kroničnih bolesnika u udomiteljstvima.

Tablica 6. Raspodjela kućnih posjeta po dijagnozama i spolu

Table 6. Distribution of home visits according to diagnoses and sex

Vrste bolesti <i>Diseases</i>	Žene / <i>Women</i>	Muški / <i>Men</i>	Ukupno / <i>Total</i>	%
Bolesti cirkulatornog sustava <i>Diseases of the circulatory system</i>	201	55	256	40,1
Bolesti dišnog sustava <i>Diseases of the respiratory system</i>	42	7	49	7,6
Oboljenja koštano mišićnog sustava i vezivnog tkiva <i>Diseases of musculoskeletal system and connective tissue</i>	83	30	113	17,7
Endokrine bolesti i bolesti metabolizma <i>Endocrine and metabolic diseases</i>	41	12	53	8,3
Zloćudne novotvorine <i>Neoplasms</i>	9	34	43	6,7
Duševne bolesti i poremećaji ponašanja <i>Mental and behavior disorders</i>	24	3	27	4,2
Ozljede zbog vanjskih uzroka <i>Injuries</i>	26	14	40	6,2
Gastrointestinalni poremećaji <i>Diseases of the digestive system</i>	15	8	23	3,7
Genitourinarne bolesti <i>Diseases of the genitourinary system</i>	3	5	8	1,2
Neurološke bolesti <i>Diseases of nervous system</i>	2	0	2	0,3
Kožne bolesti <i>Diseases of the skin</i>	5	2	7	1,0
Ostalo <i>Others</i>	16	2	18	2,8
UKUPNO <i>TOTAL</i>	467	172	639	100,0

Zbog bolesti cirkulatornog sustava najviše je učinjeno kućnih posjeta i kod žena i kod muškaraca. Na drugom mjestu kod žena su kućne posjete zbog oboljenja koštano mišićnog sustava, a kod muškaraca kućne posjete zbog malignih oboljenja.

Bolesti dišnog sustava i endokrine bolesti kod žena podjednako su zahtijevale kućne posjete, a kod muškaraca na trećem mjestu su bolesti koštano mišićnog sustava.

Za ovu populaciju su značajne i ozljede tijela zbog vanjskih uzroka. Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja zabilježeni su daleko više kod žena nego muškaraca.

Tablica 7. Ishodi kućnih posjeta

Table 7. Home visits results

Ishodi kućnih posjeta <i>Home visits results</i>	Br./No.	%
Žurno rješavanje zdravstvenih problema u kući / <i>Quick solving of health problems at home</i>	120	19
Bolničko zbrinjavanje <i>Hospitalization</i>	21	3
Smrtni ishod/ <i>Death</i>	11	2
Upućivanje na daljnju dijagnostiku / <i>Referring for further diagnostics</i>	53	8
Revizija i korekcija terapije pacijenta / <i>Revision and correction of patients' therapy</i>	434	68
Ukupno / <i>Total</i>	639	100

Najčešći ishod kućne posjete je korekcija i revizija terapije pacijenta. Žurno se riješio zdravstveni problem u 120 (19%) kućnih posjeta.

U bolnicu je upućen 21 (3%) pacijent a u 11 (2%) kućnih posjeta je ishod bio smrt pacijenta. Ukupno je 375 (58,7%) kućnih posjeta obavljeno za pacijente čiji su domovi bili udaljeni od ordinacije pet i više kilometara.

Rasprava

Rad obiteljskog liječnika u seoskoj ambulanti Generalski Stol u općini Duga Resa odvija se kroz ambulantni rad liječnika, kućne posjete na kraju radnog vremena ili tijekom radnog vremena ako su hitni pozivi i kroz pripravnost dva tjedna u mjesecu, koju dijeli s liječnikom iz obližnje terenske ambulante Bosiljevo. Liječnik ambulante Generalski Stol živi na istoj lokaciji gdje je i ambulanta i tako radi 20 godina. Praktički na raspolaganju pacijentima je 24 sata. Posao seoskog liječnika je vrlo zahtjevan i odgovoran jer se na tom terenu nalazi sam i ispred je službe hitne pomoći. Međutim, dugi niz godina rada i života u istoj sredini, dobro poznavanje svoje populacije koja je uglavnom stalna i bez velikih oscilacija, čimbenici su sigurnijeg i kvalitetnijeg rada liječnika na tom terenu.

Od populacije koja gravitira toj ambulanti 85% je opredijeljeno za liječnika ambulante Generalski Stol. U 15% neopredijeljenih za liječnika u Generalskom Stolu većinom su predškolska djeca opredijeljena pedijatru u Dugoj Resi i dio mlađe aktivne populacije opredijeljeno je još uvijek za «industrijske» ambulante u mjestu svoga rada u Dugoj Resi i Karlovcu.

Stariji pacijenti su uglavnom opredijeljeni za svog najbližeg liječnika, liječnika obiteljske medicine u Generalskom Stolu, neovisno o opredijeljenosti nekih mlađih članova njihove obitelji. Od opredijeljenih, 30% pacijenata starijih od 65 godina je u skrbi liječnika ambulante Generalski Stol, što je više od udjela starijeg stanovništva od 65 godina u populaciji Hrvatske 2003 (1).

Kućne posjete čine 7,2% svih posjeta u ordinaciji Generalski Stol što je za 50% više nego prema odredbama ugovora liječnika s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Naime normativ HZZO je jedna kućna posjeta u četiri godine po pacijentu, što bi za populaciju u skrbi liječnika obiteljske medicine u Generalskom Stolu iznosilo 462 kućne posjete(8). Očito da je dio većeg broja kućnih posjeta i zbog položaja samog liječnika koji na tom terenu obavlja i posao liječnika hitne pomoći, što je vidljivo i po raspodjeli kućnih posjeta prema hitnosti. Prema rezultatima ovog rada svaka četvrta kućna posjeta bila je hitna kućna posjeta. Osim toga na tom terenu pacijenti ne mimoilaze svoga liječnika i ne odlaze na prijemni trakt obližnje bolnice da bi se riješio njihov akutni problem. Naime najbliža je bolnica, Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa koja nije nadležna za zbrinjavanje pacijenata u hitnim stanjima. S druge strane zbog udaljenosti i loše prometne povezanosti pacijenti teško dolaze u hitni trakt najbližih općih bolnica u Karlovcu ili Ogulinu.

Akutni-hitni pozivi su razlozi žurnog napuštanja ambulantnog rada i odlaska u kućnu posjetu oboljelome. Na ovom terenu to je skoro svaka četvrta kućna posjeta. Tek po izvidu i odluci liječnika ako je to neophodno, zove se služba prijevoza radi stanja bolesnika koje zahtijeva hospitalizaciju. Većinu hitnih stanja rješava obiteljski liječnik u domu oboljelog ili

na mjestu unesrećivanja, a upravo dobro poznavanje svoje populacije daje mu dodatnu sigurnost u procijeni ishoda zdravstvenog poremećaja i načinu njegova rješavanja(2,5). Kontrole nakon akutnog poremećaja i nastavno pružene zdravstvene usluge predstavljaju kućno liječenje. Kućno liječenje može biti i najljepši dio liječničkog posla, jer liječniku daje uvid u sve njegove uspjehe i eventualne neuspjehe liječenja.

Ukupno je 12,4% opredijeljenih pacijenata liječnik posjetio jednom ili više puta u kući tijekom 2006. godine. Žene su koristile kućne posjete više nego muškarci. Žene duže žive, u prosjeku sedam godina. Prosječno očekivano trajanje života za 2004. za muškarce je iznosilo 72,13 godina, a za žene 79,08 godina (1). Starijih žena je veći broj od starijih muškaraca, što se odražava i u njihovom češćem korištenju liječničkih usluga, kao što su to prikazala i neka prethodna istraživanja (9).

Od 555 ili 30% starijih od 65 godina koji se liječe kod liječnika ambulante Generalski Stol, njih 174 ili 35 % je u 2006.g. koristilo kućne posjete svoga liječnika. Stariji pacijenti imaju specifične zdravstvene potrebe vezane za svoju dob, nosioci su nekoliko kroničnih bolesti, pa su i češći korisnici usluga svog obiteljskog liječnika u svome domu (15,16). Kod kroničnih bolesnika koji koriste više kućnih posjeta moguće je provoditi aktivne, planirane kućne posjete, jer su oni već dijagnostički obrađeni i njihovi su zdravstveni problemi već poznati liječniku. Oni iziskuju dug medicinski nadzor u neograničenom vremenu. Smatra se da je i do 80% zahtjeva pacijenata za liječničkim intervencijama u izvan bolničkoj zdravstvenoj zaštiti upravo u vezi s kroničnim bolestima (2).

Najviše je kućnih posjeta u travnju, svibnju i lipnju. To se povezuje s poslovima u poljoprivredi, većim fizičkim naprezanjem nego to zdravstveno stanje dozvoljava, s nezgodama, povredama i alergijama.

U lipnju je i običaj da obitelji češće pozivaju liječnika u kućne posjete jer je sranj vrijeme godišnjeg odmora i rada zamjenskog liječnika koji odlazi u kućne posjete samo za hitnija stanja. U kolovozu je veći

porast kućnih posjeta zbog godišnjeg odmora liječnika u srpnju pa mnogi kronični slučajevi i obilasci kućnih njega dočekaju svog liječnika.

Najviše kućnih posjeta je bilo zbog bolesti cirkulatornog sustava, a prema dijagnozama to su najčešće hipertenzija, zatajivanje srca, angina pectoris, CVI i njegove posljedice. Te su bolesti posljedica starenja populacije i vjerojatno nedovoljno aktivno otkrivanje i zbrinjavanje bolesnika s kardiovaskularnim rizikom ili bolesnika s razvijenom bolesti. Te su bolesti najčešći uzroci mortaliteta i morbiditeta danas (1,2). Visoki broj zauzimaju bolesti koštano-mišićnog sustava koje su također vezane za stariju dob, raniju artrozu i probleme s kretanjem, ozljedama i operativnim korekcijama koštanozglobnog sustava, ali i zbog poljskih radova i nefiziološkog položaja tijela.

Praćenja starih pacijenata s dijabetesom, korekcija terapije kako peroralne tako i inzulinske ovisno o razini glikemije, praćenja komplikacije dijabetesa, često pratećeg komorbiditeta koji dodatno pogoršava osnovnu bolest, je područje djelovanja liječnika u 8,3% kućnih posjeta.

Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja su također značajan uzrok kućnih posjeta. Zbog depresije, anksioznih stanja, psihoorganskih tegoba obavljeno je 27 (4,2%) kućnih posjeta. Depresija predstavlja veliku patnju za oboljelog i velik teret za obitelj. Rezultati epidemioloških studija iz nekoliko zemalja govore da 3-4% populacije pati od težih ili velikih depresivnih poremećaja, dok dodatnih 1,5-2% pučanstva pati od blažih oblika ili minor depresije s manjim brojem simptoma. Čak 16-20% pučanstva razvije barem jednu depresivnu epizodu tijekom života. Obiteljski liječnik se obično prvi susreće s takvim pacijentom i pomaže obitelji da prihvati svog bolesnog člana. Teško je više puta zbog komorbiditeta s drugim bolestima prepoznati depresivne poremećaje, koji su prikriveni drugim zdravstvenim problemima. Međutim, ako liječnik obiteljske medicine na nju misli i ako dovoljno dobro poznaje svoga pacijenta, uz pomoć brzih validiranih psihotestova lako dijagnosticira taj poremećaj (11).

Zbog malignih oboljenja obavljene su 43 ili 6,7% kućnih posjeta. Maligna oboljenja su u porastu, a pacijenti su zadnju godinu dana 90% vremena u svom domu u skrbi obitelji i obiteljskog liječnika (7,12).

U populaciji opredijeljenih pacijenata za 2006. godinu bilo je sedam pacijenata s dijagnozom karcinoma u terminalnoj fazi bolesti. Karcinom bronha i pluća imalo je tri muškarca i jedna žena. Jedan pacijent je bio u terminalnoj fazi bolesti od karcinoma kolona, jedan od prostate, a jedna žena je bolovala od karcinoma dojke s metastazama. Svi oni su svoje posljednje mjesece većinom proveli u svome domu, pod kontrolom svog obiteljskog liječnika. Nepovoljan i brz ishod bolesti karakterističan je za karcinom bronha i pluća koji je najčešći karcinom u muškaraca i sve češći u žena. Odnos obolijevanja muškaraca i žena je gotovo 6:1 (2). Razumljivo je da su ovi bolesnici bili česti korisnici kućnih posjeta liječnika posebice u posljednjim mjesecima života. Članovima obitelji ili udomiteljstva liječnik obiteljske medicine je bio psihološki oslonac i učitelj u postupanju s oboljelima (12). Izbor i dostupnost mnogobrojnih lijekova za suzbijanje boli u različitim oblicima su znatno olakšali patnju bolesnika te zamijenili prijašnje učestalo davanje parenteralne analgetske i opijatske terapije i tako pridonijeli smanjenju broja kućnih posjeta radi parenteralne terapije (13). Međutim titracija doze lijekova, korekcija nuspojava i suzbijanje ostalih simptoma je i dalje područje djelovanja obiteljskog liječnika kod oboljelih od malignih bolesti (14).

Najudaljeniji pacijenti najviše traže kućne posjete. To je povezano s materijalnim statusom pacijenta, nedostatkom osobnog prijevoznog sredstva ili zbog prirode same bolesti. Podaci iz literature pokazuju da su češći korisnici kućnih posjeta pacijenti lošijeg imovinskog i socijalnog statusa (15,16). U selima uglavnom i živi staračko pučanstvo, osamljeni stari samci ili stare obitelji koje i objektivno više trebaju i koriste usluge u kući svoga liječnika (17). U situaciji kada stari i nemoćni nisu u stanju doći do liječnika, liječnik u sklopu svojih planiranih posjeta obilazi njih. Kvaliteta kućnih posjeta je i u tome da liječnik upozna

oboljelog u njegovoj prirodnoj sredini, u njegovom socioekonomskom okruženju koje nadopunjuje zdravstvenu sliku oboljelog (18). Za brojne starije osobe koje žive u udaljenim zaseocima je kućna posjeta liječnika ponekad jedini oblik pružanja i korištenja zdravstvene zaštite.

Zaključak

Liječnik obiteljske medicine u seoskom području je glavni nositelj zdravstvene zaštite za populaciju opredijeljenih mu osoba. Skrbi o zdravlju svoje populacije od 0 do 24 sata, a to daje pacijentima dodatnu psihološku sigurnost jer im je liječnik uvijek pri ruci kada ga zatrebaju. To je osobito važno za udaljene, osamljene i stare obitelji. Saznanje da je obiteljski liječnik spreman doći u kućnu posjetu pruža pacijentu dodatnu sigurnost i osjećaj da nije napušten i sam u starosti i bolesti. Kroničnim bolesnicima, a njih je najviše, liječnik u timskoj suradnji osigurava neophodnu zdravstvenu skrb u njihovom domu, a akutno oboljelima pruža posjete kao liječnik hitne pomoći

Literatura:

1. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2006 godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2007.
2. Budak A. Zdravstvena zaštita za stare osobe u Hrvatskoj. U: Budak A i sur. Obiteljska medicina. Udžbenik za studente i priručnik za liječnike. 3. dop. prom. izd. Zagreb: Gandalf; 2000, str 285-90.
3. Tomek-Roksandić S. Javnozdravstveni pristup zaštiti zdravlja starijih ljudi. U: Tomek Roksandić S, Budak A, urednici. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske; 1999, str 1-19.
4. Ebling Z. Trajna zaštita i kućno liječenje. U: Jakšić Ž, Budak A, Blažeković – Milaković S, Ebling Z, Jurković Lj, Katić M, et al. Obitelj i zdravlje. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (Škola narodnog zdravlja A. Štampar); 1996, str 87-89.
5. Rakele RE. Liječnik obiteljske medicine. U: Rakele RE. Osnove obiteljske medicine. Zagreb: Naklada Ljevak; 2005, str 3-19.

6. Jakšić Ž. Palijativna skrb kao dio života. U: Zbornik. XII. kongresa obiteljske medicine. Zadar, 2005. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2005, str 228-38.
7. Parać Bebek D, Burić M, Soldo D, Cerovečki Nekić V, Katić M. Palijativna skrb u domu bolesnika – možemo li bolje? U: Zbornik radova. Šesti kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora, Rovinj. 2006. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2006, str 271-87.
8. Pravilnik o standardima i normativima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u 2001 g. Nar Nov 2000;(127)
9. Grahović N, Rapić M. Korištenje usluga obiteljskog liječnika od pacijenata starije životne dobi. Med Fam Croat 2007;15:33-42.
10. Šimunović R, Katić M, Todorović G, Vinter-Repalust N, Kumbrija S. Korištenje zdravstvene zaštite u starijoj životnoj dobi. U: Zbornik. 11. kongres liječnika obiteljske medicine. Split, 2004. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2004; str 188-97.
11. Cindrić-Bošnjak M, Grabant L, Stojanović-Špehar S, Blažeković-Milaković S. Depresija i komorbiditetne bolesti-dijagnosticiranje po preporuci SZO-pilot istraživanje u ordinacijama specijalizanata obiteljske medicine. Med Fam Croat 2007;15:3-10.
12. Vodjerek – Matica Z, Katić M, Soldo D. Utjecaj skrbi za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti na ključne članove obitelji. Med Fam Croat 2006;14:53-60.
13. Rapić M, Lončarić M, Fudurić B. Kućno liječenje na seoskom i gradskom području (ambulanta Draganići i Rakovac 1).U: Zbornik. I simpozij obiteljske medicine. Varaždin, 1994. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1994, str 45-55.
14. Jovanović A, Jurković LJ, Ožvačić Z, Gluhak I, Soldo D. Terapija i skrb umirućih bolesnika oboljelih od karcinoma u ordinacijama opće medicine. U: Zbornik. XII kongres liječnika obiteljske medicine. Zadar, 2005. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2005, str 249-62.
15. Aylin P, Majeed A, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. BMJ 1996;313:297-310.
16. Duraković Z. Gerijatrija. U: Vrhovac B i sur. Interna medicina. 3. izd. Zagreb: Naklada Ljevak; 2003, str 105-9.
17. Bakar Ž, Podobnik D. Neke zdravstvene i socijalne karakteristike ruralne populacije III i IV životne dobi. U: Zbornik. XI kongres liječnika obiteljske medicine. Split, 2004. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2004, str 394-403.
18. Kralj D, Ožvačić Z, Katić M. Značajke kućnih posjeta. Analiza kućnih posjeta u ambulanti obiteljske medicine Draganići. U: Ebling Z, urednik. Zbornik. XII kongres obiteljske medicine. Osijek, 2006. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2006, str. 239-49.

PRISUTNOST KARDIOVASKULARNIH ČIMBENIKA RIZIKA KOD LIJEČNIKA SPECIJALIZANATA STUDIJSKE GODINE 2005./2006.

PRESENCE OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AMONG PHYSICIANS, SPECIALISTS DURING THE SCHOOL YEAR 2005/2006

Pia Medi*, Suzana Kumbrija**, Sanja Blažeković-Milaković***

Sažetak

Uvod. Kardiovaskularne bolesti predstavljaju globalni javnozdravstveni problem. U Republici Hrvatskoj je 2003. godine od bolesti cirkulacijskog sustava umrlo 27872 ljudi (54,01% ukupne smrtnosti), a 2004. godine 24959 (51% ukupne smrtnosti).

Cilj rada. Cilj rada je istražiti prisutnost kardiovaskularnih čimbenika rizika u liječnika specijalizanata obiteljske medicine.

Ispitanici i metoda rada. Ispitivanje je vršeno metodom anonimnog anketiranja ispitanika upitnikom od sedamnaest pitanja učinjenog za ovo ispitivanje.

Ispitivana je prisutnost čimbenika rizika u nastanku kardiovaskularnih oboljenja na uzorku liječničke populacije specijalizanata obiteljske medicine (N=131, muškarci N=27, žene N=104) u dobi od 28 do 51 godine života (131 ispitanik, 27 muškaraca i 104 žene).

Rezultati. Vrijednosti rizičnih čimbenika ukupnog kolesterola, šećera u krvi i arterijskog krvnog tlaka ne razlikuju se značajno između muških i ženskih ispitanika. Preko 40% ispitanika je pretilo. Samo manji dio tjelesno je aktivan, njih 76 (58%) navodi da nema vremena za tjelesne aktivnosti, a usprkos stresnoj profesiji, tek 36.6 % spava do osam sati dnevno. Povišen ukupni kolesterol ima 30,6%, ispitanika, povišenu glukozu u krvi ima 5.2% ispitanika, a povišen arterijski tlak ima 15.5%. Povremeno konzumira alkohol 55,7% ispitanika, 22,1% ih puši svakodnevno, a 37,4% povremeno, statistički značajnije, muški spol.

Zaključak. Ovo ispitivanje je pokazalo da liječnici usprkos svom znanju o zdravlju i bolesti, nemaju zdrave životne navike.

Gljučne riječi: čimbenici kardiovaskularnog rizika, specijalizanti obiteljske medicine

* Pia Medi, dr med, Trnsko 34, Zagreb

** Suzana Kumbrija, spec.obit. med. Albaharijeva 4, Zagreb

*** Prof.dr.sc.Sanja Blažeković-Milaković, spec.obit.med, Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu

Summary

Introduction. Cardiovascular diseases represent global public health problem. In the Republic of Croatia 27 872 people died from circulatory system diseases (54.01% of total death) in 2003 and in 2004, 24 959 (51% of total death).

Aim. To study the presence of cardiovascular risk factors in physicians, specialists in family medicine.

Examinees and method of work. The study was performed by the method of anonymous interviewing of examinees through the questionnaire consisting of 17 questions prepared for this study.

Presence of risk factors in the development of cardiovascular diseases on the sample of physicians' population of family medicine specialists (N=131, men N=27, women N=104) aged 28 to 51 (131 examinees, 27 men, 104 female) was studied.

Results. Values of risk factors of total cholesterol, blood glucose and arterial blood pressure did not differ significantly between men and women. Over 40% of examinees were obese. Only a smaller part of them were physically active, 76 (58%), indicating they had no time for it. In spite of their stressful profession only 36.6% slept eight hours per day. Increased total cholesterol was found in 30.6% of examinees, increased blood glucose in 5.2% of examinees and increased arterial blood pressure in 15.5%. 55.7% of examinees drank alcohol, 22.1% was smoking daily and 37.4% occasionally. These were statistically significant for men.

Conclusion. This study has shown that physicians, in spite of their knowledge about health and diseases have no healthy life habits.

Key words: cardiovascular risk factors, family medicine specialists

Uvod

Kardiovaskularne bolesti (KVB) predstavljaju svjetski zdravstveni problem, na prvom su mjestu uzroka smrtnosti razvijenih zemalja(1), stoga je zanimanje za tu problematiku veliko. Proučavanje čimbenika rizika za SŽB datira još od ranih 60-ih i poznate Framinghamove studije do danas(2) kada dolazi do pokušaja prevencije SŽB djelovanjem na čimbenike rizika. U Republici Hrvatskoj je 2003. godine od bolesti cirkulacijskog sustava umrlo 27872 ljudi (54,01% ukupne smrtnosti), a 2004. godine 24959 (51% ukupne smrtnosti) (3). U razvijenim zemljama posljednjih je godina zabilježeno smanjenje smrtnosti od srčanožilnih bolesti zahvaljujući boljoj kontroli i suzbijanju čimbenika rizika, ranim otkrivanjem i boljim liječenjem(4). Liječnik obiteljske medicine ima ogromnu ulogu u promicanju zdravlja i poticanju stanovništva na usvajanje zdravog načina življenja, te mijenjanju po zdravlje štetnih navika, s jedne strane edukacijom, otkrivanjem i praćenjem čimbenika rizika, a s druge strane svojim vlastitim ponašanjem, stavovima i zdravim stilom življenja. Osnovna patološka promjena u podlozi KVB je aterosklerotski proces. Toj pojavi doprinose čimbenici kardiovaskularnog rizika koje dijelimo na nepromjenjive i promjenjive. Nepromjenjivi su dob, spol i nasljeđe, a promjenjivi pretilost, dislipidemija, hipertenzija, dijabetes, tjelesna neaktivnost, pušenje i stres.

Muškarci imaju veći rizik od razvoja bolesti srca i krvnih žila od žena do menopauze. Nakon šezdesetih godina omjer se izjednačuje, a prema statističkim podacima žene, iako oboljevaju rjeđe, kad se razbole, imaju češće komplikacije i češće umiru(5). Rizičnost je veća kod muškaraca iznad 40 godina starosti i žena iznad 50 godina starosti uz dva ili više čimbenika rizika. Nasljednu sklonost imaju osobe čiji je otac obolio ili umro prije 55. godine života, majka prije 65. godine života, a braća i sestre su također oboljeli od neke kardiovaskularne bolesti(5). Debljina kao javnozdravstveni problem u svijetu je u stalnom porastu i doseže razmjere globalne epidemije(6). Poremećaji metabolizma masti obuhvaćaju pojačanu

eliminaciju lipoproteina u serumu, s posljedičnom hiper-lipoproteinemijom i sniženom razinom angioprotek-tivne HDL-frakcije. U najvećoj mjeri su genski uvjetovani, ali važnu ulogu u njihovu razvoju ima prekomjerna tjelesna težina, prehrana bogata zasićenim mastima i kolesterolom, smanjena tjelesna aktivnost i konzumacija većih količina alkohola. Arterijska hipertenzija je glavni neovisni čimbenik kardiovaskularnog rizika. Dijabetes može bitno ubrzati aterogenezu, zna se da dijabetes u ljudi dovodi do abnormalnih promjena svih stanica što skraćuje život(7). Tjelesna neaktivnost dvostruko povećava rizik od nastanka koronarne bolesti. Pušenje je jedini rizični čimbenik za koji smo sami odgovorni, a rizik za razvoj koronarne i drugih arterijskih okluzivnih bolesti je najmanje dvostruk kod pušača u odnosu na nepušače(8). Kortizol i epinefrin, hormoni koji se oslobađaju u stresu pomažu ljudima da se prilagode okolini, ali ako je njihova sekrecija trajno povišena, smanjuju se obrambene sposobnosti organizma i kronično pobuđuju organski sustavi koji sudjeluju u stresnoj reakciji a među njima je svakako kardiovaskularni sustav. Mnoga istraživanja pokazuju da se stres upliće u patofiziologiju aterosklerotskog procesa, bolesti srca, visokog tlaka i moždanog udara(9,10). Cilj sprečavanja pobola i smrtnosti od KVB je rana detekcija čimbenika rizika i njihovo liječenje, odnosno usporavanje razvoja ateroskleroze. Ciljevi prevencije kardiovaskularnih bolesti prema Europskim smjernicama za prevenciju bolesti srca i krvnih žila u kliničkoj praksi (11) jesu smanjiti incidenciju prvog i ponavljanje akutnih zbivanja koronarne srčane bolesti, moždanog udara i perifernih arterijskih bolesti. U tu svrhu preporuča se promjena načina života, kontrola tjelesne težine, redovita tjelesna aktivnost, smanjenje unosa hrane bogate kolesterolom, šećerima i mastima, smanjen unos soli i prestanak pušenja.

Liječnici bi svojim ponašanjem i načinom života trebali biti primjer zdravog stila življenja svojim pacijentima. Svrha ovog istraživanja je ispitati čimbenike rizika kod liječnika specijalizanata obiteljske medicine.

Pretpostavka je da liječnici radi dobrog poznavanja čimbenika rizika za kardiovaskularne bolesti vode brigu o redovitoj kontroli svojih čimbenika rizika i imaju zdrav stil života.

Cilj

Cilj rada je bio istražiti životne navike i prisutnost čimbenika rizika kod liječnika specijalizanata obiteljske medicine studijske godine 2005-2006.

Ispitanici i metode

Ispitanike su činili specijalizanti obiteljske medicine, tijekom postdiplomske studijske godine 2006., a u sklopu Specijalizacije iz obiteljske medicine (N=131, 27 muškaraca i 104 žena). Najveći broj ispitanika, N=55 (42%) u dobnoj je skupini od 41 do 45 godina, a N=39 (29.8%) je u dobnoj skupini od 46 do 51 godinu.

Za procjenu kardiovaskularnog rizika kod specijalizanata obiteljske medicine korišten je upitnik od 17 pitanja, osmišljen od autora u suradnji s mentorom, a posebno pripremljen za to istraživanje. Upitnik je bio anonim i dobrovoljan, a ispunjavan je na početku nastavnih jedinica. Prvi dio upitnika obuhvatio je pitanja koja se odnose na dob, spol, tjelesnu težinu i visinu. Slijede pitanja koja se odnose na rizične čimbenike: pušenje, konzumacija alkohola, tjelesnu aktivnost, stres, vrijeme provedeno na spavanju. Drugi dio upitnika sadrži pitanja koja se odnose na kontrolu čimbenika rizika ukupnog kolesterola, glukoze i arterijskog krvnog tlaka.

IMT «indeks mase tijela» računa se iz tjelesne težine i visine prema formuli: masa(kg)/visina(m²). Prema preporukama Svjetske Zdravstvene Organizacije (SZO) pothranjenim osobama smatraju se osobe sa IMT manjim od 18,5, normalno uhranjenim 18,5-24,9, pretilim 25-29,99, pretilim II stupnja 30-39,9, a iznad 40 pretilim III stupnja. Povišene vrijednosti arterijskog krvnog tlaka u primarnoj prevenciji SŽB prema Europskom društvu za hipertenziju su vrijednosti veće od 140/90 mmHg(12). Ciljne

vrijednosti su ispod ili najmanje 130/80 mmHg u bolesnika sa šećernom bolesti i onih s visokim rizikom, kao i u onih s pridruženim kliničkim stanjima (moždani udar, infarkt miokarda, bubrežna lezija, proteinurija). Ukupni kolesterol bi trebao biti niži od 5 mmol/L u primarnoj prevenciji, a povišene vrijednosti GUK-a smatraju se >6,1 mmol/L (12).

Za statističku obradu korišten je softverski paket SPSS 10,0. Razlike su statistički značajne kad je P vrijednost manja od 0,05.

Rezultati

Od 140 upitnika koji su podijeljeni specijalizantima obiteljske medicine popunjeno je N=131(93,5%), muškarci N=27(20,6%), žene N=104(79,3%) žene su zastupljenije u znatno većem broju.

Više od 40% ispitanika je pretilo, to su pretežno muškarci, te postoji statistički značajna razlika u odnosu na žene (P=0,001).

Tjelesnom aktivnošću bavi se manje od polovice ispitanika, statistički su brojnije žene (P=0,010), a 58% ispitanika nema vremena za to.

Najveći broj ispitanika 55,7% povremeno u malim količinama konzumira alkohol, podjednako muškarci i žene. Nije nađena statistički značajna razlika između muškaraca i žena (P>0,05). Velik je postotak ispitanika koji nikad ne konzumiraju alkohol(40,9%). U toj skupini brojnije su žene(44,2%).

Među pušačima su statistički brojniji muškarci (P=0,007), svakodnevno puši 22,1% ispitanika, a 23,7% je bivših pušača.

39 ispitanika (29,8%) nikad do sada nije kontroliralo ukupni kolesterol, a 19 (14,5%) glukozu u krvi. Unutar pet godina, oko 42% ispitanika su kontrolirali te rizične čimbenike, dok je tlak češće kontroliran, unutar jedne godine u oko 70% ispitanika.

Povišene vrijednosti kolesterola ima nešto manje od trećine od ukupnog broja ispitivanih doktora, njih 29(30,6%) podjednako muškarci i žene. Samo 7 (7,4%) ih je na hipolipemičkoj terapiji. Povišene vrijednosti šećera u krvi ima 6 od ukupnog broja ispitanika (5,2%), od toga 2 ispitanika (2,2%) uzima terapiju i to žene. Najveći broj ispitanika je normotenzivan (84,6%). Povišen arterijski krvni tlak ima 19 ispitanika (15,4%), a 13 (10,6%) ispitanika

Tablica 1. Životni stil specijalizanata obiteljske medicine

a) Distribucija ispitanika po spolu i indeksu tjelesne mase

Table 1. Lifestyle of specialists in family medicine

a) Distribution of examinees by sex and body mass index

		N	SPOL/SEX		Ukupno/Total
			Muški / male	Ženski/ female	
IMT/BMI	Pothranjen <i>Undernourished</i>	N	2	3	5
		% BMI	40,0%	60,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	7,4%	2,9%	3,8%
	Normala/normal	N	6	65	71
		% BMI	8,5%	91,5%	100,0%
		% SPOL/SEX	22,2%	62,5%	54,2%
	Umjerena pretilost <i>Moderate obesity</i>	N	13	30	43
		% BMI	30,2%	69,8%	100,0%
		% SPOL/SEX	48,1%	28,8%	32,8%
	Teška pretilost <i>Heavy obesity</i>	N	6	6	12
		% BMI	50,0%	50,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	22,2%	5,8%	9,2%
Ukupno/Total	N	27	104	131	
	% BMI	20,6%	79,4%	100,0%	
	% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%	

uzima antihipertenzivnu terapiju. U svim ovim ispitivanim varijablama nema statistički značajne razlike između muškaraca i žena ($P>0,05$).

Od ukupnog broja ispitanika njih 48(36,6%) spava do 8 sati, a dvoje ispitanika (1,5%) koristi sedative za spavanje.

b) Distribucija ispitanika po spolu i pušenju

		N	SPOL/SEX		Ukupno/Total
			Muški / male	Ženski / female	
PUŠENJE SMOKING	Svakodnevno Daily	N	10	19	29
		% PUŠENJE/SMOKING	34,5%	65,5%	100,0%
		% SPOL/SEX	37,0%	18,3%	22,1%
	Povremeno Occasionally	N	5	12	17
		% PUŠENJE/SMOKING	29,4%	70,6%	100,0%
		% SPOL/SEX	18,5%	11,5%	13,0%
	Nikad Never	N	4	45	49
		% PUŠENJE/SMOKING	8,2%	91,8%	100,0%
		% SPOL/SEX	14,8%	43,3%	37,4%
	Bivši pušač Ex smoker	N	5	26	31
		% PUŠENJE/SMOKING	16,1%	83,9%	100,0%
		% SPOL/SEX	18,5%	25,0%	23,7%
	Pokušao prestati Trying to stop smoking	N	3	2	5
		% PUŠENJE/SMOKING	60,0%	40,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	11,1%	1,9%	3,8%
Ukupno/Total	N	27	104	131	
	% PUŠENJE/SMOKING	20,6%	79,4%	100,0%	
	% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%	

b) Distribution of examinees by sex and smoking

c) Distribucija ispitanika po spolu i pijenju alkohola

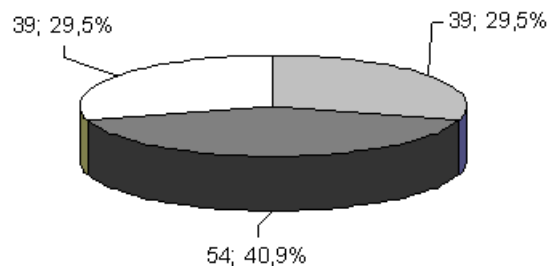
		N	SPOL/SEX		Ukupno/Total
			Muški / male	Ženski / female	
ALKOHOL ACOHOL	Nikad Never	N	8	46	54
		% Alkohol/ Alcohol	14,8%	85,20%	100,0%
		% SPOL/SEX	29,6%	44,2%	41,2%
	Povremeno Occasionally	N	18	55	73
		% Alkohol/ Alcohol	24,7%	75,3%	100,0%
		% SPOL/SEX	66,7%	52,9%	55,7%
	Da, redovito Yes, regulary	N	1	3	4
		% Alkohol/ Alcohol	25,0%	75,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	3,7%	2,9%	3,1%
Ukupno/Total	N	27	104	131	
	% Alkohol/ Alcohol	20,6%	79,4%	100,0%	
	% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%	

c) Distribution of examinees by sex and alcohol drinking

d) Distribucija ispitanika po spolu i tjelesnoj aktivnosti

d) Distribution of examinees by sex and physical activity

		N	SPOL/SEX		Ukupno/Total
			Muški / male	Ženski / female	
Tjelesna aktivnost	1 x tjedno Once per week	N	2	3	5
		% Tj.akt./Ph.act.	40,0%	60,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	51,9%	20,2%	26,7%
Physical activity	Svakodnevno doma Every day, at home	N	2	15	17
		% Tj.akt./Ph.act.	11,8%	88,2%	100,0%
		% SPOL/SEX	7,4%	14,4%	13,0%
	Jogging svaki dan Jogging every day	N	0	3	3
		% Tj.akt./Ph.act.	,0%	100,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	,0%	2,9%	2,3%
Ukupno/Total	Nemam vremena No spare time	N	11	65	76
		% Tj.akt./Ph.act.	14,5%	85,5%	100,0%
		% SPOL/SEX	40,7%	62,5%	58,0%
		N	27	104	131
		% Tj.akt./Ph.act.	20,6%	79,4%	100,0%
		% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%

KOL KONTROLA
CHOL CONTROL

Tablica 2. Učestalost kontrole, povišenih vrijednosti i liječenje čimbenika rizika

Table 2. Frequency of the control, increased values and treatment of risk factors

a) Distribucija ispitanika po spolu i KOL-kontrola

a) Distribution of examinees by sex and CHOL-control

- unutar 1 g. / within 1 y.
- unutar 5 g. / within 5 y.
- Nikad / never

		N	SPOL/SEX		Ukupno/Total
			Muški / male	Ženski / female	
KOL-kontrola CHOL-control	Unutar 1 g. Within 1 y.	N	11	27	38
		% KOL-kontrola/CHOL-control	28,9%	71,1%	100,0%
		% SPOL/SEX	40,7%	26,0%	29,0%
	Unutar 5 g. Within 5 y.	N	10	44	54
		% KOL-kontrola/CHOL-control	18,5%	81,5%	100,0%
		% SPOL/SEX	37,0%	42,3%	41,2%
Ukupno/Total	Nikad Never	N	6	33	39
		% KOL-kontrola/CHOL-control	15,4%	84,6%	100,0%
		% SPOL/SEX	22,2%	31,7%	29,8%
		N	27	104	131
		% KOL-kontrola/CHOL-control	20,6%	79,4%	100,0%
		% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%

b) Distribucija ispitanika po spolu i KOL-povišen

b) Distribution of examinees by sex and CHOL-increased

		SPOL/SEX		Ukupno/Total	
			Muški / male	Ženski / female	
KOL-povišen	Da, bez TH <i>Without TH</i>	N	5	17	22
		% KOL-povišen/CHOL-increased	22,7%	77,3%	100,0%
		% SPOL/SEX	23,8%	23,0%	23,2%
CHOL-i increased	Da, s TH <i>With TH</i>	N	2	5	7
		% KOL-povišen/CHOL-increased	28,6%	71,4%	100,0%
		% SPOL/SEX	9,5%	6,8%	7,4%
	Ne <i>No</i>	N	14	52	66
		% KOL-povišen/CHOL-increased	21,2%	78,8%	100,0%
		% SPOL/SEX	66,7%	70,3%	69,5%
Ukupno/Total		N	21	74	95
		% KOL-povišen/CHOL-increased	22,1%	77,9%	100,0%
		% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%

c) Distribucija ispitanika po spolu i GUK kontrola

c) Distribution of examinees by sex and BG control

		SPOL/SEX		Ukupno/Total	
			Muški / male	Ženski / female	
GUK - kontrola	Unutar 1 g. <i>Within 1 y.</i>	N	11	47	58
		% GUK-kontrola/BG-control	19,0%	81,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	40,7%	45,2%	44,3%
BG-control	Unutar 5 g. <i>Within 5 y.</i>	N	14	40	54
		% GUK-kontrola/BG-control	25,9%	74,1%	100,0%
		% SPOL/SEX	51,9%	38,5%	41,2%
	Nikad <i>Never</i>	N	2	17	19
		% GUK-kontrola/BG-control	10,5%	89,5%	100,0%
		% SPOL/SEX	7,4%	16,3%	14,5%
Ukupno/Total		N	27	104	131
		% GUK-kontrola/BG-control	20,6%	79,4%	100,0%
		% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%

d) Distribucija ispitanika po spolu i GUK-povišen

d) Distribution of examinees by sex and BG-increased

		SPOL/SEX		Ukupno/Total	
			Muški / male	Ženski / female	
GUK-povišen	Da, bez TH <i>Without TH</i>	N	1	3	4
		% GUK-povišen/BG-increased	25,0%	75,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	4,0%	3,3%	3,5%
BG increased	Da, s TH <i>With TH</i>	N	0	2	2
		% GUK-povišen/BG-increased	,0%	100,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	,0%	2,2%	1,7%
	Ne <i>No</i>	N	24	85	109
		% GUK-povišen/BG-increased	22,0%	78,0%	100,0%
		% SPOL/SEX	96,0%	94,4%	94,8%
Ukupno/Total		N	25	90	115
		% GUK-povišen/BG-increased	21,7%	78,3%	100,0%
		% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%

e) Distribucija ispitanika po spolu i RR-kontrola

e) Distribution of examinees by sex and BP-control

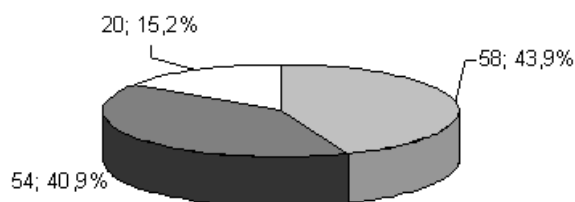
		SPOL/SEX		Ukupno/Total	
			Muški / male	Ženski / female	
RR-kontrola BP-control	Unutar 1 g. <i>Within 1 y.</i>	N	19	73	92
		% RR-kontrola/BP-control	20,7%	79,3%	100,0%
		% SPOL/SEX	70,4%	70,2%	70,2%
	Unutar 5 g. <i>Within 5 y.</i>	N	6	21	27
		% RR-kontrola/BP-control	22,2%	77,8%	100,0%
		% SPOL/SEX	22,2%	20,2%	20,6%
Nikad <i>Never</i>	N	2	10	12	
	% RR-kontrola/BP-control	6,7%	83,3%	100,0%	
	% SPOL/SEX	7,4%	9,6%	9,2%	
Ukupno/Total		N	27	104	131
		% RR-kontrola/BP-control	20,6%	79,4%	100,0%
		% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%

f) Distribucija ispitanika po spolu i RR-terapiji

f) Distribution of examinees by sex and BP-therapy

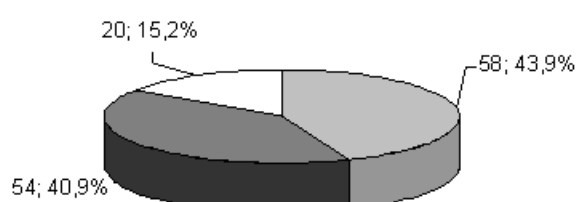
		SPOL/SEX		Ukupno/Total	
			Muški / male	Ženski / female	
RR-TERAPIJA	Da, bez TH <i>Without TH</i>	N	1	5	6
		% RR-terapija/BP-therapy	6,7%	83,3%	100,0%
		% SPOL/SEX	4,0%	5,1%	4,9%
BG - THERAPY	Da, s TH <i>With TH</i>	N	3	10	13
		% RR-terapija/BP-therapy	23,1%	76,9%	100,0%
		% SPOL/SEX	12,0%	10,2%	10,6%
	Ne <i>No</i>	N	21	83	104
		% RR-terapija/BP-therapy	20,2%	79,8%	100,0%
		% SPOL/SEX	84,0%	84,7%	84,6%
Ukupno/Total		N	25	98	123
		% RR-terapija/BP-therapy	20,3%	79,7%	100,0%
		% SPOL/SEX	100,0%	100,0%	100,0%

KONTROLA ŠEĆERA U KRVU
BLOOD GLUCOSE CONTROL



□ unutar 1 g./within 1 y.
■ unutar 5 g./within 5 y.
□ Nikad / never

KONTROLA KRVNOG TLAKA
BLOOD PRESSURE CONTROL



□ unutar 1 g./within 1 y.
■ unutar 5 g./within 5 y.
□ Nikad / never

Tablica 3. Distribucija ispitanika obzirom na rješavanje stresa i zadovoljstvo poslom

Table 3. Distribution of examinees regarding stress solving and job satisfaction

a) Distribucija ispitanika po spolu i stresu

a) Distribution of examinees by sex and stress

		N	SPOL/SEX		Ukupno/Total
			Muški / male	Ženski / female	
Stres rješavam	Tehnika opuštanja <i>Relaxation technique</i>	N	11	22	33
	% Stres rješavam		33,3%	66,7%	100,0%
	% SPOL/SEX		42,3%	21,4%	25,6%
Stress is solved by	Pušenjem <i>Smoking</i>	N	2	10	12
	% Stres rješavam		16,7%	83,3%	100,0%
	% SPOL/SEX		7,7%	9,7%	9,3%
Stress is solved by	Anksioliticima <i>Anxiolytics</i>	N	0	5	5
	% Stres rješavam		,0%	100,0%	100,0%
	% SPOL/SEX		,0%	4,9%	3,9%
Stress is solved by	Nečim drugim <i>Something else</i>	N	13	66	79
	% BMI		16,5%	83,5%	100,0%
	% SPOL/SEX		50,0%	64,1%	61,2%
Ukupno/Total	N		26	103	129
	% Stres rješavam		20,2%	79,8%	100,0%
	% SPOL/SEX		100,0%	100,0%	100,0%

b) Distribucija ispitanika po spolu i zadovoljstvu poslom

b) Distribution of examinees by sex and job satisfaction

		N	SPOL/SEX		Ukupno/Total
			Muški / male	Ženski / female	
Posao	Iscrpljujući <i>Exhausting</i>	N	8	24	32
	% Posao/job		25,0%	75,0%	100,0%
	% SPOL/SEX		29,6%	23,1%	24,4%
Job	Stresan <i>Stressful</i>	N	7	36	43
	% Posao/job		16,3%	83,7%	100,0%
	% SPOL/SEX		25,9%	34,6%	32,8%
Job	Zadovoljan sam <i>I am satisfied</i>	N	11	37	48
	% Posao/job		22,9%	77,1%	100,0%
	% SPOL/SEX		40,7%	35,6%	36,6%
Job	„izgorio sam” <i>»Burn out»</i>	N	1	5	6
	% Posao/job		16,7%	83,3%	100,0%
	% SPOL/SEX		3,7%	4,8%	4,6%
Job	5	N	0	2	2
	% Posao/job		,0%	100,0%	100,0%
	% SPOL/SEX		,0%	1,9%	1,5%
Ukupno/Total	N		27	104	131
	% Posao/job		20,6%	79,4%	100,0%
	% SPOL/SEX		100,0%	100,0%	100,0%

Rezultati testiranja razlika (results of testing differences)

Nađena je statistički značajna razlika između muškaraca i žena u slijedećih varijabli (Statistically significant difference between men and women and the following variables was found):

IMT/BMI - $c^2 = 16,33$; $df = 3$; $P = 0,001$ Pušenja / *Smokin* - $c^2 = 13,98$; $df = 4$; $P = 0,007$ Tj. aktivnost / *Physical activity* - $c^2 = 11,38$; $df = 3$; $P = 0,010$

dok kod ostalih varijabli između muškaraca i žena nije nađena statistički značajna razlika (while in other variables there was no statistically significant differences).

Rasprava

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da liječnici unatoč svom stručnom znanju nemaju zdrave životne navike i dobru kontrolu čimbenika rizika za KVB.

Od ukupnog broja ispitanika, specijalizanata obiteljske medicine u dobi između 25 i 51 godinu (131), značajno je više zastupljen ženski spol, što je odraz feminizacije u obiteljskoj medicini (13).

Rizični čimbenici za kardiovaskularne bolesti, kolesterol, glukoza u krvi i arterijski krvni tlak ne razlikuju se značajno između muških i ženskih ispitanika.

Preko trećine naših ispitanika je pretilo, statistički značajnije muški spol. U osoba čiji IMT prelazi 30, rizik prijevremene smrti ekponencijalno raste(14).

Tjelesno neaktivnih je oko 60% naših ispitanika jer »nemaju vremena« za to, žene su u ovom slučaju zastupljenije, što je vjerojatno posljedica njihovih većih obveza u obitelji.

Brojne studije su procjenjivale povezanost fizičke aktivnosti i IMT u odnosu na ukupni mortalitet, i zaključile da oni koji imaju prekomjernu težinu ili su pretili i fizički su aktivni, imaju znatno manji mortalitet nego osobe koje imaju normalnu tjelesnu težinu i sedentarni način života (15).

Slijedom dobivenih rezultata većina ispitivanih specijalizanata zanemarila je tjelesnu aktivnost usprkos poznatim znanstvenim činjenicama da redovita tjelovježba pozitivno djeluje na prevenciju mnogih kroničnih bolesti, što je zasigurno posljedica suvremene civilizacije i sedentarnog načina života. Od ukupnog broja ispitanika njih samo 17(13%) vježba svakodnevno a 35 (26,7%) upražnjava neku tjelesnu aktivnost jednom tjedno. Niz studija ukazuje na povezanost sedentarnog stila života i slabije funkcijske sposobnosti organizma.

Poboljšanje i održavanje funkcijskih sposobnosti organizma postiže se pod uvjetom da je tjelovježba takve vrste i opsega da potiče opću aerobnu izdržljivost, tj. da ciklički ponavlja dinamičku aktivnost

tolikog intenziteta da se u zdravih osoba srčana frekvencija povisi na najmanje 60% individualne rezerve i da traje bar 30 min tri puta tjedno(16).

Fizička aktivnost je nedvojbeno od esencijalne važnosti i za zdravlje kostiju, metabolizma i kardiovaskularnog sustava(17,18).

Mnoge značajne studije pokazuju da je tjelesna težina ili IMT najveći rizični faktor za dijabetes (19) a da fizička aktivnost značajno smanjuje rizik za KVB (20).

Naši su ispitanici u podjednakom postotku povremeno konzumiraju alkohol u malim količinama (66,7% muškaraca i 52,9% žena) a samo 3% ispitanika redovito, svakodnevno uzima alkohol, opet podjednako i muškarci i žene. Prema nekim studijama male količine alkohola, naročito vina (flavonidi i polifenoli) smanjuju rizik pojave kardiovaskularnih bolesti (21).

Istraživanja SZO pokazala su da je najviša dopustiva granica svakodnevne potrošnje čistog alkohola za muškarca niža od 40, a za žene od 20 grama tj. jednog do dva pića dva do tri puta na tjedan za muškarca i jednog do dva pića dva puta tjedno za žene(22).

Pušenje je jedini rizični čimbenik za koji smo potpuno sami odgovorni.

U našem ispitivanom uzorku 35% specijalizanata su pušači, a statistički značajniji broj je muških pušača ($P=0,007$) što je vrlo slično situaciji u općoj populaciji u Hrvatskoj gdje puši oko 34% muškaraca i 31,6% žena, ali i dosadašnjim istraživanjima o pušenju zdravstvenih radnika kod nas(23,24).

Istraživanjem provedenim 1993.god. u devet Domova zdravlja na području grada Zagreba ustanovljeno je da puši 31,55% liječnika i 28,6% liječnica a istraživanje u DZ Bjelovar početkom 1995.god. pokazalo je da puši 44% liječnika i 40% liječnica (25).

Gotovo četvrtina naših ispitanika su bivši pušači što pokazuje da među liječnicima raste svijest o štetnosti pušenja za zdravlje, a time se približavamo svjetskom trendu. Podaci SZO govore da se posljednjih 40

godina broj pušača liječnika uveliko smanjio u Norveškoj, Australiji, Velikoj Britaniji, Kanadi i SAD-u (26).

Ukupni kolesterol i glukoza u krvi rizični su čimbenici koje oko 30%, odnosno 14,5% specijalizanata nije nikad kontroliralo. Kontrole tlaka su nešto redovitije, više od 70% ispitanika kontroliralo je tlak unutar jednu godinu, 15% ih ima povišene vrijednosti, a od toga samo trećina uzima antihipertenzivnu terapiju.

Preko 30% ispitanika ima povišen ukupni kolesterol, a samo 7,4% uzima hipolipemičku terapiju. Povišen šećer u krvi ima oko 5% ispitanika a 1,7% uzima terapiju. Iz ovih rezultata vidljivo je da naši specijalizanti ne vode brigu o svom zdravlju, zanemaruju i primarnu i sekundarnu prevenciju rizika za SŽB. Poznato je da već 10%-tno povećanje ukupnog kolesterola u krvi rezultira 20%-tnim povećanjem rizika od koronarne bolesti (11). Dobra regulacija arterijskog krvnog tlaka (ispod 140/90 mmHg) radikalno smanjuje hipertenzivne komplikacije, vjerojatnost moždanog udara za oko 40%, a infarkta miokarda za oko 25%(27).

Visoka razina stresa u medicini uvjetovana je specifičnošću radnog mjesta liječnika. Prema Karaseku, opterećenje na radnom mjestu određuju tri elementa: zahtjevi posla, razina odlučivanja odnosno kontrole i socijalna podrška na radnom mjestu (28).

U našem istraživanju preko polovice ispitanika svoj posao smatra iscrpljujućim i stresnim, ali i veliki dio (36,6%) je zadovoljno svojim poslom. Oko 5% ispitanika smatra da je «izgorilo» na poslu, nešto su zastupljenije žene. Stres najčešće rješavaju nekom od tehnika opuštanja ili nekim drugim aktivnostima.

Liječnici obiteljske medicine osobito su podložni sindromu izgaranja obzirom da rade sami, bez pomoći drugih kolega i nose veliku osobnu odgovornost. Izloženi su neprekidnom povećanju očekivanja od strane pacijenata, a s druge strane stalnom pritisku za smanjenjem troškova zdravstvene zaštite.

Brojna svjetska istraživanja potvrđuju tendenciju za napuštanjem liječničke profesije. U Švedskoj svaki treći liječnik razmišlja o promjeni radnog mjesta, a svaki deseti o tome da napusti medicinu(29). Preko polovice, čak 57% liječnika opće/obiteljske medicine na Novom Zelandu razmišlja o napuštanju prakse. U Velikoj Britaniji svaki četvrti liječnik opće/obiteljske medicine želi napustiti profesiju, a još veći broj planira raniji odlazak u mirovinu(30).

Zaključak

Rezultati pokazuju da liječnici bez obzira na svoju edukaciju i saznanja o etiologiji bolesti i posljedicama nezdravih navika i oblika ponašanja ne izbjegavaju rizične stilove života i velikom postotku su pretili, tjelesno neaktivni, i u prevelikom postotku puše.

Kontrole rizičnih čimbenika ukupnog kolesterola, glukoze i arterijskog krvnog tlaka ne razlikuju se značajno između muških i ženskih ispitanika

Obzirom na teške posljedice po zdravlje u kombinaciji sa izrazito stresnom profesijom, liječnici bi kao nositelji zdravlja trebali biti primjer svojim pacijentima u svom zdravstvenom ponašanju.

Ovaj rad pokazuje kako usprkos stručnom znanju o mogućim posljedicama, liječnici savjete koje daju svojim pacijentima ne primjenjuju u svom životu uvijek i dosljedno i nemaju zdrave životne navike.

Literatura:

1. Cardiovascular Disease Programme. Integrated management of cardiovascular risk. Report of a WHO Meeting, Geneva 9-12 July 2002. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Posner BM, Franz MM, Quatromoni PA, Gagnon DR, Sytkowsk PA, D'Agostino RB et al. Secular trends in diet and risk factors for cardiovascular disease: the Framingham Study. J Am Diet Assoc 1995;95:171-9.
3. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2003. god. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2004, str. 39.
4. Vrhovac B i sur. Interna medicina. 3. promj. dop. izd. Zagreb: Naklada Ljevak; 2003, str. 429.

5. Heim I, Jembrek-Gostović M. Myocardial infarction in women - gender differences. *Acta Clin Croat* 2001;40 (Suppl 1):109-10.
6. Obesity, preventing and managing the global epidemic. Raport of WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June, 1997. Geneva: World Health Organization; 1998.
7. Bierman EL. Ateroskleroza i ostali oblici arterioskeroze. U: Harisson i sur. *Principi interne medicine*. Split: Placebo; 1997, str. 965-73.
8. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johansen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10(4):S1-S10
9. Kopp WJ. Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease. *Psychosom Med* 1999;61:476-87.
10. Allen MT, Patterson SM. Hemoconcentration and stress: a review of psysiological mechanisms and relevance for cardiovascular disease risk. *Biol Psychol* 1995;31:1-27.
11. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dollongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2003;24:1601-10.
12. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology Guidelines Committee. Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-153.
13. Budak A, Božikov J. Imamo li previše liječnika u Hrvatskoj? *Lijec Vjesn* 1993;115:261-7.
14. Donato KA. Overweight and obesity: a global problem requires practical tools. *WHL Newsletter* 2002;(81):1-3.
15. Brown C, Higgins M, Donato KA, Rohde FC, Garrison R, Obarzanek E. Body mass index and prevalence of hypertension and dyslipidemia. *Obes Res* 2000;8:605-19.
16. Mišigoj-Duraković M. Sustavno tjelesno vježbanje u unapređenju zdravlja i prevenciji nekih bolesti. U: Ljubičić M, Hrabak Žerjavić V, urednici. *Stručno-znanstveni skup. Promicanje zdravlja u hrvatskom pučanstvu*. Zbornik radova. Zagreb, 1999. Zagreb:Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1999, str. 29-31.
17. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010: understanding and improving health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
18. Kushi LH, Fee RM, Folsom AR, Mink PJ, Anderson KE, Sellers TA. Physical activity and mortality in postmenopausal women. *JAMA*. 1997;277:1287-92.
19. Gillum RF, Mussolino ME, Madans JH. The relationship between fish consumption and stroke incidence. The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Intern Med* 1996;156:537-42
20. Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML, Mouton CP, Oberman A, et al. Walking compared with vigorous activity for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002;347:716-25.
21. Rimm EB, Williams P, Fosher K, Criqui M, Stampfer MJ. Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ* 1999;319:1523-8.
22. Harkin AM, Anderson P, Lehto J, editors. *Alcohol in Europe - a health perspective*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1995.
23. Hrabak Žerjavić V. Bolesti srca i krvnih žila kao javno zdravstveni problem. U: Ljubičić M, Hrabak Žerjavić V, urednici. *Stručno-znanstveni skup. Promicanje zdravlja u hrvatskom pučanstvu*. Zbornik radova. Zagreb, 1999. Zagreb:Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1999, str. 9-10.
24. Čubrilo-Turek M, Vrhovski-Hegrang D, Hebrang A, Ljubičić M, Prebeg Ž, Rak-Kaić A, et al. Prvo izvješće i evaluacija rizičnih čimbenika u općoj populaciji Hrvatske. U: Ljubičić M, Hrabak Žerjavić V, urednici. *Stručno-znanstveni skup. Promicanje zdravlja u hrvatskom pučanstvu*. Zbornik radova. Zagreb, 1999. Zagreb:Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1999, str. 32.
25. Lončar J, Šimunić M. Prevalencija pušača zdravstvenih djelatnika primarne zdravstvene zaštite u Zagrebu i Bjelovaru. U: Zbornik. *Drugi simpozij obiteljske medicine*. Split, 1995. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1995, str. 209-17.
26. Aasland OG, Nylenna M. Physicians who smoke. A survey of smoking habits and life style of Norwegian physicians. *Tidsskr Nor Laegefore* 1997;117:332-7. (in Norwegian)
27. Jackson PR, Ramsay LE. First-line treatment for hypertension. *Eur Heart J* 2002;232:179-82.
28. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
29. Bonn D, Bonn J. Work related stress: can it be a thing of the past? *Lancet* 2000;355:124.
30. Dowell AC, Hamilton S, McLeod DK. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners. *N Z Med J* 2000; 113:269-72.

PRIJEDLOG REGIONALNE ORGANIZACIJE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

PRIMARY HEALTH CARE

PROPOSITION OF ITS REGIONAL ORGANISATION

Rudika Gmajnić*, Sanda Pribić*, Dragomir Petric**

Sažetak

Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) organizirana je u velikom broju malih ustanova u kojima radi veliki broj nezdravstvenih djelatnika, što je vrlo skupo. Prijedlog nove regionalne organizacije PZZ znači postojanje samo jedne ustanove, s jednom upravom i regionalnim voditeljima, s jednom jakom i modernom stručnom podrškom. Broj nezdravstvenih djelatnika smanjuje se od 366 na 52. Pomoćni poslovi daju se specijaliziranim poduzećima što broj pomoćnog osoblja smanjuje od 119 na 4. Smanjuje se broj kvadratnih metara (m²) radnog prostora nezdravstvenih djelatnika. Financijske uštede omogućavaju ulaganja u kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite, novu opremu i stručni napredak.

Ključne riječi: primarna zdravstvena zaštita, organizacija

Summary

Primary health care (PHC) is organized in a large number of small institutions where many non-medical personnel are working making it very expensive. Proposition for a new regional organization of PHC suggests only one institution with one administration and regional directors and one strong and modern professional support. The number of non-medical personnel is decreasing from 366 to 52. Auxiliary work will be given to specialized firms what reduces the number of auxiliary personnel from 119 to 4. The number of square meters of workplace of non-medical personnel is also being reduced. Financial savings enable investments in the quality of health care, new equipment and professional improvement.

Key words: primary health care, organization

* Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Osijeku

** Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Splitu

Uvod

Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) je u svim poznatim zdravstvenim sustavima temelj zdravstvene zaštite, kojemu je primarni cilj biti dostupan što većem broju populacije na određenom području. Kada se radi o siromašnijim sustavima, tada se PZZ razvija tako da zadovolji osnovne uvjete za sprječavanje i suzbijanje bolesti i da može omogućiti socijalno orijentiranu zdravstvenu zaštitu. Bogatiji zdravstveni sustavi PZZ organiziraju kao čuvara vrata sustava, te PZZ namjenjuju zadaću rješavanja što većeg dijela zdravstvenih problema populacije. Također se PZZ povjerava zadatak provođenja preventivnih mjera u smislu prevencije bolesti, kao i zdravstvena edukacija stanovništva, cijepljenje, borba protiv ovisnosti i slično. U Republici Hrvatskoj (RH) se PZZ deklarira kao sustav koji najučinkovitije treba riješiti 70-80 % zdravstvenih problema populacije i to zbog oba navedena razloga: socijalne komponente i financijske učinkovitosti čuvara vrata. PZZ je u RH u posljednjih 60 godina organizirana kao regionalni ustroj domova zdravlja kojih je bilo prevelik broj i od kojih mnogi nisu mogli zadovoljiti osnovne kriterije postojanja. Zbog potrebe racionalizacije i većih mogućnosti domova zdravlja, 2004. god. stvorene su zakonske pretpostavke da se postojeći domovi zdravlja udruže na razini županija i tako postanu centri PZZ za populaciju veličine 250-300 000. Osječko-baranjska županija takvu mogućnost nije realizirala i danas je PZZ organizirana u šest samostalnih zdravstvenih ustanova- domova zdravlja kojima se dodaju tri ustanove ljekarni, jedna Poliklinika za probleme govora i jedna Ustanova za hitnu medicinsku pomoć. Umjesto postojećih 11 ustanova predlaže se osnivanje jedne ustanove koja će i dalje obavljati sve funkcije dosadašnjih ustanova, ali koja će biti puno racionalnija, jeftinija, s mogućnostima razvijanja prema nailazećim potrebama populacije i s obvezom podizanja kvalitete pružene usluge podjednako za sve

stanovnike Županije. Sigurno da u postojećem prijedlogu ima mnogih opasnosti, ali ako se promjene izvrše planski, dosljedno i temeljem struke pozitivni rezultati mogu se brzo polučiti. Kod prevelikog broja samostalnih zdravstvenih ustanova potreban je velik broj nezdravstvenih djelatnika koji obavljaju poslove administracije, računovodstva, nabave, održavanja i sve ostale logistike. Tako se isti ili slični poslovi obavljaju na puno mjesta, nerijetko otežano ili nedovoljno stručno. Objedinjavanjem logističkih službi smanjio bi se broj potrebnih djelatnika a dobila kvaliteta i stručnost koncentrirana na jednom mjestu. Također je vrlo bitno da zdravstvene ustanove ne rade poslove čišćenja, održavanja, zaštite i slično, jer to puno bolje i jeftinije rade specijalizirana poduzeća. S navedenim promjenama i racionalizacijama omogućava se da zdravstvena služba dobije više sredstava i bolje mogućnosti za rad i napredak.

Cilj i hipoteza

Predložiti novu regionalnu organizaciju PZZ. Usporediti prijedlog sa postojećim stanjem u smislu cijene koštanja i raspolaganja ljudskim resursima u području nezdravstvenog kadra, sa hipotezom da se uz puno manje zaposlenika može postići bolji rezultat i mogućnosti razvoja.

Metodologija

Iz godišnjih izvještaja o radu i poslovanju zdravstvenih ustanova uzeti su podaci o broju i karakteru nezdravstvenih zaposlenika. Pripremljen je prijedlog nove, regionalne organizacije PZZ i učinjena usporedba broja nezdravstvenih zaposlenika i cijene njihova rada, kao i veličine prostora koji koriste za svoj rad.

Rezultati**Tbl.1. Broj nezdravstvenih zaposlenika: postojeće stanje****Table 1. Number of non-medical personnel: present status**

Uprava	Stručna logistika	Pomoćno osoblje	Upravna vijeća	Prostor za rad: m2	Ukupno nezdr. radnici	Ukupno plaće nezdr.
<i>Administration</i>	<i>Professional logistics</i>	<i>Auxiliary personnel</i>	<i>Administrative boards</i>	<i>Workplace</i>	<i>Total non-medical personnel</i>	<i>Total salaries of non-medical personnel kn/month</i>
69	101	119	77	2828	366	2.635.200 Kn/mj.

Tbl.2. Broj nezdravstvenih zaposlenika: predloženo stanje**Table 2. Number of non-medical personnel: proposed status**

Uprava	Stručna logistika	Pomoćno osoblje	Upravna vijeća	Prostor za rad: m2	Ukupno nezdr. radnici	Ukupno plaće nezdr.
<i>Administration</i>	<i>Professional logistics</i>	<i>Auxiliary personnel</i>	<i>Administrative boards</i>	<i>Workplace</i>	<i>Total non-medical personnel</i>	<i>Total salaries of non-medical personnel kn/month</i>
8	36	4	7	926	52	466.284 Kn/mj.

Tbl.3. Djelatnici u stručnoj logistici: postojeće stanje**Table 3. Employees in professional logistics: present status**

Radno mjesto	Pravnik	Ekonomist	Plan i analiza	Zaštita na radu	Nabava	Ekonomist SSS	Ostalo	Ukupno
<i>Workplace</i>	<i>Lawyer</i>	<i>Economist</i>	<i>Planning and analysis</i>	<i>Safety at work</i>	<i>Acquisition</i>	<i>Economist Secondary education</i>	<i>Others</i>	<i>Total</i>
Broj zaposlenih <i>Number of employees</i>	13	14	1	7 x 0,3	15	48	8	101
Plaće kn/mj. <i>Salaries kn/month</i>	164.034	176.652	11.876	17.987	178.815	376.896	77.080	1.003.340

Tbl.4. Djelatnici u stručnoj logistici: predloženo stanje**Table 4. Employees in professional logistics: proposed status**

Radno mjesto	Pravnik	Ekonomist	Plan i analiza	Zaštita na radu	Nabava	Ekonomist SSS	Ostalo	Ukupno
<i>Workplace</i>	<i>Lawyer</i>	<i>Economist</i>	<i>Planning and analysis</i>	<i>Safety at work</i>	<i>Acquisition</i>	<i>Economist Secondary education</i>	<i>Others</i>	<i>Total</i>
Broj zaposlenih <i>Number of employees</i>	2	4	3	1	4	14	6	36
Plaće kn/mj. <i>Salaries kn/month</i>	25.236	50.472	35.628	11.876	47.504	109.928	57.810	388.454

Rasprava i zaključci

Promjena broja djelatnika koji rade u nezdravstvenom sektoru je izrazito velika.

Broj djelatnika u nezdravstvenom sektoru smanjen je sa 366 na 52 što iznosi smanjenje od 314 radnika ($p < 0,005$). Financijska izdvajanja za plaće u bruto iznosu smanjuju se sa 2.635.200 kn na 466.284 kn. mjesečno ($< 0,005$). Smanjuje se broj članova uprave od 69 na 8, i broj radnika u stručnoj logistici kojih umjesto dosadašnjih 101 treba optimalno 36. Broj pomoćnog osoblja smanjuje se sa 119 na 4, jer se njihovi poslovi daju specijaliziranim poduzećima. Sadašnja organizacija ustanova zahtijeva jedanaest upravnih vijeća koji nadziru rad ustanova. U novoj ustanovi potrebno je jedno upravno vijeće ili samo sedam ljudi koji primaju naknadu. Radni prostor koji koriste nezdravstveni djelatnici smanjuje se od 2828 m² na 926 m². Novi prijedlog donosi promjene u broju djelatnika i strukturi stručne logistike. Umjesto jedanaest tajnica, pravnika, voditelja financija, nabave i slično, u zajedničkoj službi radilo bi manje ljudi, ali s većom stručnom spremom i u novim odjelima. Plan, analiza, nabava, zaštita na radu, kontrola kvalitete i marketing su službe potrebne modernoj zdravstvenoj ustanovi. Broj zaposlenih osoba u nezdravstvenom sektoru jako se smanjuje zbog dva osnovna pravca promjena. Prvo se iz postojeće organizacijske strukture izdvajaju službe koje mogu funkcionirati kao zasebne uslužne djelatnosti u privatnom sektoru. Čišćenje prostora, održavanje okoliša, održavanje prostora i opreme, čuvanje i zaštita objekata ugovaraju se sa privatnim tvrtkama. Kako bi se sačuvala radna mjesta, nova uslužna poduzeća dužna su uposliti dosadašnje zaposlenike domova zdravlja. Specijalizirana uslužna poduzeća puno efikasnije i stručnije obavljaju pomoćne poslove nego da to organiziraju zdravstvene ustanove. Prijedlog ne utječe na broj zdravstvenih djelatnika, što znači da mreža PZZ koju donosi centralni, državni organizator sustava ostaje ista i da se promjene odnose isključivo na lokalnu racionalizaciju djelatnika koji su nezdravstveni. Prijedlog je zato izvediv odmah, bez potrebe da se mijenja bilo kakva zakonska regulativa. Ostaju važeći

svi ugovori postojećih zdravstvenih timova i razina zdravstvene zaštite se ne mijenja. Naprotiv, regionalnim okupljanjem postojećih timova može se omogućiti njihovo povoljnije angažiranje, preraspodjela, organizacija dežurstava i hitne službe, zamjene i slično. Dosadašnji manji sustavi nemaju dovoljnu snagu u broju timova da mogu reagirati na sve moguće poremećaje u radu. Slijedeća prednost regionalnog organiziranja je omogućavanje jedinstvene strategije razvoja za cijelu regiju. Moguće je postići podjednaku razinu stručne i tehničke osposobljenosti, ujednačiti kvalitetu zdravstvene usluge, osigurati podjednake šanse za edukaciju, proširiti nastavnu bazu Medicinskog fakulteta. Na taj način mogu vrlo brzo nestati dosadašnje velike razlike u pojedinim dijelovima Županije.

Regionalna organizacija omogućava zajedničko planiranje i nabavu opreme, medicinskog i potrošnog materijala, što znači manju cijenu i ujednačenu kvalitetu. Da se ne radi samo o smanjivanju broja nezdravstvenih djelatnika u novoj organizaciji predlaže se i otvaranje novih radnih mjesta za visokokvalificirane stručnjake iz područja planiranja, analitike, statistike, nabave, kontrole kvalitete, zaštite na radu. Uštedom financijskih sredstava oslobađaju se sredstva za veća ulaganja u razvoj novih tehnologija, edukaciju, uređenje i opremanje prostora. Vrlo bitno je i smanjenje korisnog prostora za rad koji koriste nezdravstveni djelatnici. On se smanjuje sa 2828 m² na 926 m². (razlika iznosi 1902 m²).

Veliki prazan poslovni prostor koji bi preostao može se popuniti iznajmljivanjem na tržištu, a važno je i to što troškove održavanja i režijske troškove više ne snosi dom zdravlja. Direktna posljedica regionalne organizacije PZZ je smanjivanje broja članova upravnih vijeća od 77 na 7, što iznosi uštedu od 1.290.000,00 kn. godišnje. U novoj organizaciji predlaže se upravljačka struktura koju čine upravno vijeće od sedam članova. Ravnatelj, poslovna tajnica, administrator i pomoćnici ravnatelja za PZZ, ljekarne,

hitnu pomoć, polikliniku i logistiku rade kao profesionalci puni radno vrijeme. Voditelji zdravstvenih ispostava bivših domova zdravlja su liječnici operativci koji u dopunskom radnom vremenu od 2 sata dnevno na terenu koordiniraju rad zdravstvenih službi. Stručna logistika se proširuje s novim službama, ali se gubi potreba da se na puno mjesta, s puno ljudi rade administrativni poslovi. Smatramo da bi nova organizacija bila stručnija, jeftinija i pružila veće mogućnosti za napredak u radu i razvoju.

Literatura

1. Barnum H, Kutzin J, editors. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2003.
2. Drucker PF. Managing the nonprofit organization. Practices and principles. New York: Harper Collins; 2000.
3. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med 1978;12(2B):85-95.
4. Musgrove P. Public and private roles in health: theory and financing patterns. Washington, DC: The World Bank; 1996. (World Bank Discussion Paper ; no. 339).
5. Newell KN. Health by the people. Geneva: World Health Organization; 1975.
6. Ostojić R. Strategija razvoja zdravstva. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2000. (draft dokumenta)
6. Reforma zdravstva. Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2000.
7. Wilton P, Smith RD. Primary care reform: a three country comparison of „budget holding“. Health Policy 1998; 44:149-66.
8. Krinsten FB, Horder M, Poulsen PB. Health technology assessment handbook. Copenhagen: Danish Institute for Health Technology Assessment; 2001.
9. Spiegelhalter DJ, Myles JP, Jones D R, Abrams KR. Bayesian method in health technology assessment : a review. Health Technol Assess 2000;4:1-130.

*Rad prezentiran na 1st International Conference
"Vallis Aurea" u Požegi*

Moja ordinacija - ordinacija Remetinečki gaj

Tonkica Čičak-Bekić, dr.med. specijalizantica obiteljske medicine

Opis zajednice

Ordinacija obiteljske medicine u kojoj radim nalazi se u Remetincu koji je smješten u zapadnom dijelu Novog Zagreba. Novi Zagreb – zapad je gradska četvrt u samoupravnom ustrojstvu grada Zagreba. Gradska četvrt je osnovana Statutom Grada Zagreba 14. prosinca 1999. god. i čini polovicu tradicionalnog dijela Zagreba zvanog Novi Zagreb. Prema podacima iz 2001.god. površina četvrti je 62.6 km², a broj stanovnika 48.981. Četvrt se može podijeliti na gradski, uglavnom visokourbanizirani zapadni dio Novog Zagreba i na samostalno naselje na rubnom području teritorija gradske četvrti. Četvrt obuhvaća sljedeća gradska naselja: gusto naseljeno Lanište, Kajzerica, Remetinec, Siget, Savski gaj, Trnsko i slabije urbanizirana Blato, Botinec, Tromoslavlje (naselje uz Savu u kojem se nalazi Billa, McDonalds i Turbo Limač) i Sveta Klara. Prigradska mjesta u sastavu četvrti su Čehi, Hrašće, Hrvatski Leskovac, Ježdovac, Lučko, Mala Mlaka i Odra. Poznato je po Zagrebačkom velesajmu, hipodromu i trgovačkom centru Avenue Mall.



Slika 1. Dom zdravlja Zagreb Centar, Remetinečki gaj 14

Opis ordinacije

Ordinacija se nalazi u zgradi bivšeg Doma zdravlja Novi Zagreb u kojoj je ranije bilo smješteno i ravnateljstvo, a koje se nakon reforme u zdravstvu integriralo u Dom zdravlja Zagreb Centar. U zgradi ima ukupno 5 ambulanti obiteljske medicine, 2 pedijatra, 2 tima ginekologije, 3 stomatologa, laboratorij koji radi radnim danima od 7 – 9 h (ne radi u VII i VIII mjesecu), ljekarna, Centar za prevenciju ovisnosti. U istoj zgradi na II katu se nalazi ispostava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO). Ostale ambulante OM su u zakupu i imaju puni broj pacijenata, a moja ambulanta je u sklopu Doma zdravlja. Jedna od kolegica je specijalist medicine rada, jedna je prošle godine završila specijalizaciju iz obiteljske medicine, dvije su na specijalizaciji iz obiteljske medicine, uključujući i mene.

Kao zaposlenik Doma zdravlja radim u ovoj ordinaciji od 02.06.2005.god. Tada sam naslijedila ordinaciju s 1120 pacijenata. Do dolaska na ovo radno mjesto radila sam sedam godina na zamjenama u istom Domu zdravlja. Radila sam skoro u svim ambulantomama Novog Zagreba i šire. Prije dolaska u Dom zdravlja radila sam u bolnici na Internom odjelu šest godina, zatim šest godina u Njemačkoj gdje su mi priznali diplomu.

Radim u timu s medicinskom sestrom Ksenijom Domiter Jalšić koja ima 23 godine radnog staža, od toga je radila 15 godina na Klinici za plućne bolesti – Jordanovac. Suradujem s tri patronažne sestre koje pokrivaju navedena područja, a kućnu njegu provodi ustanova za pružanje takvih usluga – „Domnius”.



Slika 1. Dom zdravlja Zagreb Centar, Remetinečki gaj 14

U ordinaciji u kojoj radim nema suprotne smjene. Imam zajedničku čekaonicu s pedijatrijom, ginekologijom te laboratorijem (u jutarnjim satima). Sama ordinacija se sastoji od 2 prostorije. U jednoj prostoriji radi sestra – u njoj prima pacijente, a u istoj prostoriji je i previjalište odvojeno paravanom. Površina prostora je 16 m².



Slika 3. Previjalište

Ordinacija je opremljena sterilizatorom, bocom s kiskom, špricom za ispiranje uha, setom za manje kirurške zahvate, klimom, računalom s pisačem te pratećim namještajem (radni stol, ležaj, ormarić s lijekovima, stolci). Nemam EKG, čija bi nabava bila

nužna. U drugoj prostoriji radim ja kao liječnik. Prostorija je znatno manja – 10 m². Ima stol, računalo, ležaj i ormar.

Ambulanta je u potpunosti informatizirana i to tako da sestra i liječnik imaju umrežena računala. Spojena sam na CEZIH od listopada 2007. godine. Istovremeno vodim karton i elektronski zapis pacijenta. Već dvije godine preko Pilot projekta naručujem pacijente za specijalističko-konzilijarne preglede ili dijagnostičke pretrage.



Slika 4. Ordinacija liječnika

Rad se odvija u dvije smjene - parne datume radim ujutro od 7 do 14.³⁰ sati, a neparne datume poslije podne od 13 do 20.³⁰ sati. Posljedni sat radnog vremena predviđen je za kućne posjete. Radnu subotu radim jednom mjesečno prema ranije utvrđenom rasporedu. Dežuram vikendom i praznikom u dežurnoj ambulanti u Sigetu – prijepodne ili poslijepodne, 3-4 puta godišnje.

Raspored rada istaknut je na vratima sestrične ordinacije, gdje je i ulaz u ordinaciju. Pacijente ne naručujemo, uglavnom svi pacijenti koji dođu na pregled budu primljeni. Postoji mogućnost telefonskog naručivanja stalne terapije. Naručeni recepti se podižu sljedeći dan.

Opis odabranih pokazatelja rada

U skrbi imam 1.650 osiguranika (prema izvješću HZZO-a od 29.02.2008).

Tablica 1. Razdioba pacijenata po dobi

Ukupan broj osiguranika	1.650
Broj aktivnih osiguranika	630
0 – 7 godina	2
7 – 18 godina	271
18 – 45 godina	522
45 – 65 godina	445
Više od 65 godina	410

- broj posjeta u prošlom mjesecu (03/08): 1.087
- broj pregleda u prošlom mjesecu (03/08): 820
- broj usluga koje je pružila ordinacija u prošlom mjesecu (03/08): 1.050
- naplaćeno PPTP usluge u zadnja tri mjeseca: 2.123
- naplaćeno PPTP usluga u prošloj 2007.: 10.132
- 12 nepokretnih pacijenata u skrbi
- indeks potrošnje lijekova za prošli mjesec (03/08): 130,5
- stopa bolovanja u prošla tri mjeseca:
 - 01/08: 4,26
 - 02/08: 5,15
 - 03/08: 4,37
- za protekla tri mjeseca uplaćeno je administrativne pristojbe:
 - 01/08 :11.490 kuna
 - 02/08 :12.260 kuna
 - 03/08 :13.280 kuna.
- Stopa bolovanja u zadnjih 6 mjeseci 2007. je bila:
 - 06/07 : 2,86
 - 07/07 : 3,22
 - 08/07 : 3,04
 - 09/07 : 3,81
 - 10/07 : 3,98
 - 11/07 : 3,58
 - 12/07 : 3,58

Broj izdanih Rp u 2007. g.	18.318
Broj izdanih Up. za SKZZ u 2007. g.	4.977
Broj izdanih Up. za bolničko liječenje u 2007. godini	174
Izdano putnih naloga u 2007. godini	50
Broj upućenih na IK-u u 2007. godini	31

Od specifičnih programa koje provodim vrijedi spomenuti kontinuirani preventivni rad na edukaciji pacijenata, provođenje preventivnih pregleda osoba starijih od 50 godina, provođenje supstitucijske terapije ovisnika, antitetanička zaštita osoba starijih od 60 godina, cijepljenje protiv gripe, mjerenje GUK-a, primjena parenteralne terapije, priprema za kemoterapijske procedure te razna savjetovanja.

- Procijepljenost protiv gripe za 2007.: 250 osoba.
- Procijepljenost protiv tetanusa za 2007.: 20 osoba.
- Preventivni pregledi u 2007.: 22 osobe.
- Broj posjeta u 2007.: 12.272.
- Broj pregleda u 2007.: 6.784.
- Broj kućnih posjeta u 2007.: 293.

Tablica 2. Razdioba kroničnih bolesti zabilježenih u bolesnika tijekom 2007. godine

Kronična bolest	N bolesnika
Maligne bolesti	56
Hipertenzija	282
Diabetes mellitus	120
Hiperlipidemija	109
Ishemička bolest srca	102
Druge srčane bolesti	107
Poremećaj štitnjače	69
CVI	4
KOPB	89
Neurološke bolesti	82
GERB, ulkus želuca i dvanaesnika	112
Glaukom	32
Ovisnici	30

Analiza rada

Iz priloženog je vidljivo da je broj pregleda tijekom 2007. godine bio iznad normativa po kriterijima HZZO-a (relativni indeks je 1.37). Broj kućnih posjeta je bio 293, relativni indeks je 0,711, što je ispod normativa HZZO-a. Broj recepata po osiguraniku u 2007. godini je 11 (normativ je 8), a ukupan broj izdanih uputnica za SKZZ je 4.977, što je sukladno normativu (normativ je 3). Povećana potrošnja sredstava za lijekove uzrokovana je velikim brojem kroničnih bolesnika, potrošnjom po preporuci specijalista, a i zbog visine cijena suvremenih kvalitetnih lijekova. Visoka stopa bolovanja može se objasniti velikim brojem dužih bolovanja, dužim čekanjem za pojedine dijagnostičke postupke, čekanjem na rješenje Invalidske komisije. Procijepljenost protiv gripe nije zadovoljavajuća zbog manjeg interesa pacijenata. Odaziv na preventivne preglede nije zadovoljavajući.

Prijedlog poboljšanja

Nužna je racionalnija potrošnja sredstava za lijekove. Potrebno je svakako i dalje sniženje cijena lijekova, što će se ostvariti konkurencijom farmaceutskih tvrtki na tržištu.

Potrebno je pacijente educirati o racionalnijoj upotrebi lijekova, što vidim kao vlastitu ulogu. Potrebno je inzistirati na provođenju preventivnih pregleda. Planiram obavezno uvesti sistem naručivanja pacijenata, što će olakšati rad i skratiti čekanja pacijenata. Svakako moram nabaviti EKG koji će poboljšati kvalitetu moga rada. U budućnosti su potrebne sustavne promjene u smislu omogućavanja osnivanja grupnih praksi što bi bilo lako izvedivo u ustanovi u kojoj radim.

Moja ordinacija Hitna medicinska pomoć Doma zdravlja Čakovec

Aleksandar Tonković, dr.med. specijalizant obiteljske medicine

Međimurska županija sa 729,5 km² je površinom najmanja hrvatska županija (1). Također je i najsjevernija hrvatska županija. 2001. godine imala je 118 426 stanovnika, u demografskom smislu je stabilna, s gustoćom naseljenosti od 164,2 osobe/km² spada među najgušće naseljene. Gradovi u županiji su Čakovec, Prelog i Mursko Središće. Međimurje graniči sa Slovenijom i Mađarskom, te Varaždinskom i Koprivničko-križevačkom županijom.

Dom zdravlja Čakovec (DZ) pokriva područje cijele županije. Kao dio Doma zdravlja 1984. osnovana je Hitna medicinska pomoć (HMP). Smještena je u zgradi Doma zdravlja Čakovec, neposredno uz Županijsku bolnicu. Raspoloživo vlastitim parkiralištem i garažama za službena vozila. U istoj zgradi smješteni su i ravnateljstvo DZ, ambulante medicine rada i nekoliko ambulanti obiteljske medicine. Uz prilaz za pješake do samog ulaza vodi i asfaltna rampa za izravni pristup vozila HMP i osobnih vozila s težim ili slabo pokretnim pacijentima i sl.

Prostor HMP sastoji se od hodnika, prijema, čekaonice s WC-om, sobe tehničara, sobe liječnika, WC-om za osoblje i pacijente, kuhinje, sobe više medicinske sestre (VMS), sobe voditelja djelatnosti, sterilizacije, spremišta, velike ambulante koja se po potrebi može koristiti kao dvije ambulante i stacionara s pet kreveta s WC-om.

Ukupni broj vozila se kreće oko 15, od toga tri služe za samu hitnu pomoć, pri čemu je jedno pričuvna, ostala su za sanitetski prijevoz. Ugradnja opreme u vozila je modularna tako da se po potrebi oprema može lako premješati iz jednog vozila u drugo.

Osoblje HMP i sanitetskog prijevoza čini osam do devet liječnika, jedna viša medicinska sestra, četiri medicinske sestre srednje stručne spreme (obično

rade na šalteru), 11 medicinskih tehničara i 16 do 17 vozača. U užoj HMP rad je raspoređen smjenski, u isto vrijeme zajedno su dva tima liječnik/tehničar/vozač i sestra na prijemu. Smjene traju po 12 sati, timovi se izmjenjuju kao primarno „vanjski“ za rad na terenu i „unutarnji“ za rad u ambulanti. U slučaju potrebe oba tima rade u ambulanti odnosno na terenu. U vrijeme najveće frekvencije intervencija i pregleda u ambulanti u smjeni je i dodatni medicinski tehničar. U izuzetnim situacijama odustaje se od raspodjele na HMP i sanitetski prijevoz, po potrebi se od kuće pozivaju i cijeli tročlani timovi. Klasična pripravnost ne postoji. Svi pozivi se snimaju.

Osim uže djelatnosti HMP i sanitetskog prijevoza osiguravaju se i nogometne utakmice, utrke *speedway*-a, reliji, masovna okupljanja i sl. Sanitetski prijevoz ponekad uključuje i pacijente izvan Hrvatske, neki put uz cijeli tim.

Sva vozila opremljena su radio-vezom za potrebu komunikacije s centralom ili međusobno. Imaju ugrađene boce s kisikom uz unutarnje instalacije za distribuciju. Druga oprema vozila su ležea i sklopiva sjedeća kolica, torba liječnika, torba sa sanitetskim materijalom i torba za reanimaciju, defibrilator s 12 kanalnim EKG-om s mogućnošću slanja EKG zapisa i monitoriranja pacijenta, aspirator, stroj za umjetnu ventilaciju, infuzomat, pulsni oksimetar, pribor za inubaciju, pričuvni komplet ampuliranih lijekova, klasične i vakuum udloge, vakuum-madrac, rasklopna nosila (*scoop-stretcher*), infuzijske otopine i sistemi, set za novorođenčad, set za opekline i drugo. Jedina razlika prema opremi u ambulanti HMP je manja količina lijekova, otopina i sanitetskog materijala i defibrilator umjesto klasičnog EKG uređaja.

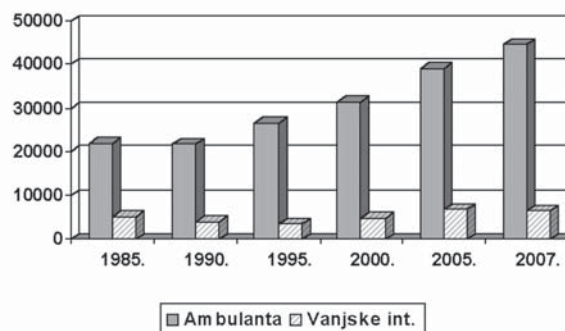
Mogućnosti dalje direktne obrade pacijenata HMP svodi se na laboratorijsku obradu koja uključuje KKS,

urin, amilaze u serumu i urinu, GUK te radiološku obradu. Postoji mogućnost daljeg upućivanja na hospitalizaciju (ne postoji mogućnost upućivanja na hitni pregled), iako se za dio pacijenata postupak svede na pregled i eventualnu dijagnostičku obradu putem dnevne bolnice. Znatno dio pacijenata zbrinjava se preko stacionara HMP, obično radi primanja infuzijske terapije, laboratorijske obrade i dalje kraće opservacije i reevaluacije. U sklopu djelatnosti obavljaju se brojne kateterizacije mjehura, lavaže želuca, triježenja i slično. Tijekom vikenda i blagdana daje se ampulirana terapija propisana po drugim liječnicima i rade se previjanja, a subotom od 7 do 19h u sklopu HMP dežuran je i jedan liječnik obiteljske medicine sa sestrom.

Od 2005. godine u suradnji sa Županijskom bolnicom Čakovec i Zavodom za bolesti srca i krvnih žila KB Dubrava Zagreb započet je pilot projekt Protokol za liječenje STEMI (engl. *ST segment Elevation Myocardial Infarction*). Prema smjernicama AHA/ACC (American Heart Association / American College of Cardiology), ESC (European Society of Cardiology) te Hrvatskog kardiološkog društva primarna perkutana koronarna intervencija (PCI) je metoda izbora za liječenje bolesnika sa STEMI infarktom miokarda (2). Sama procedura detaljno je usklađena, među ostalim obuhvaća i snimanje 12-kanalnog EKG-a te telemetiranje istog prema koronarnim jedinicama ŽB Čakovec odnosno KB Dubrava uz telefonski kontakt radi definitivnog dogovora. Za uspjeh reperfuzije ključno je da ona bude poduzeta unutar 12 sati od početka tegoba. U praksi zna biti problematično vrijeme koje se izgubi prije nego što se uopće zatraži medicinska pomoć. Svi bolesnici su monitorirani u transportu, pojednostavljeni terapijski akronim je MONA (morfin, O₂, nitroglicerina, aspirin) i 300/600 mg klopidrogel-a per os. Od svih bolesnika se traži i informirana suglasnost za ovaj način liječenja. U dosadašnjem radu samo mali dio pacijenata sa STEMI nije bio podesan za PCI. Do veljače 2008. na ovaj način je zbrinuto više od 150 bolesnika, dva su preminula u transportu (od toga jedan u pratnji kardiologa). Sama

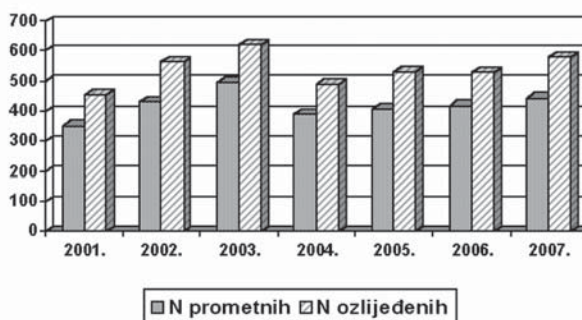
procedura zbrinjavanja postala je rutinska, problematična je potreba za zamjenskim timom HMP do povratka ekipe iz Zagreba.

Slika 1. Razdioba pacijenata zbrinutih u ambulanti HMP Čakovec i vanjskih intervencija po godinama



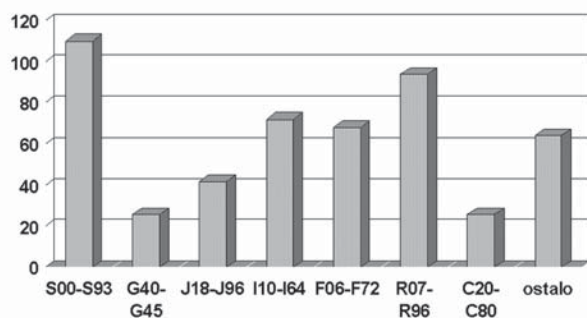
Od osnutka HMP Čakovec do danas vidljiv je izraziti porast broja pacijenata u ambulanti HMP nakon kraja rata, broj terenskih intervencija gotovo ne raste. Osoblje HMP cijelo vrijeme ostaje po brojnosti jednako. Prikazani trend rasta prisutan je i u drugim djelatnostima HMP. Tijekom 2006. bilo je 390 hitnih prijevoza za Zagreb (manji dio u pratnji neonatologa i anesteziologa) uz 2518 redovnih prijevoza za Zagreb. 2007. bilo je 420 hitnih prijevoza i 2600 redovnih (izvor – medicinska dokumentacija HMP Čakovec).

Slika 2. Razdioba prometnih nesreća i broja ozlijeđenih zbrinutih u HMP Čakovec po godinama



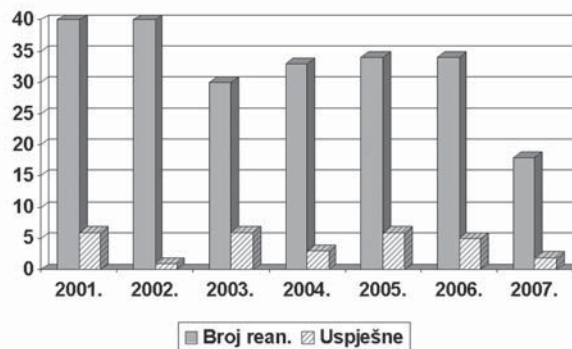
Zbrinjavanje ozlijeđenih u prometnim nezgodama predstavlja važan specifični oblik rada HMP. Tijekom godina primjetne su znatne oscilacije, prolazni silazni trend možda je posljedica „zakona o 0,0 promila“ (izvor – medicinska dokumentacija HMP Čakovec).

Slika 3. Razdioba terenskih intervencija u kolovozu 2007. godine obzirom na MKB dijagnoze



U vanjskim intervencijama HMP po dijagnozama prevladavaju ozljede; visoko učešće R grupe pripisao bih čestim intervencijama zbog boli u prsima nejasne etiologije, sinkopa nejasne etiologije, neklasificiranih vertiginoznih sindroma, nejasnih dispnoičnih tegoba i neklasificiranih bolova u trbuhu. Visoka učestalost intervencija zbog hipertenzije, akutnog koronarnog sindroma, dekompenzacije i moždanog udara je razumljiva. U F grupi dijagnoza prevladavaju intervencije zbog teške akutne alkoholiziranosti, česte su i intervencije zbog psihoza i psihoorganskog sindroma. Intervencije s dijagnozom u J grupi redovito su zbog kroničnih plućnih bolesnika. Glavni razlozi za pozive za pacijente s karcinomom su nedostatna analgezija, kod bolesnika s karcinomom pluća često respiratorna insuficijencija, često se radi i o općoj progresiji bolesti. Kod dijela poziva radi se o pokušajima rodbine za hospitalizacijom odnosno o pozivima „da se ne bi reklo da nismo sve probali“, koji su sociološki uvjetovani. Epilepsija i tranzitorne ishemične atake također su čest razlog terenskih intervencija (izvor – medicinska dokumentacija HMP Čakovec).

Slika 4. Razdioba ukupnog broja reanimacija i uspješnih reanimacija u HMP Čakovec po godinama



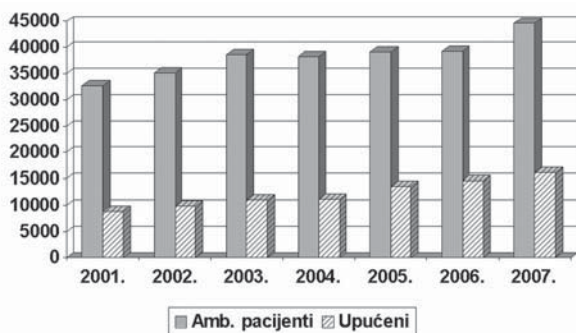
Kardiopulmonalne reanimacije su dio djelatnosti HMP. *Lege artis* izvedene predstavljaju fizički i vremenski zahtjevan oblik „medicinske usluge“. Vidljiv je postupni pad ukupnog broja reanimacija tijekom godina, dok broj uspješnih reanimacija oscilira (izvor-medicinska dokumentacija HMP Čakovec).

Dio pacijenata s uspješnim reanimacijama završava samo odgođenom smrću u jedinicama JIL-a ili s teškim neurološkim deficitima, ali za dio pacijenata kod sljedećih intervencija nije moguće uočiti bilo kakav deficit. Dio reanimacija koje su primarno izvedene zbog rodbine i iz sličnih razloga nije ni uveden u protokole pa ih nema u ovom prikazu. Pad ukupnog broja reanimacija mogao bi se tumačiti dvojako – bržim i kvalitetnijim intervencijama s manjim brojem aresta ili odustajanjem od potencijalnih reanimacija koje su procijenjene kao besmislene (duljina trajanja aresta i sl.) zbog sve veće opterećenosti. Uloga liječnika kao vođe tima je i racionalno korištenje raspoloživog osoblja, vremena i snage, u skladu s okolnostima, posebno onim ekstremnim.

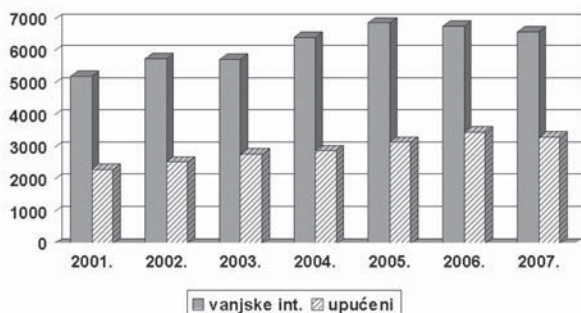
Slika 5. grafički prikazuje odnos ukupnog broja pacijenata i onih koji su upućeni dalje (kao upućeni su prikazani i pacijenti koji su radiološki obrađivani). Vidljiv je konstantni rast broja pacijenata u ambulanti i rast udjela pacijenata koji su upućeni dalje (izvor-medicinska dokumentacija HMP Čakovec). Rast „propusnosti“ pripisao bih popuštanju zbog povremene preopterećenosti, općem rastu

zahtjevnosti pacijenata i rastu defanzivne medicine kao i pritisku zbog novinskih napisa, sudskih sporova i sl.

Slika 5. Razdioba ambulantnih pacijenata i pacijenata upućenih prema bolnici po godinama



Slika 6. Razdioba pacijenata zbrinutih u terenskim intervencijama i upućenih u bolnicu po godinama



Broj pacijenata zbrinutih u vanjskim intervencijama (većinom teški ili vitalno ugroženi pacijenti) kroz godine polako raste, upućivanje prema bolnici također polako raste. Povoljniji trend bih objasnio dostatnim vremenom za opsežni pregled, dostupnom starom medicinskom dokumentacijom u većini slučajeva i većim učešćem iskusnijih liječnika u terenskim intervencijama. Znatni dio pacijenata definitivno je bilo potrebno i hospitalizirati.

Tijekom 2007. godine 79% pedijatrijskih pacijenata izravno je zbrinuto, 21% pacijenata je upućeno pedijatru (izračun rađen na primjedbu pedijataru na brojna upućivanja, izvor-medicinska dokumentacija

HMP Čakovec). Upućeni dio pedijatri nisu smatrali prevelikim.

Za potrebe HMP Čakovec provodi se i edukacija djelatnika. Već pri formiranju timova kombiniraju se iskusniji liječnik s neiskusnijim u smjeni, u tim se ne stavljaju neiskusniji tehničar i mladi liječnik i sl. Dio edukacije provodi se uz rad uz pomoć starijih liječnika i tehničara, djelatnici često pohađaju specijalizirane tečajeve (ALS, BTLS i sl.), povremeno se provode i organizirane interne edukacije (EKG, promjene u protokolu CPR...). Znan dio obrazovanja stiže se neformalnim putem uz postupno uključivanje u kompleksnije djelatnosti HMP (odnosi se i na liječnike, i na medicinske tehničare).

Mislim da je trenutno daleko najveći problem prekomjerna opterećenost ambulanti HMP tijekom vikenda i blagdana s posljedičnim padom brzine intervencije i kvalitete, te osobito povećanom propusnošću. Korijeni vjerojatno leže u godinama osnivanja i tadašnjem plaćanju po terapijskom postupku, te stečenim navikama pacijenata za nerijetko korištenje HMP zbog banalnih razloga (godišnje u prosjeku približno dva od pet stanovnika Međimurja koriste usluge HMP). Pokušaji lokalne samouprave, HZZO-a i Ministarstva za rješenje ovog problema (otvaranje još jednog punkta HMP, eventualno samo s noćnim radom) propali su kod osnovnog pitanja – plaćanja. Eventualni pokušaji za promjenu navika osiguranika tražili bi definitivnu suglasnost Županije kao vlasnika, HZZO-a, zdravstvenih ustanova i šire lokalne zajednice. Zbog potencijalnog konflikta s glasačima ovo je teško za očekivati.

Literatura:

1. Međimurska županija u Republici Hrvatskoj. Dostupno na URL: <http://www.udu.mz.hr/>. Pristupljeno 26 velj, 2008.
2. Mihatoš Š. Infarkt miokarda U: Vrhovac B, urednik. Interna medicina. 3. izdanje Naklada Ljevak, 2003, p.602-12.

Razgovor s predsjednikom Wonca-e prof.dr.sc Igorom Švabom

Razgovor vodila Rajka Šimunović

RŠ: Poštovani g. predsjedniče hvala Vam što ste se odazvali pozivu za razgovor u našem časopisu obiteljske medicine. Velika mi je čast razgovarati s Vama.

Objasnite nam što znači biti predsjednik Wonca-e koja je njegova uloga, koji zadaci?

IŠ: Kao predsjednik Wonca Europe trebam pomoći u međunarodnoj suradnji više od 40 udruženja obiteljske medicine iz Europe i prezentirati njihove stavove na svjetskoj razini. To znači, da se moj posao sastoji od organiziranja tri sastanka europskog čelništva (bord), sudjelovanja na sastancima svjetskog čelništva (jednom godišnje). Kao predsjednik trebam imati u vidu razlike u Europi, koje su ogromne i uskladiti stavove različitih organizacija u Europi, koje imaju različite interese i probleme. Naravno da trebam pomoći u traženju europske vizije obiteljske medicine. Dobivam puno poziva za sudjelovanje na raznoraznim skupovima, tako da puno vremena provodim na putu, najčešće u Europi.

RŠ: Što se u protekle četiri godine tijekom Vašeg vođenja događalo u Wonca-i?

IŠ: Jedan od najvećih uspjeha je u tome, što je sada gotovo cijela Europa „pokrivena“, tako da nema puno zemalja, gdje nema našeg udruženja. U posljednje četiri godine puno smo radili na kvaliteti naših konferencija, što se vidi i u rastućem broju sudionika, iako su brojke još daleko od željenih. Sve više surađujemo sa ostalim specijalnostima na međunarodnoj razini i pojavljujemo se na njihovim skupovima kao predavači. Zbog toga smo trebali prilagoditi strukturu organizacije i omogućiti i

liječnicima sa posebnim interesom za specifična klinička područja, da se kao organizacije uključe u Wonca-u.

RŠ: Kako je organizirana opća medicina u susjednoj Sloveniji, imate li zakup, sustav plaćanja putem glavarina kao u Hrvatskoj ili ne?

IŠ: Opća medicina u Sloveniji je zadržala domove zdravlja i većina liječnika još uvijek radi u domovima zdravlja i prima plaću, iako značajan broj liječnika opće medicine radi u zakupu u suradnji s domovima zdravlja. Taj se trend polako nastavlja. Nema nekih revolucionarnih promjena, što je dobro. Plaćanje je na osnovu ugovora, u kojem se nalazi glavarina kao jedan od elemenata i taj je ugovor isti za sve izvođače, privatnike i domove zdravlja. Dobro je i to, da fond ima sve više interesa za suradnju sa strukom i da je sustav relativno stabilan te da fond može kontrolirati troškove zdravstvene zaštite, iako tu uvijek ima problema.

RŠ: Kakve ste promjene imali ulaskom u europsku Uniju?

IŠ: Potrebno je bilo nekoliko prilagođavanja zakona, naročito što se tiče dužine, oblika i programa specijalizacija. Trebali smo uvesti novi program specijalizacije, koji sada traje četiri godine, od kojih se polovina sprovodi u ambulantama, a polovina još uvijek na bolničkim odjelima. Opće je mišljenje, da je specijalizacija veoma dobra. Nismo doživjeli odlazak specijalista u druge zemlje Unije, a nema ni puno interesa da ljudi dođu raditi u Sloveniju, jer su kod naš plaće još uvijek relativno niske s obzirom na primanja liječnika u drugim zemljama EU.

RŠ: *Kako je organizirana hitna pomoć? Postoji li razlika između gradova i manjih mjesta u organizaciji rada hitne pomoći? Je li opća medicina uključena u dežurstava i na koji način?*

IŠ: Hitna pomoć je organizirana pri domovima zdravlja u obliku centara hitne pomoći, koji imaju različite kategorije obzirom je li se radi o gradu ili selu. Od toga ovise uvjeti za rad, opremljenost, itd. U hitnoj službi rade liječnici opće medicine sa specijalizacijom ili bez nje. Većina liječnika opće medicine se uključuje u hitnu službu po potrebi i prema rasporedu, a samo u nekoliko većih centara postoje liječnici, koji rade samo to. Sada se priprema specijalizacija iz urgentne medicine.

RŠ: *Kakav položaj u okviru medicinskog fakulteta ima Vaša katedra i kakvo je njezino značenje i uloga?*

IŠ: Naša je katedra u posljednjih 15 godina doživjela veliki razvoj. Na početku je bilo teško, bilo nas je samo četvero i svi kao dijelom (part-time) zaposleni. Sada imamo tri profesora, dva docenta i dvadeset asistenata. Neki su u redovnom radnom odnosu, puno njih radi privremeno na projektima. Naša najveća snaga su liječnici obiteljske medicine, s kojima surađujemo u provođenju programa. To su naši mentori, kojih ima više od stotinjak.

Obiteljska medicina je postala vrlo popularan predmet na Medicinskom fakultetu, jer popunjavamo nedostatke nastave: integraciju teoretskog znanja, primjenu teorije u praksi i individualan rad. Za vrijeme sedam tjedana koliko traje blok obiteljske medicine, mi imamo samo četiri predavanja, sve ostalo je rad u malim grupama i rad u ambulanti.

Zbog visoke kvalitete edukacije, naša je katedra postala neformalni centar znanja na području edukacije, a ja sam dobio zadatak da vodim reformu cijelog studija na Medicinskom fakultetu u Ljubljani, što je jedan od najtežih zadataka koje sam imao.

Sve u svemu, naša je katedra sada veoma prepoznatljiva, popularna, ugledna i postala je čak jedna od većih katedri na fakultetu.

RŠ: *Nekada su kolege iz Slovenije dolazili na specijalizaciju iz opće medicine kod nas. Kako sada stojite sa specijalizacijom iz opće medicine, postoji li i kako je organizirana?*

IŠ: Specijalizacija traje četiri godine, od čega polovinu vremena kolege provode u ambulantom pod nadzorom mentora. Za to vrijeme oni trebaju pohađati i nastavu, koja se sastoji od dvadesetak modula, specifičnih za obiteljsku medicinu (npr. upućivanje, kućne posjete itd.). Svaki modul traje dva dana. Ostali dio specijalizacije kolege još uvijek provode na bolničkim odjelima, ali svaki tjedan trebaju doći na razgovor s mentorom, koji se brine o njihovom stručnom razvoju.

Na kraju imamo ispit, koji je vrlo težak, što nam svi priznaju, ali je prolaz vrlo dobar, tako da ispit nije selektivan.

RŠ: *Je li specijalizacija iz opće medicine obvezna? Postoji li interes za nju?*

IŠ: Prema standardima EU specijalizacija je obvezna i sada ne postoje nikakvi trendovi koji bi to osporavali, jer je obiteljska medicina specijalnost kao i sve druge.

Interes postoji, nije ništa drukčiji kao što je interes za druge struke, ali imamo problem sa nedostatkom liječnika, pa je teže popunjavati ruralne sredine, koje nažalost još uvijek imaju problema sa doktorima.

RŠ: *Nedostaje li liječnika u Sloveniji?*

IŠ: Da, postoji nedostatak, zbog kojega se otvorio i drugi Medicinski fakultet u Mariboru. Problem velikih i rastućih obveza je vrlo velik i bojim se, da će se situacija neko vrijeme još pogoršavati. Rješenja ovog problema nisu jednostavna i brza.

PROVJERITE SVOJE ZNANJE (jedan odgovor je točan)

1. Sve navedene tvrdnje koje se odnose na tetracikline (Geomycin, Doksiciklin) su točne OSIM jedne, koje?

- a) Pri uporabi ovih lijekova treba izbjegavati korištenje mliječnih proizvoda, željeza i antacida koji smanjuju njihovu apsorpciju
- b) Mogu se koristiti u bolesnika mlađih od 12 godina
- c) Djeluju fotosenzibilizirajuće pa povećavaju sklonost sunčevim opeklinama
- d) Koriste se u tretmanu akni koje ne reagiraju na lokalnu terapiju
- e) Doksiciklin je terapija izbora klamidijskog uretritisa/cervicitisa

2. Koja od navedenih tvrdnji, a odnosi se na depresiju i antidepressive, NIJE točna?

- a) Depresija je nezavisni faktor rizika za nastanak koronarne bolesti srca jednako kao hiperlipidemija, hipertenzija, prekomjerna tjelesna težina, dijabetes i pušenje
- b) Nakon preboljelog infarkta miokarda depresivni bolesnici imaju 3-4 puta veći rizik od KV komplikacija u usporedbi s nedeprisivnima, tj. prisutnost depresije loš je prognostički pokazatelj
- c) U liječenju depresije SSRI (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) su nadmašili stare antidepressive i učinkovitiji su nego TCA (triciklički antidepressivi) u bolesnika s teškom depresivnom epizodom i /ili melankolijom
- d) SSRI za razliku od TCA nemaju teških kardiovaskularnih nuspojava, ne umanjuju kognitivne i psihomotoričke sposobnosti, sigurniji su kod predoziranja

- e) SSRI za razliku od TCA nemaju teških kardiovaskularnih nuspojava, ne umanjuju kognitivne i psihomotoričke sposobnosti, sigurniji su kod predoziranja

3. Što od navedenog NIJE točno?

- a) Gojazni pojedinci imaju veći rizik od raka debelog crijeva i završnog crijeva, raka prostate, raka žučnog mjehura, jajnika i maternice
- b) Pušenje je odgovorno za 30% svih smrtnih slučajeva od raka (u prvom redu raka pluća, mokraćnog mjehura, usta, grla i grkljana)
- c) Smanjena učestalost raka debelog i završnog crijeva povezana je s redovotom upotrebom aspirina i drugih nesteroidnih protuupalnih lijekova
- d) U čimbenike rizika za rak debelog i završnog crijeva spadaju adenom u osobnoj anamnezi i rak ili polipi debelog i završnog crijeva u obiteljskoj anamnezi
- e) Rizik za rak dojke uključuje ozljedu dojke, fibroadenome, fibrocistične neoplazmativne bolesti dojke, pijenje kave, mastodiniju

4. Koja tvrdnja NIJE točna za CAGE upitnik?

- a) To je test probira za alkoholizam
- b) Dva potvrdna odgovora vrlo su indikativni za ovisnost o alkoholu
- c) To je akronim karakterističnih riječi u četiri pitanja:
C-cut down,možeteli prestati piti?
A-annoyed, dosađuju li vam kritike o vašem pijenju?
G-guilty, osjećate li krivnju zbog pijenja?
E-eye-opener,.pijete li ikad natašte rano ujutro?

- d) Pozitivnost testa zahtijeva daljnje ispitivanje i dijagnostiku
- e) MAST(Michigan alcoholism screening test) je puno jednostavniji i kraći od CAGE upitnika

5. Za tiazidske diuretike točno je sve OSIM jedne tvrdnje:

- a) Smanjuju izlučivanje kalcija u hiperkalciuričnih bolesnika
- b) Kod recidivirajuće nefrolitijaze daje se hidrokortiazid 2x 50 mg dnevno
- c) Kod hiperuricemije može se nastaviti primjena tiazida uz istodobnu primjenu alopurinola
- d) Kontraindicirani su kod astme i srčane dekompenzacije
- e) Specifična primjena tiazida je diabetes insipidus i smanjuju klirens slobodne vode jer dovode do deplecije natrija i kontrakcije ekstracelularnog volumena

6. U glavne Jonesove kriterije za dijagnozu akutne reumatske groznice NE spada:

- a) Karditis
- b) Erythema marginatum
- c) Koreja
- d) Povišen antistreptolizinski titar (AST) za 300 i više jedinica
- e) Potkožni reumatski čvorići

7. Hiperuricemija NIJE vezana uz :

- a) Hematološke poremećaje (policitemija, leukoze)
- b) Upotrebu nekih lijekova(salicilati, diuretici)
- c) Karcinom
- d) Osgood-Schlatterovu bolest
- e) Multipli mijelom

8. Reumatoidni artritis (RA)je sistemska bolest,a u njezine vanzglobne manifestacije spada sve OSIM jednog:

- a) Amiloidoza bubrega
- b) Hashimoto i Syogrenov sy
- c) Difuzna intersticijska fibroza pluća ili pneumonitis
- d) Pankreatitis
- e) Uveitis i/ili iritis

9. Za reumatoidni artritis(RA) sve je točno OSIM jedne tvrdnje:

- a) Vrpčasta osteoporoza karakteristična je za prvi rendgenološki stadij RA
- b) Reumatoidni čvorići javljaju se u 25% slučajeva ,najčešće na laktu i dorzumu šake i stopala tj.na mjestima izloženim pritisku,mogu kalcificirati i vršiti pritisak na živce
- c) Za RA je karakteristična jutarnja zakočenost zglobova i simetrični artritis
- d) Karakteristično za RA je zahvaćenost i vretenasti otoci distalnih interfalangealnih zglobova
- e) U RA može se javiti promuklost i problem žvakanja zbog zahvaćenosti krikoaritenoidnih i temporomandibularnih zglobova

10. U čimbenike rizika za rak dojke NE ubrajamo:

- a) Pretilost
- b) Menarhe prije 12-te godine i posljednja menstruacija poslije 55-te godine
- c) Rak dojke u obiteljskoj anamnezi
- d) Konzumiranje alkohola
- e) Žene koje su rodile puno djece

TOČNI ODGOVORI: 1B,2C,3E,4E,5D,6D,7D,8D,9D,10E

Medicin's use in children and young people (UEMO doc 2007/041 rev 2)

Upotreba lijekova u djece i mladih ljudi

UEMO document 2007/041 rev2 prihvaćeno 06.lipnja 2008.

Napredak u poznavanju pedijatrije i osviještenosti mladih ljudi u pitanjima zdravlja, proširenje dijagnostičkih mogućnosti kroz broj i kvalitetu dijagnostičke tehnologije u djece i mladih ljudi vodi k sve većoj upotrebi lijekova u toj starosnoj grupi. Slijedeći težnju prema blagostanju promoviranu od Svjetske zdravstvene organizacije u kombinaciji s povećanom dostupnošću učinkovitih lijekova, liječnici imaju stalno rastuću potrebu upotrebe lijekova.

Tek nedavno je testiranje lijekova u djece i mladih ljudi postalo predmetom točno određenih pravila. (1) U takvoj situaciji, mnogi lijekovi su se koristili izvan okvira upute (2) ili temeljem jednostavne pretpostavke da je dovoljno proporcionalno smanjenje doze za odrasle. To nije uvijek niti sigurno niti odgovarajuće. Propisivanje lijeka izvan okvira upute za liječenje djece ostavlja djecu izloženu opasnosti, a propisivače lijeka izložene potencijalnim tužbama. Postoji jasna potreba za više istraživanja i evaluacije upotrebe lijekova u djece. (3)

Lijekovi za djecu često nisu registrirani, osobito u manjim zemljama, zbog birokratskih zapreka i odsustva relevantnih istraživanja. Za prevladavanje ovog problema UEMO predlaže pan-europsko registriranje lijekova za djecu.

Trenutno, upotreba lijekova kod djece i mladih ljudi nije još vođena dovoljnim znanjem o efikasnosti i sigurnosti. Ustvari, većina informacija o sigurnosti je

bazirana na periodičnim izvještajima industrije, pojedinačnim prikazima slučajeva i podacima iz registara farmakovigilencije. Pretpostavke da su kliničke indikacije za upotrebu lijeka iste za odrasle moraju se pažljivo analizirati i procijeniti. U budućnosti, u podatke farmakovigilencije bi trebalo uključiti direktno registriranje mogućih dodatnih efekta lijeka od strane propisivača lijeka, roditelja i, kada je moguće, od strane same djece.

U svjetlu opisanih činjenica, praktičko znanje doktora koji rade u općoj/obiteljskoj medicini na ovom području bi trebalo biti vođeno temeljem službeno objavljenih informacija kako bi se minimalizirali pravni i etički problemi. Ta uputa bi trebala biti šire dostupna i sve zemlje bi trebale formirati listu lijekova za upotrebu u djece.

Osobito, UEMO želi naglasiti važnost programa kao što su oni vezani za European Medicines Evaluation Agency, koji su dostupni na mrežnoj stranici <http://emea.europa.eu/htmls/paediatrics/pips.htm> i potiče sve liječnike opće/obiteljske medicine da sudjeluju u takvim programima, te da maksimaliziraju svoju ulogu u lokalnim programima farmakovigilencije.

- 1) Steinbrock R. Health Policy Report – Testing Medications in Children. *N Engl J Med* 2002;347(18):1462-1470.
- 2) Evidence-based prescribing. BMA Board of science 2007, London, 8-9.
- 3) Wood A.J.J. Developmental Pharmacology – drug disposition, action and therapy in infants and children. *N Engl J Med* 2003; 349(12):1157-1165.

Izvješće s konferencije

«Quality of primary health care, the perspective of patients»

Ljubljana, 28.-29. ožujka 2008.

Od 28. do 29. ožujka 2008. godine u Ljubljani je održana međunarodna konferencija pod nazivom «Quality of primary health care, the perspective of patients» u organizaciji Katedre za obiteljsku medicinu Ljubljana, Katedre za obiteljsku medicinu Maribor, Zavoda za razvoj obiteljske medicine Ljubljana, Europskog udruženja liječnika obiteljske medicine (WONCA Europe), Europskog foruma za primarnu zaštitu (European Forum for Primary Care, EFPC), Zavoda za zdravstveno osiguranje Slovenije, Liječničke komore Slovenije i Centra za nevladine udruge Slovenije. Hrvatsku su predstavljali članovi Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu prof.dr.sc. Milica Katić, dr Dragan Soldo i dr Zlata Ožvačić Adžić.

Cilj konferencije je bio izmjena iskustava i otvaranje dijaloga na temu kvalitete zdravstvene zaštite iz perspektive korisnika zaštite između pružatelja zdravstvenih usluga, upravljačkih struktura, osoba koje sudjeluju u stvaranju zdravstvene politike te bolesnika i njihovih predstavnika. Kroz rad sudionika u radionicama i otvorenim forumima nastojala se uspostaviti suradnja i premostiti jaz između organizacija primarne zaštite, civilnog društva i udruga bolesnika. Konferencija je prvenstveno nastojala okupiti zemlje središnje i istočne Europe, ali također i prenijeti iskustva zemalja zapadne Europe i šire.

Na konferenciji su naši predstavnici prikazali dijelove rezultata projekta Katedre “Unaprijeđenje kvalitete rada u obiteljskoj medicini - ocjena ishoda skrbi”, prezentacijom pod naslovom: Ožvačić Adžić Z, Katić M, Lazić Đ, Cerovečki Nekić V, Petriček G, Soldo

D.: *The Relation between Patient Characteristics and Patient Enablement in General Practice in Croatia*. Članovi Katedre su također sudjelovali u radu Europskog foruma za primarnu zaštitu pri čemu je Katedra postala i službeni član Foruma. Predsjednik Foruma je prof. dr. Jan de Maeseener sa Sveučilišta u Ghentu, a cilj rada Foruma je unaprjeđenje kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Sljedeća konferencija u organizaciji Foruma kojom će se nastaviti započeti dijalog na temu «Future in Primary Care II» održat će se u Southamptonu 15-17.rujna 2008. godine.

Zlata Ožvačić Adžić, Milica Katić i Dragan Soldo

Izvješće s tečaja

«Training of Teachers in General/Family Practice»

Dubrovnik, 21.-24. travnja 2008.

Međunarodni tečaj «Training of Teachers in General/Family Practice» održan je od 21.-24. travnja 2008. godine u Dubrovniku. Tečaj je namijenjen usavršavanju nastavnika iz opće/obiteljske medicine, a održava se kontinuirano od 1983. godine u Inter-Univerzitetskom centru (IUC-u) u Dubrovniku. Tečaj je nastao iz ideja članova grupe nastavnika opće/obiteljske medicine - prve Leewenhorst grupe koji su poticali razvitak opće/obiteljske medicine kao specifične akademske stručne discipline. Katedra za obiteljsku medicinu u Zagrebu je od početka bila organizator tečaja.

Direktor tečaja ove godine bila je dr. Patricia Owens (Clinical Skills Resource Centre, University of Liverpool), a koordinator tečaja doc.dr.sc. Mladenka Vrcić-Keglević (Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu). U radu tečaja sudjelovali su sudionici iz Belgije, Irske, Maroka, Slovenije, Velike Britanije i Hrvatske.

Tema tečaja bila je “Cultural diversities”. Naime, u doba globalne medicine liječnici skrbe za bolesnike koji dolaze iz različitih kultura. Poštovanje i uzimanje u obzir karakteristika različitih kultura početna je točka za dobro razumijevanje bolesnikovih zdravstvenih potreba, kao i osiguranja adekvatne zdravstvene skrbi za iste. Poticanje razvoja takvog među-kulturnog pristupa u skrbi za bolesnika jedan je od važih izazova i u medicinskoj edukaciji. Stoga je zadatak polaznika tečaja bio načiniti edukativni modul kojim bi se zdravstvenim profesionalcima podigla svjesnost o važnosti uzimanja u obzir kulturne različitosti bolesnika u svakodnevnoj praksi (stavovi, kontekst, stereotipi, predrasude, priče bolesnika), ali i omogućilo prakticiranje vještina što bi im pomoglo da postanu kompetentni za rad s bolesnicima koji potječu iz različitih kultura (pitanje razumijevanja jezika - prevodioci, priručnici, drugi medijatori; konzultacija temeljena na principima bolesniku usmjerene skrbi - uzimanje u obzir bolesnikovih ideja, misli, očekivanja, uz pronalaženje zajedničkih rješenja s bolesnikom). Rezultat četverodnevnog rada u malim grupama su 2 nastavna modula namjenjena primjeni u dodiplomskoj, te poslijediplomskoj medicinskoj edukaciji.

Tijekom tečaja sudionici su imali priliku prezentirati svoje dosadašnje iskustvo u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi iz područja teme tečaja, ali i drugih područja opće/obiteljske medicine, s posebnim osvrtom na prednosti i nedostatke uočene prilikom izvođenja nastave, kao i na mogućnosti njezina unapređenja.

Tijekom tečaja izloženi su edukativni materijali kojima su sudionici željeli predstaviti svoj način rada - udžbenici, stručni članci, izvješća o radu i slično.

*Tajnica tečaja: Dr. Goranka Petriček
Katedra za obiteljsku medicinu
ŠNZ „Andrija Štampar“,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu*

Izvješće s konferencije

Europskog udruženja istraživača iz obiteljske medicine

(European General Practice Research Workshop (EGPRN))

Antalya, Turska, 8. - 11. svibnja 2008.

U Turskoj, Antalya održana je 66. konferencija Europskog udruženja istraživača iz obiteljske medicine (EGPRN) na temu „Muskuloskeletne bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“. Domaćini su bili Organizacijski odbor konferencije zajedno s Udružbom obiteljskih liječnika Turske, Katedra za obiteljsku medicinu Univerziteta Akdeniz, te nacionalni predstavnik u EGPRN iz Turske, prof. Mehmet Ungan.

Muskuloskeletne bolesti najčešći su uzrok ozbiljnoj, dugotrajnoj boli, a posljedična tjelesna onesposobljenost pogađa stotine milijuna ljudi diljem svijeta. Zbog toga je prvo desetljeće 21. stoljeća (od 2000. – 2010. godine) proglašeno „Desetljećem kostiju i zglobova“.

Danas se procjenjuje da gotovo trećina ljudi starijih od 75 godina ima značajne muskuloskeletne probleme, te da prevalencija dizabiliteta, zbog tih bolesti raste sa 3,1% u osoba mlađih od 60 godina do gotovo 50% u osoba starijih od 75 godina. Očekuje se da će jedna od posljedica daljnjeg starenja svjetske populacije biti povećanje udjela osoba s muskuloskeletnim bolestima. Kako su zahtjevi za zdravstvenom zaštitom tih bolesnika vrlo veliki važno će biti osigurati i organizirati adekvatnu zdravstvenu zaštitu u stoljeću koje je pred nama.

Međunarodni znanstveni interes do sad se fokusirao uglavnom na epidemiologiju, preventivne mjere te terapijske intervencije oboljelih od muskuloskeletnih

bolesti. Međutim, istraživanja pokazuju da se često ove bolesti neadekvatno liječe u općoj/obiteljskoj medicini., a također nema niti jasnih preporuka za upućivanje takvih bolesnika u sekundarnu zdravstvenu zaštitu. Stoga je namjera ove konferencije bila naglasiti važnost i aktualnost istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti vezanih za muskuloskeletne bolesti te prikazati rezultate nekih provedenih i aktualnih istraživanja na tu temu.

Konferenciji su prisustvovali istraživači iz gotovo svi europskih zemalja, a prikazana su 53 rada vezana za glavnu temu, a također i za druge teme specifične za opću/obiteljsku medicinu.

Nadalje, kako je cilj rada EGPRN-a unapređenje kvalitete istraživanja u OM, pod vodstvom eksperata iz područja istraživanja, organizirani su također i tečajevi o istraživanju na teme: „Analiza kvalitativnih materijala“, „Tečaj o kolaborativnim istraživanjima“, „Kako postaviti istraživačko pitanje“, te „Otvoreno tržište za istraživanja“.

Na sastanku Glavnog odbora s nacionalnim predstavnicima raspravljalo se o podršci istraživanjima i istraživačima iz obiteljske medicine, kolaborativnim istraživanjima te o važnim područjima istraživanja specifičnim za OM. Predsjednik EGPRN-a istaknuo je važnost širenja mreže istraživača iz OM u Europi, unapređenje istraživačkih metoda, razvoj Europskog plana područja istraživanja, te o trogodišnjoj i pojedinačnoj članarini učesnicima EGPRN konferencije. Konferencija je ocijenjena vrlo uspješnom.

Sljedeća konferencija EGPRN-a održat će se od 16. – 18.10.2008. u Budimpešti, Mađarska. Tema je „Integrated management of chronic heart diseases“.

Planirano je da Hrvatska bude domaćin EGPRN konferencije u Dubrovniku, 15.-18.10.2009.godine. Tema konferencije bit će „Istraživanje multimorbiditeta u obiteljskoj medicini“. Ovo je prilika da prikazemo istraživanja provedena u Hrvatskoj na glavnu i druge teme koje su važne za OM, stoga pozivam sve kolege zainteresirane za istraživanja da

prisustvuju radu konferencije u Dubrovniku sa svojim radovima. Za sve informacije javite se:

*Dr.sc. Đurđica Lazić, dr.med.
Nacionalni predstavnik za Hrvatsku u EGPRN-u.
Katedra za obiteljsku medicinu
Medicinskog fakulteta u Zagrebu*

Posjet RCGP-u (Royal College of General Practitioners)

London, 19. - 21. svibnja 2008.

Tijekom svibnja 2008. godine (19.-21. svibnja 2008.) u Londonu su u organizaciji RCGP-a (Royal College of General Practitioners) organizirani 7. međunarodni dani RCGP-a s naslovom „Trajni profesionalni razvoj“ na kojima sam aktivno sudjelovala kao predstavnik iz Hrvatske.

Glavni organizator tečaja bio je dr. John V Howard iz Velike Britanije koji je i predsjednik Odjela za međunarodnu suradnju RCGP-a.

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

Program je tekao organizirano tijekom tri dana u prostorijama Centra kliničkih vještina RCGP-a i u radu su korištena predavanja kao i rad u malim grupama.

Tijekom prvog dana diskutiralo se kako najobjektivnije procijeniti kliničku osposobljenost specijalizanata tijekom edukativnog procesa u okviru

specijalizacije iz obiteljske medicine. U diskusiji su sudjelovali dugogodišnji eksperti iz područja medicinske edukacije kao i kolege koji posjeduju oskudnija iskustva iz ovog područja.

Tijekom drugog dana najviše se razgovaralo o pismenom dijelu specijalističkog ispita te o najoptimalnijim rješenjima u organizaciji banke pitanja.

Zadnji dan 7. međunarodnih dana RCGP-a protekao je u diskusiji o kurikulumu specijalizacije iz obiteljske medicine gdje se razvila vrlo bogata diskusija temeljena na dugogodišnjim iskustvima kolega iz cijelog svijeta.

16. svibnja 2008. prisustvovala sam dodjeli Godišnjih nagrada RCGP-a najuspješnijim liječnicima u Velikoj Britaniji te sam tijekom ovog događanja prisustvovala vrlo zanimljivom predavanju prof. Trishe Greenhalgh (Professor of Primary Health Care, University College London) na temu „30 godina od Alme Ate“ gdje je izvrsno prikazala promjene u zdravstvenim potrebama tijekom posljednjih trideset godina.

*dr. Venija Cerovečki Nekić, spec. obiteljske medicine
Katedra za obiteljsku medicinu,
Medicinski fakultet u Zagrebu*

Sudjelovanje na međunarodnoj konferenciji

Harm reduction programs in Europe: Practice, problems and perspectives

Vilnius, Litva 29. - 30. svibnja 2008.

Tijekom svibnja 2008. godine (29-30. svibnja 2008.) u Litvi, u Vilniusu održana je međunarodna konferencija „Programi smanjenja štete u Europi: iskustva, problemi i perspektive“ u organizaciji Ureda za suzbijanje bolesti ovisnosti Vlade Republike Litve i Svjetske zdravstvene organizacije.

Konferenciju je otvorio Ministar zdravstva Republike Litve Mr. Rimvydas Turčinskas.

Na konferenciji su sudjelovali eminentni stručnjaci iz ovog područja; prof. Gilberto Gerra (United Nations Office on Drugs and Crime); Ms. Dagmar Hedrich (EMCDDA), dr. Nicolas Clark (WHO), Ms. Signe Rotberga (UN).

Tijeko vrlo aktivnog rada stručnjaka iz cijele Europe razvila se iznimno konstruktivna diskusija temeljena na dosadašnjim iskustvima liječnika koji skrbe za ovisnike o opijatima diljem cijele Europe.

Na Konferenciji sam aktivno sudjelovala prikazavši hrvatska iskustva u organizaciji i radu sa opijatskim ovisnicima u okviru svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine. Hrvatsko iskustvo koje se temelji na osnovnoj pretpostavci da su ovisnici o opijatima kronični bolesnici koji trebaju dobro organiziranu i trajnu skrb liječnika obiteljske medicine izvrsno je prihvaćeno te je temeljem toga u tijeku dogovor o posjeti gore navedenih stručnjaka Hrvatskoj.

*dr. Venija Cerovečki Nekić
spec. obiteljske medicine
Katedra za obiteljsku medicinu
Medicinski fakultet u Zagrebu*

HRVATSKO DRUŠTVO BALINTOVIH GRUPA

Katedra za opću / obiteljsku medicinu,
ŠNZ "Andrija Štampar"

Klinika za psihološku medicinu, KBC Rebro



INTER-UNIVERSITY CENTRE
DUBROVNIK

Balint group – sensibility for unconscious

("Muradif Kulenović" School of Balint method)



June 2. - 7. 2008.

Prema definiciji Leeuwenhorstove grupe liječnik opće medicine je diplomirani liječnik koji pruža osobnu, primarnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu pojedincima, obitelji i zajednici, bez obzira na spol, dob i bolest.

Specifične karakteristike rada obiteljskog liječnika, pružaju mu izuzetne mogućnosti u tom smislu. Ipak treba jasno naglasiti da ovaj kompleksni sveobuhvatni pristup uz široki spektar mogućnosti zahtijeva i izuzetnu ozbiljnost i odgovornost liječnika kao profesionalnog djelatnika obzirom da obiteljski liječnik predstavlja prvu liniju susreta s pacijentom i problemima zbog kojih traže pomoć. Pravilno i pravovremeno prepoznavanje, dijagnostika i liječenje važna je karika u čuvanju i poboljšanju zdravlja povjerenog mu stanovništva. Obaveznom dodiplomskom nastavom, a posebno specijalizacijom iz obiteljske medicine stječu se profesionalne vještine i znanja, ali prema brojnim istraživanjima i vlastitim iskustvima obiteljski liječnici osjećaju nedostatnu spremnost u pronalaženju mnogobrojnih zamki koje proizlaze iz odnosa bolesnik-liječnik. Posebni nesporazumi proizlaze iz nepoznavanja nesvjesnih reakcija kod pacijenta, ali i svojih vlastitih.

Uvidjevši poteškoće na koje obiteljski liječnici nailaze u susretu s pacijentom Enid i Mihael Balint razvili su upravo takav tip dodatne edukacije za liječnike opće/obiteljske medicine koji je ubrzo u cijelom svijetu vrlo dobro prihvaćen. Danas gotovo da i nema zemlje koja ne provodi edukaciju Balintovom metodom, grupama za razne medicinske profesionalce, a najviše liječnike obiteljske medicine.

Da bi liječnik bio sposoban shvatiti odnos koji nastaje i preobraziti ga u terapijske svrhe potrebno je da ima saznanja iz područja nesvjesnog.

Upravo Balintova metoda predstavlja senzibilizaciju za nesvjesno u odnosu pacijent-liječnik.

Obiteljski liječnik prepoznaje djelomično probleme te razine ovisno o tipu problema i prethodnom znanju o pacijentu.

Tjelesni simptomi kod kojih nije pronađena odgovarajuća organska patologija često se susreću u ordinaciji obiteljske medicine. Ova simptomatologija koja opetovano stvara teškoće kod pacijenta utječe na kvalitetu njegova života, dovodi do organskih poremećaja i oštećenja i konačno svojim kronicitetom do nesposobnosti. S druge strane pacijenti s takvim razlozima dolaska opterećuju posao liječnika, povećavaju troškove zbrinjavanja koje pak i kod njih dovodi do nezadovoljstva i sve većeg izgaranja na poslu.

Studije pokazuju da 2,5% pacijenata koji posjećuju svog obiteljskog doktora iskazuju stalne i višestruke simptome nepoznatog uzroka i posjećuju ga u prosjeku četiri puta godišnje.

Prema istraživanjima upravo o ovim trajno obnavljanim dolascima takvih bolesnika uz krajnji stadij pojedinih neizlječivih bolesti, liječnici se osjećaju manje stručno zadovoljni, emocionalno uznemireni i manjkavi u vještinama i znanjima potrebnim za odgovarajući pristup.

Prof.dr.sc.Muradif Kulenović 1083. godine osniva Udruženje Balintovih grupa Hrvatske koje i danas uspješno provodi edukacije u Balintovim grupama. 1987. osnovana je i Međunarodna škola Balintove metode u Dubrovniku, a poslije smrti osnivača



preimenovana je u Školu Balintove metode «Muradif Kulenović», a održava se neprekidno već 21 godinu u Interuniverzitetskom centru (IUC) u Dubrovniku prvi tjedan u mjesecu lipnju. Škola nije prekinula svoje djelovanje niti tijekom ratnih godina u Dubrovniku, pod vodstvom svoga osnivača profesora Kulenovića-psihijatra i humanista. Nakon njegove prerane smrti škola je nastavila rad pod rukovodstvom prof. dr. Sanje Blažeković-Milaković, specijaliste obiteljske medicine promičući Balintovu metodu.

Ove godine škola je održana od 2.-6. lipnja 2008. s temom „Balintova grupa –senzibilizacija za nesvjesno”.

Rad škole počinje svakodnevno kratkim uvodnim predavanjem iz razine nesvjesnog, nastavlja diskusijom i Balintovim grupama u prijedopodnevnom i poslijepodnevnom satima. Iskustva su izuzetno vrijedna i važna jer potiču sigurnost i prilagodbu stavova, znanja i vještina pružajući uvid u probleme koji se mogu evaluirati na međunarodnoj razini.

U svom radu članovi Balintove grupe istražuju i osvještavaju psihološke i emocionalne aspekte rada s pacijentima i prepoznaju važnost posebice dijela koji često negiramo, a uglavnom proizlazi iz nesvjesnog. Dodatna korist ovog rada proizlazi iz interdisciplinarnog učešća srodnih medicinskih profesionalaca, koji i inače sudjeluju u zajedničkom timskom zbrinjavanju stanovništva u skrbi obiteljskog liječnika. Ove godine školi su osim liječnika obiteljske medicine, psihijata, psihoterapeuta i psihologa iz Hrvatske prisustvovali i strani liječnici Balintove orijentacije prof. dr. Benyamin Maoz iz Izreala, potpredsjednik Internacionalne Balintove federacije, dr. Kristiina Toivola predsjednica Finske Balintove udruge sa suprugom psihijatrom dr. Juha Matti Taivola, te psihoterapeut Nina Arzberger iz Beča.

*Prof.dr. Sanja Blažeković-Milaković
Mr.sc. Stanka Stojanović-Špehar*

Izvešće sa sastanka UEMO-a

Bergen, Norveška, 6. i 7. lipnja 2008.

U uvodnom dijelu sastanka govorili su domaćini iz Bergena. Liječnica obiteljske medicine Unni Aanes je govorila o medicinskoj i sveučilišnoj tradiciji Bergena iz čega je vidljivo da se radi o sveučilišnom gradu u kojem oko 120 studenata godišnje završi dodiplomski studij medicine. Do-gradonačelnica Trude Drevland istakla je da je Bergen grad od blizu 250.000 stanovnika osnovan 1070, da je bio prijestolnica Norveške u 13. stoljeću, kada je tada po veličina grada bio veći od Londona.

Dr. Torunn Janbu, ortopedski kirurginja, predsjednica Norveške medicinske asocijacije (NMA) predstavila je tu organizaciju koja čini kombinaciju sindikata i profesionalne stručne organizacije liječnika. Članstvo nije obavezno, ali je u NMA učlanjeno 96% norveških liječnika zajedno s studentima medicine i liječnicima iz drugih zemalja - ukupno 25133 člana. NMA je podijeljena u 19 lokalnih grana, 7 profesionalnih ogranaka (istraživački, mladi doktori, liječnici obiteljske medicine, liječnici koji rade u javnom zdravstvu, privatni liječnici i drugo), te 44 stručna društva koja korespondiraju s 44 priznate specijalizacije u Norveškoj. Uloga NMA je da provodi istraživanja radnih uvjeta i rada liječnika, pregovara o plaćama, provodi CME i CPD, provodi postupke priznavanja specijalizacije i druge poslove koje im delegira Ministarstvo zdravstva. Najzanimljiviji detalj iz njenog izlaganja je da stav „sve što se može učiniti u obiteljskoj medicini treba se i obaviti u obiteljskoj medicini“ podržavaju liječnici svih specijalnosti u Norveškoj i da to prepoznaju kao interes cijele medicinske profesije.

Dr. Jan Emil Kristofferson, predsjednik Norveške asocijacije obiteljske medicine je opisao organizaciju obiteljske medicine u Norveškoj. Zemlja sa nešto preko 4,5 milijuna stanovnika i sa gustoćom naseljenosti 12 osoba po km² ima oko 25000 liječnika

od kojih su 20% liječnici obiteljske medicine. Organizacija primarne zdravstvene zaštite (PZZ) je jedan od zadataka lokalne zajednice i od 1984. liječnici obiteljske medicine rade u ugovoru sa lokalnim zajednicama. Rade za određenu listu pacijenata i provode ulogu čuvara ulaza za fiksnu plaću koju osigurava lokalna zajednica. Plaćanje za pojedine dodatne usluge se osigurava kroz plaćanje po usluzi za koje financijsku osnovu osigurava država. Broj ugovornih liječnika, odnosno mrežu ordinacija određuju lokalne zajednice koje često koriste priliku da zaposle što manje liječnika. Na taj način do 40% ugovornih liječnika ima „zatvorene liste“ što znači da rade s maksimalnim dozvoljenim brojem pacijenta. Radeći u takvim uvjetima jasno je da liječnici vode više računa o racionalizaciji, nego o uvođenju novina u rad i proširenju djelokruga rada. Javlja se takozvana „kriza nerealnih očekivanja“ odnosno nerazmjer između nastojanja da liječnici obiteljske medicine rade sve što se može u obiteljskoj medicini i njihovog prekomjernog opterećenja uobičajenim dnevnim zadacima. Obiteljska medicina postaje sve manje privlačna, fluktuacija je takva da postoji šala „kontinuitet zaštite znači da je pacijent imao istog liječnika tijekom cijele jedne konzultacije“. Broj liječnika u Norveškoj raste dok broj liječnika obiteljske medicine stagnira. Isto vrijedi i za zdravstvenu potrošnju- ukupna raste, a ona u OM se ne mijenja. Prije 20 godina je udio liječnika obiteljske medicine među svim liječnicima bio 30%, a sada je 20%. Prema riječima dr. Kristoffersona dobre vijesti iz Norveške su da je vlada prepoznala važnost PZZ i da usmjerava svoja napore na jačanje obiteljske medicine; da farmaceutska industrija nema više utjecaja na NMA edukacijske aktivnosti; da NMA ima vlastite fondove za stimuliranje edukacije, specijalizacije i reakreditacije; te da raste broj istraživačkih jedinica obiteljske medicine u mreži NMA. U zaključku je istakao da je za daljnji razvoj obiteljske medicine ključna autonomija i ekonomija obiteljskih liječnika. Realne prijetnje tim osnovama predstavlja preispitivanje uloge „čuvara ulaza“ koju dio javnosti smatra nedovoljno „consumer friendly“,

te težnja egalitarizmu koja traži neizdvajanje jedne profesije izvan prosjeka populacije.

U radnoj grupi za trajnu medicinsku edukaciju i trajno osobno usavršavanje vođena je rasprava o pojavi sve češćih zahtjeva za obaveznim tečajevima trajne edukacije. Tako je u Mađarskoj predviđen standardni paket za obnavljanje znanja za svaku specijalnost posebno u trajanju tjedan dana. Pokret prema obaveznim tečajevima javlja se i u Nizozemskoj, Njemačkoj i Španjolskoj. Kao teme obaveznih tečajeva najčešće se spominju: reanimacija, zaštita djeteta, telefonska konzultacija, nasilje u obitelji, migracija i infekcije, racionalna upotreba lijekova i drugo. Potpuno drugačiji pristup istom problemu događa se u Belgiji gdje postoji obaveza sudjelovanja u edukaciji koja se provodi u lokalnim grupama za kvalitetu, a sve drugo je po izboru liječnika. Istaknuto je da je pokret prema obaveznim tečajevima pozitivan pomak, ali da bi pri izboru trebalo voditi računa o područjima koja su važna, manje poznata i usmjerena prema specifičnim potrebama liječnika obiteljske medicine. Prepoznaje se više organizatora tečajeva trajne edukacije (fakulteti, različita stručna društva, farmaceutska industrija, osiguravajući zavodi i drugi) od kojih svaki ima svoju ideju što je važno za liječnika obiteljske medicine. Zbog toga pri pripremi i izboru obaveznih tečajeva značajnu ulogu moraju odigrati profesionalne organizacije liječnika obiteljske medicine.

Tijekom generalne skupštine prihvaćeni su dokumenti radne grupe za preventivne aktivnosti koji se odnose na odgovor UEMO-a na EP's STOA izvještaj o rezistenciji na antibiotike (UEMO response to the EP's STOA report „Antibiotic Resistance“ - UEMO doc 2008/023) i dokument „Medicin's use in children and young people“ (UEMO doc 2007/041 rev 2) koji govori o upotrebi medikamenta u dječjoj i

adolescentnoj dobi. U tijeku prikaza tih dokumenata i prikaza rada EMEA (European Medical Agency) istaknuta je potreba zalaganja UEMO-a na ograničavanju direktnog marketinga lijekova jer je Europski parlament sklon smanjivanju ograničavanja direktnog marketinga lijekova u svrhu poštovanja slobodnog tržišta i „consumer friendly“ pristupa.

Na poticaj Njemačke delegacije i uz veliku podršku drugih delegacija odlučeno je da se formira nova radna grupa za problematiku procjene kvalitete u obiteljskoj medicini Europe. UEMO se na to odlučio nakon uvođenje obaveznih postupaka procjena kvalitete u Velikoj Britaniji, Njemačkoj i Austriji. U tim zemljama procjena postaje obavezna i predviđaju se sankcije za prakse koje ne ispunje kriterije iako indikatori i kriteriji nisu usklađene sa postojećim stručnim postavkama nastalim u prethodnim radovima EQuiP-a i WONCA-e.

Uz brojne druge teme uključujući izvještaj o napretku pravne procedure za registraciju UEMO-a prema zakonima Belgije, zanimljiva rasprava je ponovo vođena na temu specijalizacije iz obiteljske medicine. Nakon burne rasprave zaključeno je da svaka nacionalna organizacija članica UEMO mora dati jasni odgovor na 2 pitanja:

1. Je li obiteljska medicina prepoznata kao specijalnost od profesionalne organizacije (**da ili ne**) – izvijestiti UEMO do 31.08.2008.
2. Je li obiteljske medicina prepoznata kao specijalnost od političara (**da ili ne**) - izvijestiti UEMO do 31.10.2008.

Idući sastanak UEMO-a će se održati u Sofiji krajem listopada 2008., gdje se očekuje da će se temeljem dostavljenih odgovora odlučiti o daljnjim postupcima.

UEMO delegat: Hrvoje Tiljak

HRVATSKA UDRUŽBA
OBITELJSKE MEDICINE



CROATIAN ASSOCIATION
OF FAMILY MEDICINE

XVI. kongres obiteljske medicine

Split 2009.

23. – 25. travnja 2009.



Duševne bolesti u skrbi obiteljskog liječnika Prevenција kardiovaskularnih bolesti

Kongres će se održati u prostorima hotela Lav u Splitu

Sve informacije u vezi prijave za sudjelovanje i druge obavijesti obratite se Ireni Vinter na telefon 099 4104 816 ili *e-mail: irena.vinter@gmail.com*

Službena adresa mrežne stranice Kongresa je <http://www.huom.org>

Za stručne radove i najave drugog oblika sudjelovanja u stručnom dijelu kongresa obratite se Marion Kuzmanić mkuzmani1@bsb.mefst.hr mob. 091 542 9293

Radovi će biti tiskani u cijelosti u Zborniku radova kongresa, a moraju biti pripremljeni shodno uputama za objavljivanje radova u „Medicini familiaris Croatica“. Radovi u cijelosti se primaju isključivo u elektronskom obliku.

Krajnji rok za dostavu radova za tiskanje u Zborniku radova je 28. veljače 2009.

Stručni program skupa će biti organiziran u obliku predavanja, mini-simpozija i radionica.

Kotizacija 1.000 kn do 28. veljače 2009. a nakon toga 1.200 kn. Umirovljenici plaćaju 50%

U kotizaciju je uključeno: zbornik radova, potvrđnica o sudjelovanju i domjenak dobrodošlice.

Za organizaciju putovanja i smještaj osoba obratiti se službenoj agenciji Kongresa VIP Travel tel. 021 315196, 021 315199 (09 - 17 sati) fax: 021 315198 *e-mail: info@viptravel.hr*

KATEDRA OBITELJSKE MEDICINE MEDICINSKOG FAKULTETA U OSIJEKU

Doc.dr.sc. Rudika Gmajnić, pročelnik Katedre

Dr.med. Sanda Pribić, naslovni asistent na Katedri

Povijesni razvoj: Od studija medicine u Osijeku do samostalne Katedre na Medicinskom fakultetu Sveučilišta Josip Juraj Strossmayer u Osijeku

Počevši od školske godine 1979./1980. u Osijeku funkcionira Studij medicine kao ispostava Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Od samog početka funkcioniranja Studija medicine, kao temeljna katedra Studija formira se Katedra za opću medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite. Kao što je Studij medicine bio svojevrsnom ispostavom, tako je i Katedra bila dijelom matične Katedre Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Od tih početaka funkcioniranja u Osijeku nosioci nastavne aktivnosti bili su prof.dr.Antun Budak, prof.dr. Želimir Jakšić i doc.dr. Luka Kovačić. Od osječkih kadrova u rad Katedre uključuje se mr.sc.Zdravko Ebling.

01.10.1998.godine Medicinski fakultet u Osijeku stječe samostalnost. Katedra za opću medicinu, školsku medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite formira se kao samostalna i čini jednu od temeljnih Katedri novoga Medicinskog fakulteta. Privremenim pročelnikom imenuje se doc.dr.sc.Zdravko Ebling koji funkciju pročelnika obnaša do 01.10.2005.godine. Od tada Katedra mijenja naziv u Katedra za obiteljsku medicinu, organizaciju zdravstvene zaštite, povijest medicine i etiku. Do spajanja nekoliko kolegija u zajedničku katedru došlo je zbog primjene propisa prema kojima najmanje četiri nastavnika trebaju biti u kumulativnom radnom odnosu sa fakultetom da bi Katedra egzistirala. Stoga pročelnik Katedre postaje prof.dr.sc. Stella Ferenčić-Fatović, koja uspješno vodi Katedru do lipnja 2008. Od lipnja 2008. pročelnikom Katedre imenovan je doc.dr.sc.Rudika Gmajnić.

Posebna zahvala

O Katedri obiteljske medicine Medicinskog fakulteta u Osijeku, njenoj povijesti sadašnjosti i budućnosti nemoguće je bilo što reći a da se posebno ne istakne prof.dr.sc.Zdravko Ebling. Kao jedan od prvih specijalista obiteljske medicine u Osijeku, prof.Ebling u najranijoj fazi svojega života i rada opredijelio se da pored toga što je vrstan znalac i praktičar, izgrađuje svoju karijeru kroz znanstveni rad. Iako iz pozicije Osijeka, često apostrofirane kao periferne, nije uvijek bilo lako surađivati, komunicirati, napredovati, prof.Ebling zarana je pokazao karakteristike čovjeka i znanstvenika s vrlo širokim pogledima na praksu, struku i znanost. Od samih početaka razgovora o osnivanju Studija medicine, a kasnije i Medicinskog fakulteta u Osijeku, prof.Ebling bio je stožerni član grupe entuzijasta sa jasnim ciljevima. Radeći od 1979.godine kao vanjski suradnik zagrebačke Katedre na terenu u Osijeku osmišljavao je i kreirao sadržaje rada osječke Katedre. U svakom trenutku cijeneći i poštujući rad prethodnika i autoriteta izgrađivao je vlastiti stav, promovirao ga u vlastitoj zajednici i uspio u nakani da osječka grupa stručnjaka i znanstvenika kojoj je na čelu dobije prepoznati i priznati identitet. Od osamostaljenja Medicinskog fakulteta u Osijeku, Katedra dobiva nove mogućnosti, novi zamah i nove zadatke na koje je prof.Ebling uspješno odgovarao do 2005.godine. U punih 25 godina aktivnog rada na Katedri prof.Ebling naročito je uspio promovirati sintezu mnogih stručnih i znanstvenih područja koja se mogu implementirati u stručno-znanstveni rad. Vrlo često doslovce sam, ili sa malom pomoći malobrojnih suradnika uspio je promovirati Katedru kao nosioca i prepoznatljivog lidera u bitnim segmentima života i rada društvene i akademske zajednice. Aktivnosti Lige protiv raka Osijek, znanstveni projekti, interkatedralna i međudržavna suradnja, publiciranje, znanstveni opus, uporan rad u borbi protiv najčešćih sijela karcinoma, prepoznavanje „osječke grupe“ u hrvatskim i svjetskim razmjerima kao nositelja preventivnih aktivnosti i osmišljavanja programa prevencije i ranog otkrivanja raka, stručna i društvena aktivnost samo su najznačajniji dijelovi mozaika koje

je prof. Ebling složio i koje služi kao temelj budućega rada Katedre. Danas, i nadamo se još mnogo godina unaprijed, upornost, ideja, široka komunikativnost prof. Eblinga svima će koristiti da bi lakše osmislili i realizirali mnogobrojne zadatke koji stoje pred nama.

Katedra danas

Sastav Katedre

Od lipnja 2008. godine pročelnik Katedre je doc.dr.sc. Rudika Gmajnić. Kumulativni nastavnik je mr.sc. Helga Jovanović, spec. školske medicine. Naslovni asistenti dr.med. Sanda Pribić, specijalist obiteljske medicine i mr. Lidija Prlić, specijalist obiteljske medicine su u postupku dobivanja kumulativnog radnog odnosa na Medicinskom fakultetu u Osijeku, koji je trenutno nemoguće provesti zbog pravnih nedorečenosti Zakona o radu i Zakona o visokom obrazovanju. Osim navedenih u status asistenta promovirani su sljedeći specijalisti obiteljske medicine: Sanja Bekić, Romana Bogojević, Bojana Cigić, Mario Ćurković, Branka Franjić, Branka Kandić-Splavski, Ljiljana Majnarić-Trtica, Jasna Nagyszombaty-Šarić, Jadranka Pralas i Vesna Samardžić-Ilić. Svi asistenti istovremeno su i voditelji vježbi kojima se u vođenju studenata u praktičnom dijelu nastave priključuju i liječnici-specijalisti obiteljske medicine: Marija Pacovski-Erhard, Dunja Kuleš, Jadranka Pralas, mr. Nevenka Blanda, Marica Raspudić-Brekalo, Jadranka Belaj, Karolina Miklič, Bojana Cigić, Zrinjka Dananić, Lenče Kramar, Romana Bogojević, Nebojša Zatezalo, Aleksandra Vojvodić, Zdenka Stojanović, Nataša Pfeifer, Gordana Karamarko-Radić, Danica Janošević, Sanja Scarpa-Bugarić, Zvonimir Kovač, Marin Marinčić, Dražen Arnold, Tomislav Prus, Sanja Nađ, Vesna Gavran. Ovako velik broj asistenata i voditelja vježbi omogućuje da studenti na dodiplomskoj nastavi mogu obavezan dio praktičnih vježbi u trajanju od dva tjedna provesti sa mentorom – voditeljem vježbi ili sami ili najviše dva studenta u isto vrijeme u jednoj ambulanti specijalista obiteljske medicine.



Radni sastanak Katedre

Nastavna djelatnost

Katedra organizira nastavne aktivnosti iz sljedećih kolegija:

I. Dodiplomski studij

- 1. Obiteljska medicina i primarna zdravstvena zaštita:** predavanja 30 sati, seminara 30 sati, vježbi 45 sati

Voditelj nastave: doc.dr.sc. Rudika Gmajnić

Cilj i zadatak nastave je da studenti usvoje specifične vještine, znanja i stavove, da integriraju ranije stečena i nova znanja kako bi ih mogli primijeniti u rješavanju stvarnih problema u ordinacijama obiteljske medicine. Studenti prolaze kroz sve faze kliničkog, metodološkog odlučivanja u praksi primarne zdravstvene zaštite, promatraju i proučavaju faktore koji utječu na zdravlje, pojavu nastajanje i širenje bolesti u konkretnim situacijama. *Cilj* nastave je da studenti aktivnim pristupom i u najvećoj mogućoj mjeri samostalnim radom mogu biti uključeni i osposobljeni za pružanje kompletne i integrirane zdravstvene zaštite u praksi obiteljskih liječnika.

Sadržaj nastave: Obiteljska medicina kao specifična medicinska disciplina. Sadržaj i metode rada u obiteljskoj medicini, program mjera zdravstvene

zaštite, koordinacija i suradnja. Specifičnosti PZZ u europskim zemljama. Timski rad. Prostor i oprema ordinacija obiteljske medicine. Kronične bolesti u populaciji. Liječnik obiteljske medicine poslodavac, upravljanje i vođenje prakse. Zdravstvena zaštita specifičnih grupa kroničnih bolesnika. Hitnja stanja u obiteljskoj medicini. Zdravstvena zaštita onkoloških bolesnika. Znanstveno istraživanje u obiteljskoj medicini.

2. Organizacija zdravstvene zaštite, zdravstvena ekonomika i školska medicina: predavanja 30 sati, seminara 30 sati, vježbi 20 sati

Voditelj nastave: doc.dr.sc. Rudika Gmajnić, za školsku medicinu mr.sc. Helga Jovanović

Cilj i zadatak: Razumijevanje društvenih utjecaja na zdravlje, usvajanje znanja o sustavu zdravstvene zaštite i razumijevanje načela na kojima se taj sustav temelji. Posebnu pozornost obratiti vođenju i upravljanju praksom, sa elementima zdravstvene ekonomike i zdravstvenog menadžmenta kako bi se studenti što bolje pripremili za vođenje samostalnih ambulanti u sustavu PZZ.

Sadržaj nastave: Zdravlje i zdravstvena politika, zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe, ocjena zdravstvenog stanja. Organizacija zdravstvene službe. Mjere zdravstvene zaštite, zdravstveni odgoj. Unapređenje zdravlja, intersektorska suradnja. Rukovođenje i upravljanje u zdravstvu, zdravstveni menadžment, zdravstvena ekonomika, financiranje zdravstvene zaštite, metode plaćanja zdravstvenih usluga. Planiranje zdravstvene službe na modelu. Izvor informacija za ocjenu zdravstvenog stanja. Zdravstveni radnici, zdravstvene ustanove, organizacija zdravstvene zaštite u izvanrednim prilikama. Seminari i vježbe iz školske medicine.

3. Kako primijeniti Hipokratovu zakletvu: seminara 25sati

Praktični voditelji dr. med. Sanda Pribić, mr. sc. Lidija Prlić

Opći ciljevi: prepoznavanje prava bolesnika, povezivanje humanizma i znanosti, uočavanje pojedinačnog i zajedničkog u primjeni medicinske doktrine, jedinstvo i suprotnost interesa pojedinaca i zajednice, razvoj studenta od razine dobre namjere do profesionalizma, etičke obveze studenata, razvojni put i potpomaganje samopouzdanosti.

Specifični ciljevi: Naučiti gdje i kako se mogu pronaći i kako interpretirati etička pravila i kodeksi. Naučiti kako analizirati etički problem. Razjasniti vlastite moralne dileme vezane uz izbor budućeg studiranja, budućeg zanimanja i buduće prakse. Opređenjenje za čuvanje života kao temelj liječničke etike. Pravo bolesnog i zdravog čovjeka u pitanjima vlastitog života, zdravlja i tretmana. Prepoznavanje osobnih stavova i eventualnih predrasuda. Važnost i moć informiranja. Prihvatanje znanstvenih i stručnih podataka i znanstvene logike pri moralnom odlučivanju, poštovanje prava bolesnika na obaviještenost i drugo mišljenje. Ravnoteža individualnih i skupnih interesa. Stavovi prema tabuima iz područja seksualnosti. Prihvatanje načela realističnosti pragmatičnosti kod odlučivanja, potrebe i granice osobnog angažmana i žrtvovanja u profesionalnom radu. Od studenata se očekuje stjecanje vještine pronalaženja odgovarajućih propisa, kodeksa i drugih pravila potrebnih za etičko zaključivanje, identifikacija i analiza etičkih kontroverzi, prepoznavanje čimbenika i razlučivanje njihovih interesa kod donošenja odluka, analiza argumenata, predviđanje i usporedba posljedica, prepoznavanje etičkih problema u realnoj vlastitoj situaciji.

4. Organizacija zdravstva u kriznim uvjetima, modul 6: seminar 15 sati, vježbi 5 sati

Praktični voditelj mr. sc. Lidija Prlić, specijalist obiteljske medicine

Cilj i zadatak: Pripremiti studente kao buduće zdravstvene radnike da mogu što adekvatnije reagirati u kriznim situacijama, ratnim i mirnodopskim, sa naglaskom na psihosocijalne probleme populacije u kriznim stanjima.

Sadržaj: Iskustva iz Domovinskog rata. Ženevska konvencija, zdravstveni i drugi problemi zatočenih osoba, identifikacija žrtava masovnih nesreća. Vrste i oblici organizacije hitne medicinske pomoći. Organizacijski modeli pripravnosti za krizna stanja, humanitarni problemi, gospodarske posljedice katastrofa. Zdravstveni i psihosocijalni problemi u svezi s prognosticima i izbjeglicama. Ekološki incidenti u kriznim stanjima. Psihosocijalni problemi zdravstvenih radnika i stanovnika u kriznim stanjima.

II. Poslijediplomski studij

1. Program mjera prevencije i ranog otkrivanja raka najučestalijih lokalizacija: predavanja 6 sati, seminar 10 sati, vježbi 6 sati

Voditelj nastave: prof. dr. sc. Zdravko Ebling

Ciljevi: Na temelju epidemioloških promatranja raka najučestalijih lokalizacija procijeniti proširenost bolesti, karakter zdravstvenih potreba, te predložiti model mjera zdravstvene zaštite.

Specifični ciljevi: Na temelju statističke analize incidencije, prevalencije i mortaliteta. Na temelju incidencije i mortaliteta desetogodišnjem razdoblju prikazati i analizirati proširenost bolesti i dinamiku bolesti. Analizirati strukturu pojave po dobi i spolu. Analizirati 5-godišnje preživljavanje karcinoma najučestalijih lokalizacija u nas i u svijetu. Ocijeniti primjenjivost mamografije, testiranja okultnog fekalnog krvarenja (FOBIT), citološkog brisa po Papanicolao-u (PAPA testa) i prostatičnog serumskog

antigena (PSA) u ranom otkrivanju raka dojke, debelog crijeva, vrata maternice i prostate. Na temelju ocjene i analiza predložiti program mjera za prevenciju i rano otkrivanje raka najučestalijih lokalizacija, potrebne kadrove i sredstva za provođenje na nivou tima obiteljske medicine i nivou županije.

Sadržaj predmeta: Značenje raka u suvremenoj zaštiti zdravlja. Proširenost i učestalost raka najučestalijih lokalizacija u Hrvatskoj i u svijetu, veličina problema. Izvori informacija, Državni registar za rak. Nove spoznaje o etiologiji raka, genetski činioci. Rizične i visokorizične grupe stanovništva. Metode ranog otkrivanja raka dojke, debelog crijeva, vrata maternice i prostate: samopregled dojke, klinički pregled dojke, mamografski pregledi, UZ dojke, testiranje okultnog fekalnog krvarenja, konvencionalni citološki bris vrata maternice, likvidni citološki test i test na HPV, digitorektalni pregled prostate, određivanje prostatičnog serumskog antigena, tumorski biljezi. Dostignuća u dijagnostici raka najučestalijih lokalizacija. Sastavnice programa zdravstvene zaštite u suzbijanju raka: opće mjere unapređenja zdravlja, intervencije u okolišu, zdravstveni odgoj i promjene u načinu života. Mjere pravodobnog otkrivanja kod visokorizičnih pojedinaca, kod različitih grupa, kod cijelog stanovništva. Izvršio i sudionici programa. Troškovi programa. Ocjena provedivosti, organizacije i evaluacija programa. Daljnji pravci istraživanja raka debelog crijeva i perspektive zdravstvene zaštite.

III. Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru

1. Prehrana

Voditelj: Prof. dr. sc. Zdravko Ebling

I godina, Predavanja 30; vježbi 15;

Sadržaj kolegija: Upoznavanje s načinom pravilne prehrane; preventivni i klinički pristup pravilnoj prehrani, upoznavanje i savladavanje metoda za ocjenu stanja uhranjenosti; mjere za ocjenu i unapređenje prehrane; javno zdravstveni aspekti

prehrambenih poremećaja, prehrambenih deficita te bolesti uzrokovane ekscesivnim unosom hrane; mjere za ocjenu i unapređenje društvene prehrane; prehrana u posebnim uvjetima.

Opće i specifične kompetencije: Savladavanjem sadržaja predmeta student će usvojiti dodatna znanja potrebna za sudjelovanje u timskom radu te profesionalno i odgovorno provođenje fizioterapije. Savladavanjem sadržaja predmeta student će biti sposoban: prepoznati pravilnu od nepravilne kliničke prehrane, usvojiti metode za procjenu stanja uhranjenosti i unapređenje prehrane, imenovati bolesti uzrokovane lošom prehranom.

Način praćenja kvalitete: Izvedba programa prati se putem anonimne ankete o kvaliteti organizacije nastave, sadržaja predmeta i radu predavača. Ocjenjuju se koristi izlaganja, sadržaj, pripremljenost nastavnika, jasnoća izlaganja, količina novih sadržaja i ostale dimenzije sadržaja. Administrativno se uspoređuje plan i njegovo izvršenje kao i broj studenata koji pohađaju predavanja.

2. Palijativna skrb

Voditelj: Prof.dr.sc.Zdravko Ebling

II. godina, Predavanja 30; Vježbi 15;

Sadržaj kolegija: Definicija i struktura palijativne skrbi, oblici i mjesta provođenja, ciljevi i ideja hospicijskog pokreta. Struktura tima i članovi tima, postupci i oblici pružanja pomoći u jedinicama palijativne skrbi unutar bolničkih prostora, ambulantni oblik ili dolazak u kuću oboljelog u dogovoru s lokalnom zdravstvenom službom, a sve pod stalnom vezom sa hospicijem radi osiguravanja kontinuiteta skrbi.

Opće i specifične kompetencije: Savladavanjem sadržaja predmeta student će usvojiti dodatna znanja potrebna za sudjelovanje u timskom radu te profesionalno i odgovorno provođenje fizioterapije. Savladavanjem sadržaja predmeta student će biti sposoban: definirati palijativnu skrb, razlikovati oblike i mjesta provođenja, imenovati strukturu članova tima i ulogu fizioterapeuta u njemu.

Način praćenja kvalitete: Izvedba programa prati se putem anonimne ankete o kvaliteti organizacije nastave, sadržaja predmeta i radu predavača. Ocjenjuju se koristi izlaganja, sadržaj, pripremljenost nastavnika, jasnoća izlaganja, količina novih sadržaja i ostale dimenzije sadržaja. Administrativno se uspoređuje plan i njegovo izvršenje kao i broj studenata koji pohađaju predavanja.

IV. Studij sestrinstva

1. Socijalno i zdravstveno zakonodavstvo: predavanja 30 sati,

Voditelji nastave: doc.dr.sc. Rudika Gmajnić, asistent dr. Sanda Pribić

Ciljevi: Upoznati studente sa socijalnim i zdravstvenim zakonodavstvom Republike Hrvatske s posebnim osvrtom na Zakon o sestrinstvu, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, njihov sadržaj i primjenu.

Sadržaj: Kolegij sadrži osnove socijalnog i zdravstvenog zakonodavstva s odabranim poglavljima vezanim za legislativu i regulativu sestrinske prakse u Republici Hrvatskoj; Socijalno i zdravstveno zakonodavstvo u Republici Hrvatskoj; Regulativa i legislativa sestrinske prakse u svijetu; Regulativa i legislativa sestrinske prakse u Republici Hrvatskoj; Zakon o sestrinstvu.

2. Gerontologija, modul 2: seminara 15 sati, vježbi 5 sati

Voditelj nastave: doc.dr.sc.Rudika Gmajnić, asistent dr. Sanda Pribić

Ciljevi: Upoznati studente sa specifičnim zahtjevima starije populacije, naučiti ih prepoznati stanja i bolesti, steći vještine i znanja u organizaciji specifične zdravstvene zaštite starijih osoba.

Sadržaj: Gerijatrija i gerontologija, dijabetičko stopalo, komorbiditet, kronične bolesti. Usamljenost i depresija. Centri i ustanove za skrb o starijim osobama. Liječenje boli. Žalovanje.

V. Kolegiji na drugim fakultetima

1. Marketing u zdravstvu – Ekonomski fakultet

Voditelj nastave: doc.dr.sc. Rudika Gmajnić

Cilj: Osposobljavanje poslijediplomanata za upravljanje marketingom u sektoru zdravstvenih usluga, ovladavanje vještinama rješavanja složenih zdravstvenih marketinških problema.

Sadržaj: Teorija i proces zdravstvenog marketinga, marketinška istraživanja, e-marketing u zdravstvenom sustavu, marketinške strategije usluga, marketing odnosa u sektoru zdravstva, integrirana marketinška komunikacija, politički marketing, marketing osobnih usluga..

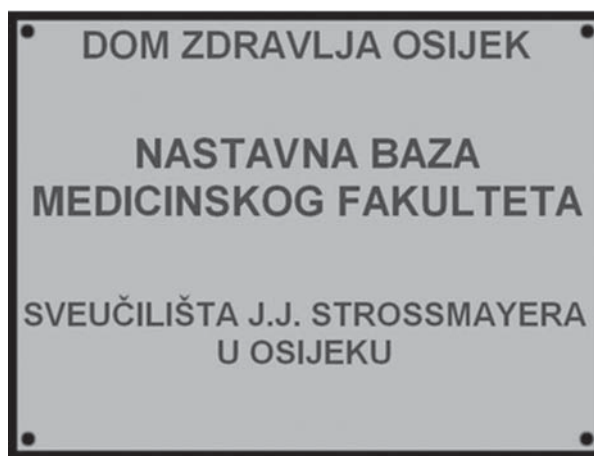
2. Kako primijeniti Hipokratovu zakletvu – Elektrotehnički fakultet

Praktični voditelj dr.med.Sanda Pribić, specijalist obiteljske medicine

Specijalizacija obiteljske medicine

Početak provedenja Nacionalnog programa specijalizacije iz obiteljske medicine osječka Katedra daje svoj doprinos na način da podupire i pomaže provođenje nastave u Osijeku za specijalizante iz Istočne Hrvatske. Na taj način omogućeno je najvećem broju kolega koji su specijalizirali po programima „B“ i „C“ da na najjednostavniji i praktičniji način odrađuju sve potrebne sadržaje iz programa specijalizacije obiteljske medicine. Istovremeno, zahvaljujući dobroj suradnji Doma zdravlja Osijek i Katedre kontinuirano se na specijalizaciju obiteljske medicine upućuju specijalizanti iz programa „A“. Na području Osijeka i Istočne Slavonije educiran je dovoljan broj mentora, tako da je i mentorski sustav kvalitetno pratio provođenje Programa specijalizacije obiteljske medicine. Iako se mentori nisu formalno udružili u nikakvu udrugu redovito održavaju sastanke, konzultiraju se i međusobno educiraju o načinima

vođenja specijalizanata kroz proces specijalističkog usavršavanja. Posebna pozornost pridaje se pisanju diplomskih radova, tako da u svakoj generaciji specijalizanata nekoliko radova bude publicirano ili prezentirano na kongresima obiteljske medicine. U dogovoru s Upravom Doma zdravlja svi novozaposleni liječnici u Domu zdravlja Osijek imaju obvezu u roku od dvije godine započeti sa procesom specijalističkog usavršavanja iz obiteljske medicine.



Nastavna baza

Odluka fakultetskog vijeća Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Dom zdravlja Osijek kao najveća ustanova primarne zdravstvene zaštite licencira se kao nastavna baza Medicinskog fakulteta. Smještaj i uvjeti rada omogućuju da se u prostorima nastavne baze može odvijati kompletna dodiplomska i poslijediplomska nastava na Medicinskom fakultetu kao i kolegiji Studija sestrinstva, a koje organizacijski pripadaju Katedri za obiteljsku medicinu. Nastavna baza organizacijski funkcionira u dvije predavaonice, svaka sa 60 sjedećih mjesta, multimedijски opremljena. Osim predavaonica na raspolaganju su još 4 prostorije koje služe za rad u seminarskim grupama. U okviru nastavne baze organiziran je i kancelarijski prostor Katedre koji služi kao tehnička potpora ili kao prostor namijenjen konzultacijama. Praktične vježbe za studente odvijaju se na 30 različitih lokacija tako da je studentima

moguće upoznati uvjete rada u seoskim, prigradskim ili gradskim ordinacijama. Katedra je razvila dobru suradnju sa Centrom za socijalni rad i ustanovama za skrb o starijim osobama koji pružaju gostoprimstvo studentima kako bi bolje upoznali organizaciju i provođenje skrbi o starim i nemoćnim osobama, a u okviru Kolegija Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika.

Katedra sutra: kadrovi, aktivnosti, planovi

Katedra za obiteljsku medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite zahvaljujući svemu do sada nabrojanoj iz povijesnog razvoja Katedre ima perspektivu postati i ostati stabilna Katedra i temelj Medicinskog fakulteta u Osijeku. Već danas ima dovoljno nastavnika koji mogu izvršiti sve zadatke u svim kolegijima. Posebno ističemo velik broj asistenata i voditelja vježbi kao neophodnu široku bazu i garanciju dugogodišnjeg stručnog rada. Pored nastavnika koji su već izabrani u naslovno-nastavna zvanja uskoro nas očekuju kvalitativne promjene. Dr.Ljiljana Majnarić-Trtica i dr.Lidija Prlić su magistrirale i vrlo brzo će braniti doktorske disertacije. Dr.Sanda Pribić završila je poslijediplomski doktorski studij i očekujemo njen brzi napredak. Dr.Vesna Kirin-Bilić pred završetkom je poslijediplomskog dokorskog studija i uskoro će zauzeti svoje mjesto u dijelu školske medicine. Naročito smo ponosni na cijeli niz specijalizanata koji specijaliziraju prema „A“ programu, i od kojih očekujemo veliki broj asistenata i završenih poslijediplomskih doktorskih studija. Katedra raspolaže dovoljnom širinom da smo mogli zadužiti određene osobe za određena područja: prof.dr.Zdravko Ebling kao autoritet i redoviti profesor pazi na osmišljavanje i realizaciju kontakata, otvara nove prostore, donosi nove ideje. Doc.dr.sc.Rudika Gmajnić kao pročelnik Katedre organizira rad Katedre u cijelosti i preko struktura Fakultetskog vijeća brine o pravilnom napredovanju svih članova Katedre. Mr.sc.Helga Jovanović zadužena je za dio kolegija koji se odnosi na školsku medicinu. Dr.Sanda Pribić posebno je odgovorna za održavanje kontinuiteta

znanstvenog rada i publiciranje, mr.Lidija Prlić najviše se bavi edukacijom i unapređenjem nastavnih procesa, a mr.Ljiljana Trtica-Majnarić posebnu pozornost treba obratiti na realizaciju znanstvenih projekata na Katedri.

Katedra prihvaća i preuzima odgovornost za razvoj i unapređenje znanja iz područja obiteljske medicine, organizacije zdravstvene zaštite i ostalih kolegija za koja organizira nastavu. Cilj i zadatak je osmisлити nove i modernije kolegije koji će se kao izborni ponuditi u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi. Razvoj Katedre u kadrovskom smislu otežavaju zakonski propisi koji ne dozvoljavaju značajnije uključivanje liječnika u zakupu u rad Katedre kroz kumulativni radni odnos sa Sveučilištem. Zahvaljujući dobroj suradnji Katedre i Doma zdravlja Osijek tehnička i materijalna osnova za rad Katedre niti u budućnosti neće biti upitna. Osim svih navedenih zadataka članovi Katedre u budućnosti će posebnu pozornost obratiti na kontakte i suradnju s drugim katedrama u Republici Hrvatskoj ali i pokušati maksimalno otvoriti suradnju s međunarodnim institucijama.

Stručno-znanstvene aktivnosti

Popis publikacija

A. Radovi koji se indeksiraju u Current Contents

1. Ebling Z, Strnad M, Garaj Z. The 15-year survival analysis of the patients operated for colorectal carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol* 1990; 116/suppl, part I:654.
2. Žuškin E, Mustajbegović J, Kanceljak B, Kern J, Macan J, Ebling Z. Respiratory function and immunological status in paper-recycling workers. *JOEM* 1998;40(11):986-93.
3. Roth A, Kolaric K, Županc D, Orešić V, A. Roth, Z. Ebling. High doses of 5 fluorourouracil and epirubicin with or without cisplatin in advanced gastric cancer-a randomized study. *Tumori*; 1999; 85.
4. Godnić-Cvar J, Žuškin E, Mustajbegović J, Schachter E, Kanceljak B, Macan J, Ilić Ž, Ebling Z. Respiratory and immunological findings in brevery workers. *Am J Ind Med* 1999;35:68-75.
5. Ebling Z, Santo T, Mandić N, Glavina K, Šerić V, Laufer D. Osijek Health Center during the 1991-1992 war in Croatia. *Mil Med* 2000.; 165(12):929-34.
6. Zuskin E, Mustajbegovic E, Schachter N, Kern J, Vadjic V, Strok N, Turcic N, Ebling Z. Respiratory findings in mail carriers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2000; 73:136-143.
7. Splavski B, Šišljagić V, Perić Lj, Vranković Dj, Ebling Z. Intracranial infection as a common complication following war missile skull base injury. *Injury*. 2000; 31:233-237.

8. Mustajbegović J, Žuškin E, Schachter EN, Kern J, Vitale K, Ebling Z, Vrcić Keglević M. Respiratory findings in chemical workers exposed to low concentrations of organic and inorganic air pollutants. *Am J Ind Med.* 2000; 38:431-440.
9. Mustajbegović J, Žuškin E, Schacher EN, Kern J, Vrcić-Keglević M, Ebling Z. Respiratory finding in livestock farmworkers. *J Occup Environ Med.* 2001; 43(6):576-84.
10. Mustajbegović J, Žuškin E, Schacher EN, Kern J, Vitale K, Ebling Z, Vrcić-Keglević M. Respiratory finding in farmworkers. *J Occup Environ Med.* 2001; 43(10): 905-13.
11. Mustajbegović J, Žuškin E, Schacher EN, Kern J, Vrcić-Keglević M, Ebling Z. Respiratory finding in livestock farmworkers. *J Occup Environ Med.* 2001; 43(6):576-84.
12. Babić-Banaszak A, Kovačić L, Kovačević L, Vuletić G, Mujkić A, Ebling Z. Impact of war on Babić-Banaszak A, Kovačić L, Kovačević L, Vuletić G, Mujkić A, Ebling Z. Impact of war on health related quality of life in Croatia: population study. *CMJ.* 2002; 43(4):396-402.
13. Kurbel S, Zucić D, Kurbel B, Gulam D, Gmajnić R, Krajna Z. Inertia of endocrine systems due to hormone binding to circulatory proteins. *Medical Hypotheses* 2003;60(3):430-8.
14. Dragun Z, Puntarić D, Prpić-Majić D, Bošnjir J, Gmajnić R, Klarić M. Toxic metals and metalloids in mietetic products. *Croatian Medical Journal* 2003; 44(2):214-8.
15. Marjanović K, Soldo-Butković S, Kralj M, Soldo I, Marjanović M, Hanzer N, Gmajnić R, Glasnović M, Timarac J. The incidence of stroke in Baranya County (East Croatia). *Collegium Antropologicum* 2003; 27(2):547-54.
16. Prlić L, Ebling Z, Glavina K, Gmajnić R, Vuletić G, Kovačić L, Tokalić M. Health of returnees in Osijek region and required special measures of health care in a community organisation. *Coll. Antropol.* 28 suppl. 2 (2004):345-356.
17. Knežević J, Galić J, Tucak A, Ebling Z. The results after transrectal prostate biopsy with 12 biopsy cores taken. *Coll. Antropol.* 28 suppl. 2 (2004): 243-50.
18. Ebling B, Kovačić L, Ebling Z, Vlahušić A, Tokalić M, Glavina K, Šerić V i sur. Present state and possibilities for improvement of cancer prevention and early detection in the Osijek Baranya county. *Coll. Antropol.* 2005; 29 (1): 169-178
19. Včev A, Begić I, Ostojić R, Jurčić D, Soldo I, Gmajnić R i sur. Esomeprazole Versus Pantoprazole for Healing Erosive Oesophagitis, *Collegium Antropologicum* 2006;30(3):315-9.
20. Ebling B, Majnarić-Trtica Lj, Gmajnić R, Ebling Z., Vranješ Ž. Psycho-Social Aspects of Measures Aimed at Decreasing Prevalence of Chronic Diseases in the Population of Returnees in the Osijek Region, Croatia. *Collegium Antropologicum.* 2007;31(2):441-450.
5. Pribić S, Gmajnić R, Šturman-Prlić L, Cerovečki-Nekić V, Tiljak H. The potential of healthy diet school in the regulation of arterial hypertension. *Periodicum Biologorum* 2006; Vol 108, Suppl 1, str.78.
6. Šturman-Prlić L, Gmajnić R, Pribić S, Samardžić S, Kvolik S, Prlić I. Cardiovascular risk factors in Croatian war veterans with peripheral nerve injury. *Periodicum Biologorum* 2006; Vol 108, Suppl 1, str.80.
7. Pribić S, Gmajnić R, Mihaljević I, Gverneri M, Šnajder D. Thyroid gland malfunction prevalence in manager population in Osijek. *Acta Clinica Croatica* 2007; Vol 46, Suppl.3, str.82-3.
8. Rašić A, Đeri K, Gmajnić R, Tešankić A. Education as the mode of Work of public Health nursing in the prevention of diabetes. *Liječnički vjesnik* 2007; Suppl. 1, str.101.
9. Ebling Z, Prlić L, Gmajnić R, Ebling B, Kovačić L. Zdravlje prognanika i adaptacija u zajednici – pilot studija. *Medicinski vjesnik* 2002;34(1-4), str.31-5.
10. Gmajnić R, Pribić S, Drenjančević-Perić I, Ilakovac V. Preparation of the primary care physicians for management of the private health care offices in Croatia. *Medicinski glasnik* 2008;5(1):1-8. str.80-3.

C) Radovi objavljeni u časopisima koji se indeksiraju u drugim međunarodnim indeksnim publikacijama (*Index medicus, Excerpta medica, Sociological abstr. i dr.*)

B) Radovi indeksirani u SCI-Expanded:

1. Jakić M, Rupčić V, Jakić M, Samardžija G, Mihaljević D, Galić J, Tucak A, Ebling Z. Peritoneal membrane function and dialysate leukocyte count. *Period biol* 2000; 1: 83-88.
2. Jakić M, Rupčić V, Tucak A, Samardžija G, Mihaljević D, Milas J, Jakić M, Ebling Z. Eritrocite sedimentation rate in patients on hemodialysis a changeable or unchangeable value? *Period biol* 2000; 102/1/: 89-93.
3. Majnarić Lj, Ebling Z, Martinis M, Vitale B. Soluble adhesion molecules in hypertension are reflective of profound pathogenesis disturbance. *Period biol* 2005; 107/2/: 239-247.
4. Gmajnić R, Pribić S, Šturman-Prlić L, Samardžić S. Regulation of Hypertension in Population of Managers. *Periodicum Biologorum* 2006; Vol 108, Suppl 1, str.79.
1. Ebling Z, Radosavljević B, Santo T. Promjena kvaliteta života u oboljelih od kolorektalnog karcinoma. *Med pregil* 1988;41:373-78.
2. Ebling Z, Hadžić N, Strnad M, Čandrić I, Radosavljević B: Dinamika učestalosti i mortaliteta od kolorektalnog karcinoma u Zajednici općina Osijeka. *Acta Med lug* 1989;43:315-325.
3. Ebling Z, Hadžić N. Uloga i prikladnost testiranja okultnog fekalnog krvarenja u programu zaštite od kolorektalnog karcinoma. *Liječ Vjesn*, 1989;111:432-436.
4. Ebling Z, Hadžić N, Birtić Z, et al. Is there an Increased Risk for Colon Cancer in Patients with a History of Cholecystectomy. *Croat J Gastroenterol Hepatol* 1993;2/3/: 85-90.
5. Ebling Z, Hadžić N, Strnad M, et al. A Fifteen-year Survival in Surgically Treated Patients with Colorectal Carcinoma. *Croat J Gastroenterol Hepatol* 1993;2-4.
6. Mandić N, Ebling Z. Psychological Status of Displaced Persons from East Slavonia. *Journal of Refugee Studies* 1994;7/4/:317-327.
7. Mandić N, Ebling Z, Delalle-Zembić M, et al. Glavobolje prognanika Istočne Slavonije. *Liječ Vjesn* 1994;116:291-294.
8. Strnad M, Znaor A, Ebling Z. Epidemiology of esophageal cancer in Croatia. *Croat J Gastroenterol Hepatol* 1998.
9. Strnad M, Znaor A, Ebling Z. Epidemiology of gastric cancer in Croatia. *Croat J Gastroenterol Hepatol* 1998; vol. 7. 1-2:41-50.
10. Ebling Z, Strnad M, Znaor A, Epidemiology of colorectal cancer in Croatia. *Croat J Gastroenterol Hepatol* 1998; vol. 7. 1-2:51-62.
11. Ebling Z. Hemocult test sensitivity and specificity. *Acta med Croar* 2001; 55(Supl, 4): 13-87.

12. Iveković H, Božikov J, Mladinić-Vulić D, Ebling Z, Kern J, Kovačić L. Electronic health center (eHC): integration of continuing medical education, information and communication for general practitioners. *Stu health Technol Infor.* 2002;90:788-92.
13. Splavski B, Vranković Đ, Saftić R, Mužević D, Košuta M, Gmajnić R. Klinički pokazatelji uspješnosti liječenja ratnih penetrirajućih ozljeda mozga. *Acta Med.Croatica* 2006;60:369-73.
14. Gmajnić R. Obrada inkarciranog nokta u ordinaciji tima obiteljske medicine. *Medicina familiaris Croatica* 1997;1-2(vol4):86-92.
15. Gmajnić R. They don't know they're sick, *Business – Medicine.* Banka 2000;36(2):58-9.
16. Gmajnić R. Kronična rana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Medix* 2003;63(1):63-6.
17. Ebling Z, Kovačić L, Šerić V, Santo T, Gmajnić R, Kraljik N. Trachel, bronchial and lung cancer prevention in the Osijek municipality. *Medicina Familiaris Croatica* 2003;1-2(vol11):15.
18. Ebling Z, Jakšić Ž, Santo T, et al. New Knowledge as a Stimulus for Action. In: XVI International Cancer Congress. New Delhi. Proceedings of the XVI. international cancer congress- plenary and special lectures. New Delhi, Menduzzi editore, Bologna, 1994:2953-2956
3. Šamija M, Strnad M, Ebling Z, Kovačić L, Znaor A. Prijedlog programa prevencije i ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj. Zagreb, Hrvatsko onkološko društvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2006. str. 1-95.
4. Šamija M, Strnad M, Ebling Z. Kako spriječiti i rano otkriti rak. Zagreb, Hrvatsko onkološko društvo, Medicinska naklada, 2007. str. 1-90.
5. Šamija M, Strnad M, Ebling Z, How prevent and detect cancer early?. Draft national program. Zagreb, Croatian Oncological Society. Medicinska naklada, 2006. str 1-8.

F) Stručne knjige:

1. Ebling Z. Razvoj obiteljske medicine u Domu Zdravlja u Osijeku. U: Jakšić Ž, ur. *Ogledi o razvoju opće/obiteljske medicine.* Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine 2001; 194-200.
2. Ebling Z, Eljuga D. Bolesti uzrokovane pušenjem. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Hrvatska liga protiv raka, 1998:1-45.
3. Ebling Z, Strnad M. Pojavnost raka u Slavoniji. U: Fajdić J, i sur. *Pojavnost raka u požeškoj regiji.* Požega: Županijska liga protiv raka Požega, 1996.:121-126.

G) Poglavlja u knjizi

1. Ebling Z, Gmajnić R. Dom zdravlja u povijesti Osijeka. U: Martinčić J, ur. *Od turskog do suvremenog Osijeka.* Osijek: Mejić Zagreb;1996.str.482-90.
2. Gmajnić R. Dijabetičko stopalo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U: Hančević J, i sur. *Dijabetičko stopalo.* Zagreb: Medicinska naklada; 2002. str.247-63.
3. Gmajnić R. Kirurgija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U: Hančević J, i sur. *ABC Kirurške svakidašnjice.* Zagreb: Medicinska naklada; 2005. str. 321-38.

H) Poglavlja i tekstovi u priručnicima, publikacijama i sl.

1. Kribl M, Gmajnić R, Kocijan Đ, Mesarić N, Lučić D, Šimoković U. *Priručnik Preventivnih školskih programa,* 2003, vlastito izdanje.

Znanstveni projekti

Najznačajniji znanstveni projekti kojima je baza bila Katedra za obiteljsku medicinu a voditelj prof.dr.sc.Zdravko Ebling su:

1. Strengthening PHC in Croatia – Quality in Primary Health Care Northern Centre for Healthcare Research, Groningen The Netherlands „A.Štampar“ School of Public Health Zagreb, Labin, Osijek, Split, Zadar, Croatia, koji je proveden u razdoblju od 1998.do 2002.godine na području Slavonije.
2. Ocjena zdravstvene snage i mogućnosti adaptacije prognanika* (br.projekta 0219301), sklopljenim s Medicinskim fakultetom u Osijeku br. 533-02-01-1521 od 22.kolovoza 2002.godine

D) Udžbenici i priručnici Medicinskog fakulteta u Zagrebu

1. Ebling Z. Epidemiologija raka. Rano otkrivanje raka. u: Budak A, Katić M, Ebling Z i sur. (ur). *Obiteljska medicina.* Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2000.g. str.53-57, 261-276.(udžbenik)
2. Ebling Z. Sekundarna prevencija. Regionalni programi suzbijanja raka. Uloga lige protiv raka u programima zaštite od raka. U: Šamija M. i sur. (ur) *Onkologija.* Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2000.g. str. 449-454., 463, 469. (udžbenik)
3. Ebling Z, Budak A, ur. *Problematika raka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.* Zagreb: Medicinski fakultet u Zagrebu,1993. (priručnik)
4. Ebling Z, Laufer D, Eljuga D. Rak u obitelji, otkrivanje i liječenje. U: Jakšić Ž, Budak A, Blažeković S, Ebling Z i sur. ur. *Obitelj i zdravlje.* Zagreb: Medicinski fakultet u Zagrebu, 1995. (priručnik)
5. Kovačić L, Barić N, Ebling Z i sur. *Dogovaranje pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.* Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada, 1979.(priručnik)
6. Ebling Z, Šamija M. Program ranog otkrivanja raka. U: Čorušić A, Babić D, Šamija M. Šobot H. (ur.) *Ginekološka onkologija.* Zagreb, Medicinska naklada, 2005.g. str. 15-21. (priručnik)

E) Znanstvene knjige:

1. Ebling. Z, Hadžić N, Jakšić Ž. Rak debelog crijeva - iskustvo osječkog programa zaštite. Osijek, Jugoslavenska akademija znanosti i umjetnosti, 1990. g.
2. Ebling Z, Gmajnić R. *Zdravstvo. Dom zdravlja.* U: Ive Mažuran i sur. *Od turskog doba do suvremenog Osijeka.* Osijek. Zavod za znanstveni rad Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, 1996 g. str 480, 482-291.

3. Strengthening PHC in Croatia – Quality in Primary Health Care koji se provodi u suradnji Northern Centre for Healthcare Research, Groningen The Netherlands i ŠNZ Medicinskog fakulteta u Zagrebu – za područje slavonske regije „Poboljšanje kvalitete života kroničnih bolesnika primjenom novih znanja i postupaka u kućnom liječenju“.
4. „Model ranog otkrivanja raka integriran u praksu obiteljske medicine (broj projekta: 219-1081871-2087) voditelja projekta prof.dr.Zdravka Eblinga potpisanog 02.siječnja 2007.godine u Zagrebu, koji je u tijeku provođenja.

Znanstveno nastavna aktivnost u 2008. godini

Katedra se ekipirala, suradnja je poprimila razmjere koje smo planirali i željeli nakon zajedničke podjele zadataka, kako bi svima bilo lakše i jednostavnije, a rezultati bolji. Stoga smo smatrali opravdanim ukratko nabrojiti izdvojene aktivnosti u 2008.godini, jer mislimo da bi ovako organizirani mogli i u sljedećem razdoblju vrlo aktivno publicirati i tako omogućiti nesmetano napredovanje svim članovima Katedre.

Uvijek budan i pozitivno kritičan dr.Ebling, pročelnik dr.Gmajnić kao organizator, te asistenti dr.Pribić, dr.Prlić i dr.Trtica-Majnarić uvijek spremni odvojiti svoje vrijeme i energiju, „skupili su glave“ i u 2008.godini odradili slijedeće:

1. kompletnu planiranu nastavu i ispite
2. publiciranje:

a) C/C radovi,

1. Croatian Medical Journal, jedan rad prihvaćen
2. Collegium Antropologicum, jedan rad prihvaćen
3. Veterinary Parasitology, jedan rad prihvaćen

b) SCI radovi,

1. Medicinski glasnik, jedan rad objavljen
2. DAAM Scientific International Book, 2 rada prihvaćena

c) Međunarodni kongresi

1. World Congress on Gastrointestinal Cancer, Barcelona, dva rada objavljena
2. 1st International Conference „Vallis Aurea“, dva rada objavljena
3. Wonca Europe 2008. Conference, Istanbul, tri rada prihvaćena
4. World Cancer Congress, Geneva, tri rada prihvaćena

d) Ostalo:

1. Kongres HUOM-a Zagreb, 2 rada objavljena
2. Poglavlja u knjizi, prihvaćena dva poglavlja za dvije knjige

e) U pripremi:

1. Potporno liječenje onkoloških bolesnika, Brijuni, dva rada
2. HDOD Simpozij, Rovinj, dva rada
3. International Cancer Congress, Rio de Janeiro, 2 rada

Osnivanje Podružnice HUOM-a za Primorsko-goransku Županiju u Rijeci

Zbog sve teže situacije u kojoj se nalaze liječnici opće/obiteljske medicine, prošlog je mjeseca došlo do spontanog okupljanja liječnika opće medicine (LOM) radi potrebe za osnivanjem Podružnice HUOM-a za Primorsko-goransku Županiju (PŽG), što se, nakon potrebnih dogovora i konzultacija i dogodilo.

Osnivačka Skupština Podružnice HUOM-a održana je dakle u predavaoni koju je ustupio Zavod za javno zdravstvo PGŽ, dana 20.06.2008, a zbog velikog interesa i staleške potrebe, nije bilo slobodnih mjesta. Osnivanju Podružnice su prisustvovali svi povjerenici Hrvatske liječničke Komore (HLK) iz PGŽ, sam Predsjednik HUOM-a Prim. Dragomir Petric, predsjednik Komore biokemičara Hrvatske dipl. Ing. G. Bulatović, predstavnici Udruženja ustanova za kućnu njegu PGŽ te dr. Galibedin Galijašević iz Zagreba. Nakon utvrđivanja broja članstva te izbora radnog predsjedništva, jednoglasno je za predsjednicu Podružnice izabrana dr. Mirjana Krstić Arbanas te za njenog zamjenika dr. Leonardo Bressan.

Tijekom sastanka isplivala je raznovrsna problematika i gorući problemi, što je pokazalo koliko su duboke traume kojima su izloženi LOM, neprekidno stešnjeni između zahtjeva Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i pacijenata u skrbi, i koliko je bolno žrtvovanje vlastitih potreba i interesa pred sve većim pritiskom i licemjerjem institucija sustava.

Zbog sve učestalijeg «kažnjavanja» LOM, pod krinkom discipliniranja ugovornih subjekata (koji to očito nisu, nego su samo OBJEKTI IŽIVLJAVANJA), donesena je odluka da se prikupi više ponuda različitih odvjetničkih ureda i predvidi suradnja s najpovoljnijim, a u cilju smanjivanja štete, odnosno obuzdavanja mobbinga od strane Područnog ureda (PO) HZZO.

Na kraju sastanka, u napetoj atmosferi zbog nagomilanih problema i poteškoća u svakodnevnom radu, suglasno je određena prva srijeda u mjesecu za termin redovitih (tematskih!) sastanaka članova Podružnice, na koje će biti pozivani i predstavnici državnih insitucija, ovisno o problematici na dnevnom redu.

Na prvom takvom tematskom sastanku održanom ove srijede, 02.07.2008., a koji je imao na dnevnom redu problem sankcioniranja LOM i problem novih Ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja radnika (HZZOZZR), nakon žučne i na trenutke mučne rasprave, odlučeno je da se ne potpisuju ponuđeni ugovori, do završetka pregovora između HLK i Ministarstva zdravstva. Također je podcrtana hitna potreba za pronalaženjem adekvatnog odvjetničkog ureda radi pravne zaštite kolega, obzirom na zabrinjavajući porast broja i ozbiljnosti sankcija koje provodi PU HZZO Rijeka. Iz tog razloga je dogovoreno prikupljanje svih nepravilno izdatih Rješenja Liječničkih povjerenstava PU Rijeka koji bi se sa zahtjevom za internim nadzorom i eventualnim sankcioniranjem kontrolora PU, predalo rukovoditelju PU Rijeka, Fedoru Dorčiću koji bi ujedno i bio službeno pozvan da prisustvuje sastanku Podružnice HUOM-a 03.09.2008.

Leonardo Bressan, dr.med

UPUTE AUTORIMA

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

OPREMA RADOVA

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

Rad treba sadržavati:

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

- Rezultate treba jasno prikazati. Značajnost rezultata treba statistički obraditi. Treba se služiti SI jedinicama.
- Rasprava treba protumačiti rezultate i usporediti ih s postojećim spoznajama na tom području. Iz rasprave treba izvući kratke i jasne zaključke.

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

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

Literatura se navodi na zasebnoj stranici na kraju članka i numerira prema redoslijedu citata u tekstu (prvi citat označava se brojem 1). Citat u tekstu označava se brojem koji ga povezuje s popisom literature.

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

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

Autor je dužan svaki citirani rad verificirati prema originalu.

Primjeri citiranja literature:**a) članak iz časopisa**

Zelić-Havić I, Tiljak H. Specifičnosti korištenja zdravstvene zaštite u pridruženoj ambulanti opće medicine. Liječ Vjesn 2000;122:56-60.

b) knjiga

Balint M. The doctor, his patient and the illness (Millennium reprint of 2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000, str 215-229.

c) poglavlja iz knjiga (kad ima vlastitog autora)

Vrcić-Keglević M. Komunikacija između liječnika opće/obiteljske medicine i bolesnika. U: Budak A i sur. Obiteljska medicina. Zagreb: Gandalf; 2000, str. 77-89.

Prema International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. New Engl J Med 1997; 336:309-15.

Detaljne upute: Teuber M. Citiranje literature – Vancouverški stil. Med Fam Croat 1999;7:41-4.

Prispjele radove Uređivački odbor šalje rad na dvije anonimne recenzije. Ako recenzent predloži izmjene, rad se vraća autoru s kopijom recenzije, bez imena recenzentata. Autor donosi odluku o ispravci teksta i vraćanju rada.