

Zagreb, 2014
Med Fam Croat
Vol 22
No 2
1-86

Medicina Familiaris Croatica



UDK 61:36.058
ISSN 1330-1527

ČASOPIS HRVATSKE UDRUŽBE OBITELJSKE MEDICINE

IZVORNI RADOVI

Učinkovitost primarne
zdravstvene zaštite: u spomen na
Barbaru Starfield

Pivo je hrana, zar ne?

Alkoholizam – zaboravljena
dijagnoza u obiteljskoj medicini

Regionalne razlike u patronažnoj
djelatnosti u RH, 1995. - 2012. g.

Koje smo lijekove najčešće
propisivali u 2012. godini?

Uloga liječnika obiteljske
medicine u zdravstvenoj
zaštiti žena - EU iskustva

Pobol školske djece registriran u
obiteljskoj medicini u 2013. g.

PREGLEDI

Vasco da Gamma Movement
Lisabonska deklaracija

PRIKAZ NOVE LITERATUREI

OSCE/OSKI .

Svi smo svojim putem pošli
Odrastati (ni) je lako, zar ne?

NAJAVE

XXII. Kongres liječnika
obiteljske medicine



IZDAVAČ

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

VIJEĆE ČASOPISA – EDITORIAL COUNCIL
MEDICINA FAMILIARIS CROATICA

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

GLAVNI UREDNIK – EDITOR IN CHIEF

Rajka Šimunović

10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili
10001 Zagreb, P.P.509

tel. +385 (034) 271 494,

fax. +385 (034) 312 285

E-mail: branko.simunovic1@po.t-com.hr

TAJNIK-SECRETARY

Zlata Ožvačić

10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili
10001 Zagreb, P.P.509

tel. +385 (01) 2902 495, fax. +385 (01) 2902 495

**UREĐIVAČKI ODBOR -
EDITORIAL BOARD**

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

**GRAFIČKI UREDNIK –
GRAPHICAL EDITOR**

Alma Šimunec-Jović

**UMJETNIČKI SAVJETNIK –
ART CONSULTANT**

Hrvoje Vuković

FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI:

Tomislav Huha

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 3**IZVORNI RADOVI**

Učinkovitost primarne zdravstvene zaštite: u spomen na
Barbaru Starfield 5
Mladenka Vrcić Keglević

Pivo je hrana, zar ne?
Utjecaj promocije piva na pijeње mladih
Josipa Glavaš, Mirjana Rumboldt 17

Alkoholizam – zaboravljena dijagnoza u obiteljskoj medicini
Mirica Rapić, Mladenka, Vrcić Keglević 25

Regionalne razlike u patronažnoj djelatnosti u RH,
period 1995. - 2012. godine. ...
Zvonimir Bendeković, Dobrislav Šimić,
Mladenka Vrcić Keglević 33

Koje smo lijekove najčešće propisivali u 2012. godini?
Željko Vojvodić, Mladenka Vrcić Keglević 42

Uloga liječnika obiteljske medicine u zdravstvenoj
zaštiti žena - EU iskustva
Renata Pavlov, Mladenka Vrcić- Keglević 53

Pobol školske djece registriran u obiteljskoj medicini u
2013. godini
Gordana Prljević, Martina Menegoni 62

OSVRTI

Medicinska etika
Pripremla Tamara Bosak 71

Stari ljudi
Pripremla Tamara Bosak 72

PREGLEDI

Vasco da Gamma Movement – prvih 10 godina
Pripremla Ivana Babić, Vlatka Hajdinjak Trstenjak 73

Lisabonska deklaracija
Pripremla Vlatka Hajdinjak Trstenjak 76

PROVJERIMO SVOJE ZNANJE

Pripremila Suzana Kumbrija 77

PRIKAZ NOVE LITERATURE/ KNJIGA

OSCE/OSKI 79

Svi smo svojim putem pošli 80

Odrastati (ni) je lako, zar ne? 81

IZVJEŠĆA

HUOM Split 2014. 82

WONCA 2014. Lisabon 2014. 83

Sarajevo 2014. 85

NAJAVE

XXII. Kongres liječnika obiteljske medicine..... 86



Uvodna riječ

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić Keglević

Ovaj broj *Medicine Familiaris Croatica* smo posvetili Barbari Starfield, osobi koja je, iako po struci pedijatar, posvetila sve svoje profesionalno vrijeme i energiju dokazujući važnost primarne zdravstvene zaštite (PZZ) u cjelokupnom zdravstvenom sustavu. Prvi rad je upravo temeljen na rezultatima njezinih istraživanja, istraživanjima njezinih suradnika i drugih istraživača kojima je ona služila kao uzor i inspiracija. PZZ je ona shvaćala u širem kontekstu, ovisno o organizacijskoj shemi pojedinih zemalja, ali prvenstveno je mislila na obiteljsku medicinu, koja je u većini razvijenih zemalja jedini nosilac. Dokazi o učinkovitosti PZZ navedeni u radu, te velik broj literaturnih navoda, mogu poslužiti svim zainteresiranim kolegama, prvenstveno za podizanje motivacije i samosvijesti da radimo nešto važno, ali i kao objektivni argumenti u našim brojnim „borbama s vjetenjačama“. Kolika je važnost PZZ s jedne strane, a kolika je bojazan da će se to „urušiti“, pokazuje u Lisabonu potpisana Deklaracija o PZZ koja je upućena vladama svih Europskih zemalja, a čiji je prijevod također publiciran u ovom broju.

Ostali radovi su naš doprinos, prvenstveno poznavanju samih sebe, ali i razmišljanju o tome kuda dalje. U radu o trendovima pobola od bolesti koje nastaju kao posljedica prekomjernog pijenja alkohola trebali bi se prvenstveno upitati: „Zar se stvarno broj tih poremećaja u populaciji smanjuje?“ Ili smo možda „zaboravili“ da taj problem postoji, pa niti ne uočavamo promjene na našim pacijentima, a možda ih štedimo (ili sebe)

„neugodnih“ pitanja? Ili smo možda doživjeli pivo kao hranu, kao što je prikazano u radu kolegica iz Splitske grupe. Uz ovaj rad je neposredno povezan i rad o tome koliko se brinemo o školskoj djeci. Od 1998. godine, školska djeca su naši pacijenti, a odgovori na pitanje proizlaze iz rada o pobolu školske djece registrirane u obiteljskoj medicini. Je li moguće da i kod njih ne uočavamo probleme prisutne u drugim zemljama, kao što su mentalni problemi ili poremećaji hranjenja kao što je debljina. Malo je vjerojatno da su naši mladi ljudi iznimka. Vjerojatnije je da ih mi još nismo „prigrlili“ kao svoje pacijente i još uvijek računamo da će to odraditi netko drugi. Uz mlade ljude povezani su i prikazi dvaju priručnika o njihovom rizičnom ponašanju, a osobito o odgovornom spolnom ponašanju. Prikaz kao i same priručnike bi bilo vrijedno pročitati jer nas ponovno upozoravaju da ne čekamo da se problemi pojave, nego da aktivno pristupimo problemu rizičnog ponašanja mladih ljudi.

Također je interesantno naše „ogledalo“ kada su u pitanju najpropisivaniji lijekovi. Zašto sam najčešće koristio baš taj lijek, kada znam da su i drugi jednako učinkoviti, pitanje je za svakog od nas, pred ogledalom i to dva puta dnevno. Kakvo je stanje s našim najbližim suradnicima, patronažnoj djelatnosti, osobito u nekim županijama, ne bi nas smjelo ostaviti ravnodušnima jer naši uspjesi ili neuspjesi su usko povezani. Tu je također i rad koji pokazuje da je PZZ u zemljama EU, za razliku od nas, u najvećem slučaju integrirana. Naši kolege

su „kompletni“ liječnici i ženama koje su ih odabrale, a vjerojatno i djeci, što će istražiti u budućem istraživanju. Zašto ne iskoristiti ove činjenice u „borbi s vjetrenjačama“, prvenstveno radi boljeg ženskog zdravlja, ali i zbog „ponižavajućeg“ kažnjavanja, kada smo nešto učinili za svoju pacijenticu.

Radovi koji su aktualni baš u ovom trenutku je prikaz primjera pacijentice u kojem su prisutne moralne dileme liječnika, te esej o kompleksnosti pristupa starijim ljudima. Za mlađe kolege svakako je važan i rad o Vasco de Gamma Projektu razmjene kolega specijalizanata i „mladih“ specijalista obiteljske medicine. Bilo bi lijepo širiti horizonte, vidjeti kako to rade drugi. Iz osobnog iskustva vam mogu potvrditi da je lijepo imati prijatelje, ili barem dobre poznanike, svugdje u svijetu. Vidiš da nisi sam, da i drugi ljudi imaju slične uspjehe i dileme. Također skrenite pozornost

na izvještaje s kongresa, imali smo puno prezentacija, ali smo se i lijepo družili. Na kraju, ali ne i manje važno, uobičajeni je test s deset pitanja i ponuđenim odgovorima. Ispuniti ga i usporediti se s kolegama uvijek je izazov, koliko god bili iskusni.

Ovo je također poziv kolegama da se uključe i u aktivnosti Zaklade za razvoj obiteljske medicine te da se priredimo za nadolazeća domaća i međunarodna zbivanja. Jedna grupa entuzijasta već radi, radovi publicirani u ovom broju časopisa su njihovi radovi, a nastali pod pokroviteljstvom Zaklade, deset prezentacija smo imali na WONCA kongresu u Lisabonu, i dvije na Sarajevskom kongresu. Još je veća potreba za radovima, jer smo domaćini WONCA Rural kongresu u Dubrovniku 2015. a i prijava za WONCA Europe konferenciju je blizu, a Istanbul nije daleko i prekrasan je grad.

UČINKOVITOST PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE: U SPOMEN NA BARBARU STARFIELD

EFFECTIVENESS OF PRIMARY HEALTH CARE: IN MEMORY OF BARBARA STARFIELD

Mladenka Vrcić Keglević

Sažetak

Rad je posvećen Barbari Starfield i u njemu su prezentirani radovi nje i njezinih suradnika, te radovi koji su bili njima inspirirani. Prikazani su rezultati istraživanja učinaka primarne zdravstvene zaštite (PZZ) na zdravstvene pokazatelje i učinaka pojedinih karakteristika PZZ-a na kliničke ishode kod individualnih bolesnika. Također su prezentirani rezultati o utjecaju broja liječnika PZZ-a, osobito obiteljske medicine, na zdravstvene pokazatelje. Na kraju je napravljena poveznica sa sadašnjim stanjem primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. Lista citirane literature je neobično dugačka, s ciljem da se kolegama nađe pri ruci.

Ključne riječi: učinkovitost, primarna zdravstvena zaštita, Barbara Starfield

Summary

This short review article is dedicated to the memory of Barbara Starfield who passed away two years ago. It is mainly based on the results of her work and the work of her collaborators as well as of the works by other authors inspired by Barbara. The results of primary health care (PHC) effectiveness on population health care indicators as well as on the individual patients health were presented. Results on the role of the number of PHC doctors, especially family doctors, are also presented. A short analysis of Croatian situation in the light of Barbara's works was presented at the end of the article, together with the long list of references which will help the colleagues interested in her work.

Key words: Effectiveness, primary health care, Barbara Starfield, Croatian situation

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić Keglević, doktor medicine, specijalist obiteljske medicine.
Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, Zagreb; e-mail: mvracic@zzrom.org

Uvod

Rad je posvećen Barbari Starfield povodom dvogodišnjice smrti. Poznata američka pedijatričica (1932. - 2011.) bila je među prvima koja je sa suradnicima započela sustavno istraživati osobine primarne zdravstvene zaštite (PZZ) i njene učinke na zdravlje populacije. Budući da je rad posvećen njoj, u prikazu dokaza o učinkovitosti PZZ, primarno su korištena njezina istraživanja i istraživanja njezinih suradnika s John Hopkins univerziteta, ali i istraživanja koja su, sadržajno ili metodološki, povezana s njihovim radovima. Sukladno poimanju Barbare Starfield i njezinih suradnika, Svjetske zdravstvene organizacije, WONCA-e i Europskog foruma za PZZ, pod PZZ-om se prvenstveno podrazumijeva opća/obiteljska medicina. Međutim, u izučavanju su uzeti u obzir i drugi organizacijski modaliteti izvanbolničke zdravstvene zaštite, prisutni u drugim zemljama koji su utemeljeni na liječnicima koji pružaju sveobuhvatnu i kontinuiranu zaštitu svim ili pojedinim grupama populacije¹⁻⁵.

Učinci PZZ-a na zdravstvene pokazatelje

Krajem 80. godina prošlog stoljeća, Barbara Starfield i suradnici napravili su prva usporedna istraživanja o karakteristikama PZZ-a, pretežno u europskim zemljama, uključujući i bivšu Jugoslaviju, a podaci su prikupljeni iz službenih izvora i u razgovoru sa stručnjacima. O utjecaju na zdravlje populacija zaključivano je na temelju usporedbe karakteristika PZZ-a i zdravstvenih pokazatelja u pojedinim zemljama^{6,7}. Neke od karakteristika su pokazale snažniju, a neke manju povezanost sa zdravstvenim pokazateljima. Temeljem tih istraživanja, dizajniran je instrument za mjerenje razvijenosti i funkcioniranja, u ovom radu nazvan kvaliteta PZZ-a. Dvije dimenzije su obuhvaćene instrumentom: struktura, odnosno karakteristike zdravstvenog sustava unutar kojeg PZZ funkcionira, i proces funkcioniranja same PZZ.

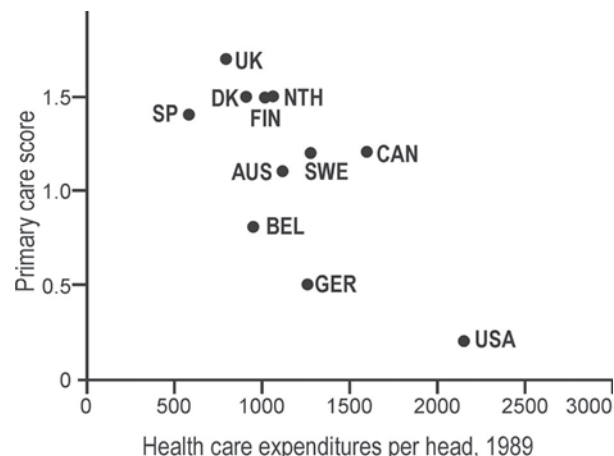
Nekoliko je verzija instrumenta testirano, ali uz manje varijacije, najčešće su se koristile ove osobine: financiranje, stupanj novčane participacije pacijenata, raspodjela ustanova i ordinacija unutar zemlje, tip liječnika koji rade u PZZ-u te postotak tih liječnika i njihove zarade u odnosu na specijaliste kliničare^{1,6,8,9}. Financiranje zdravstvenog sustava je korišteno kao mjera dostupnosti. Ocjenjivalo se u odnosu na postojanje općeg zdravstvenog osiguranja, pri čemu je Beveridgeov model financiranja, zbog toga što je temeljen na izdvajanjima iz budžeta, kojeg ravnomjerno pune svi građani, imao prednost pred Bismarckovim modelom, u kojem izdvajaju samo oni koji privređuju. Nepostojanje modela općeg zdravstvenog osiguranja, privatno, osobno financiranje zdravstvene zaštite ili dobrovoljna zdravstvena osiguranja profitnog karaktera su ocijenjena kao činjenice koje bi mogle pridonijeti nedostupnosti sustavu. Sudjelovanje pacijenata u troškovima PZZ-a, također je procijenjeno kao potencijalna prepreka dostupnosti. Ravnomjerna raspodjela ordinacija i liječnika PZZ-a diljem zemlje bila bi garancija jednake dostupnosti PZZ-a populaciji. Jedan tip liječnika, osobito generalista, liječnika opće/obiteljske medicine, je procijenjen kao najbolja opcija za PZZ, jer je osposobljen za provođenje svih oblika zdravstvene zaštite i rješavanje svih problema pojedinog pacijenta. Omjer liječnika PZZ-a i njihovi prihodi u odnosu na kliničke specijaliste korišteni su kao mjerilo orijentacije jedne zemlje prema PZZ-u: što je veći njihov broj ili veći prihodi, to je status PZZ-a unutar zemlje ocijenjen povoljnijim.

Kao karakteristike procesa rada, odnosno načina funkcioniranja PZZ-a, najčešće su korištene longitudinalnost, sistem upućivanja, sveobuhvatnost, koordiniranost, te orijentiranost obitelji u lokalnoj zajednici. Dugotrajni odnos liječnika i pacijenta se pokazao kao važan indikator kvalitete, a najčešće je mjeren postojanjem liste pacijenata, temeljenom na principu slobodnog izbora ili teritorijalnom ustroju ordinacija. Postojanje sustava upućivanja je ocijenjeno kao vrijedna karakteristika PZZ-a,

jer se smatra garancijom da će najveći broj zdravstvenih problema biti riješen u PZZ-u. Sveobuhvatnost u rješavanju svih zdravstvenih problema pacijenta na jednom mjestu i od jednog liječnika također se pokazala kao mjerilo kvalitete PZZ-a, uz sveobuhvatnost preventivnih, kurativnih i rehabilitacijskih postupaka. Koordinacija s drugim dijelovima zdravstvene zaštite, temeljena barem na medicinskoj dokumentaciji, a još bolje na postojanju dogovora o podjeli poslova, pokazala se također važnom sastavnicom kvalitete. Usmjerenost prema obitelji, osobito kad su svi članovi obitelji u skrbi jednog liječnika, bila bi garancija rješavanja problema unutar konteksta u kojem pacijent živi. Ta karakteristika bi bila još kvalitetnija ukoliko bi bila prisutna i orijentiranost lokalne zajednice, planiranje zdravstvene zaštite sukladno potrebama zajednice, uz sudjelovanje same zajednice u tim procesima. Zbrajanjem ocjena za pojedinu karakteristiku te dijeljenjem s brojem karakteristika dobiven je prosječan indeks kvalitete PZZ-a^{1,6,8,9}.

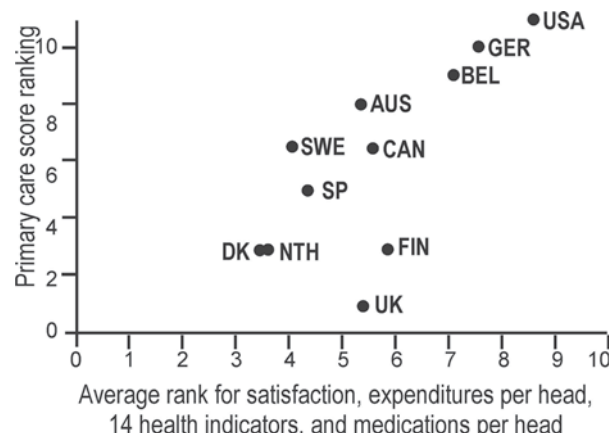
U istraživanju Barbare Starfield iz 1994. godine, indeksi kvalitete PZZ-a su uspoređeni sa zdravstvenim pokazateljima 11 razvijenijih zemalja: Australije, Belgije, Danske, Finske, Kanade, Njemačke, Nizozemske, Španjolske, Švedske, SAD i Velika Britanije. Indeksi kvalitete za pojedine zemlje su napravljeni na temelju literaturnih podataka i intervjua s istaknutim ekspertima u pojedinim zemljama. Za svih 11 zemalja dobiveni su podaci o 14 zdravstvenih indikatora na temelju podataka OECD-a, WHO-a, US National Center for Health Statistics i Center for Disease Control. Na sl. 1 i 2 prikazani su neki od rezultata tog istraživanja^{1,6}. Najbolji indeks kvalitete, uz najmanje troškove u 1989. godini imala je Velika Britanija, a najlošiji indeks kvalitete uz najveće zdravstvene troškove SAD (sl. 1).

Veće zadovoljstvo pacijenata, manje troškove po stanovniku, manje troškove za lijekove, a bolje pokazatelje za 14 indikatora zdravlja imale su zemlje koje su na ljestvici indeksa kvalitete PZZ-a bile bolje rangirane (sl. 2).



Slika 1. Usporedba indeksa kvalitete PZZ-a i zdravstvene potrošnje (Starfield B. Lancet 1994;344:1130-3): ordinata pokazuje rastući indeks kvalitete PZZ, apscisa troškova po osobi.

Table 1. Comparison of quality index in PHC and health care expenditures, ordinate showing increasing quality index in PHC and abscissa expenditures per person



Slika 2. Usporedba indeksa kvalitete PZZ-a (ordinata: zemlje rangirane prema 1 – najbolji indeks, 11 – najlošiji) i zadovoljstva pacijenata, troškovi po stanovniku, troškovi na lijekove po stanovniku i 14 zdravstvenih pokazatelja (apscisa - Starfield B. Lancet 1994;344:1130-3).

Table 2. Comparison of quality index in PHC (ordinate – countries ranked according to: 1 – best index, 11 – worst) and patients' satisfaction, expenditures per head, drug expenditures per head and 14 health indicators

Zdravstveni indikatori bili su: postotak novorođenčadi s niskom porođajnom težinom, ukupni mortalitet djece, očekivano trajanje života za muškarce i žene s 1, 20, 65 i 80 godina te očekivano trajanje života, standardizirano prema dobi te godine izgubljene preranom smrću.

Slično istraživanje je provedeno u 13 razvijenih zemalja. Zemlje s kvalitetnijom PZZ su imale bolje zdravstvene indkatore i nakon što se isključio utjecaj prihoda. Osobito su bili bolji kada je u pitanju neonatalni letalitet i porodi djece s niskom porođajnom težinom. Zemlje s nižim indeksom PZZ-a imale su sve indikatore lošije, uključujući i indikator o potencijalno izgubljenim godinama života zbog suicida. Karakteristike PZZ-a u zemljama s višim indeksom, bile su sveobuhvatnost (komprehenzivnost) i orijentacija prema obitelji. U zemljama s višim indeksom uvijek su bile prisutne ravnomjerna distribucija ordinacija i liječnika, opća dostupnost zdravstvenog osiguranja i populaciji prihvatljiva razina sudjelovanja u troškovima PZZ-a⁹.

Mnogokompleksnije istraživanje, s desetogodišnjim praćenjem (1975., 1985., 1995.) provedeno je u 18 OECD zemalja (pored već nabrojanih 11, uključene su i Francuska, Grčka, Italija, Japan, Norveška, Portugal i Švicarska). Rezultati su pokazali da su zemlje s većim indeksima kvalitete PZZ imale manje stope općeg i specifičnih mortaliteta. Također su potencijalno izgubljene godine života bile manje. Ova mjera prijevremenog mortaliteta koji bi se mogao spriječiti adekvatnim intervencijama bila je manja za astmu, KOPB, cerebrovaskularne bolesti, ishemijsku bolest srca i pneumoniju. Ove karakteristike su se pokazale značajne i nakon isključivanja različitih varijabli povezanih uz zdravstveni sustav i karakteristike populacije. Povećanje indeksa za 5 bodova na skali od 20 bodova, moglo bi dovesti do 6,5% smanjenja mortaliteta od astme i KOPB-a ili 15% smanjenja srčanih bolesti. Ovo je istraživanje također pokazalo i smjer razvoja PZZ-a u pojedinim zemljama. One koje su imale visok indeks u 1975., zadržale su

taj indeks i u 1995. godini. Španjolska je zbog reformi provedenih nakon 1980-ih, prešla u grupu zemalja s višim indeksom. Jedino je u Njemačkoj indeks opao, najvjerojatnije zbog uvođenja dosta visoke participacije u troškovima PZZ-a. Broj liječnika PZZ-a na 10 000 stanovnika pokazao se važnom neovisnom varijablom; veći broj liječnika pridonosio je manjim stopama općeg i specifičnih mortaliteta¹⁰.

Učinci broja liječnika PZZ-a na zdravlje populacije

Kao što je prikazano u prethodnom istraživanju, broj liječnika PZZ-a na populaciju je imao neposredne učinke kao neovisna varijabla i posredne kao jedna od karakteristika PZZ-a. Kao mjera pokrivenosti populacije, u studijama se koristio broj liječnika PZZ-a na 10 000 stanovnika. Studije s početka 90-ih godina provedene u SAD-u pokazale su da savezne države s većim brojem liječnika PZZ-a u odnosu na populaciju, imaju bolje zdravstvene pokazatelje, uključujući niže stope općeg mortaliteta, mortaliteta od srčanih i cerebrovaskularnih bolesti, raka, mortaliteta dojenčadi, te manji broj novorođenčadi s niskom porođajnom težinom i bolje pokazatelje subjektivnog osjećaja zdravlja. Učinak je bio značajan i kad su isključeni potencijalni utjecaji socijalno-ekonomskog statusa i rizična ponašanja^{11,12}. Vogel i Ackerman su pokazali da je veći broj liječnika PZZ-a na broj stanovnika bio povezan i s dužim životnim vijekom populacije¹³.

U drugim istraživanjima se uspoređivao učinak broja liječnika PZZ-a na zdravlje populacije u odnosu na čimbenike koji bi također mogli biti važni. Shi i suradnici su pokazali da je za učinke jednako važno i ekonomsko stanje populacije mjereno godišnjim prihodom. I pušenje je bilo važno, ali se broj liječnika pokazao važnijim¹⁴. Shi i Starfield su pokazali da je, pored drugih čimbenika s potencijalnim učinkom, kao što su spol, dob, rasa, edukacija, zaposlenost, primanja, status osiguranja, subjektivni status dobrog fizičkog

zdravlja i pušenje, broj liječnika u PZZ-u i dalje bio najvažniji¹⁵. Dodatnim je ispitivanjima dokazano da je broj liječnika obiteljske medicine bio značajno važniji nego broj općih internista ili pedijatar, koji su u SAD-u, također liječnici PZZ-a. Štoviše, broj specijalista bio je obrnuto razmjern zdravstvenim pokazateljima^{16,17}. Istraživanje smrtnosti od karcinoma grlića maternice u Floridi je pokazalo da se povećanjem samo za jednog LOM-a na 10 000 stanovnika, mortalitet smanjuje za 0,65 na 100 000, odnosno da bi povećanje broja LOM-a za jednu trećinu dovelo do 20% smanjenja smrtnosti od karcinoma cerviksa. Sličan učinak je zamišljen i za broj općih internista, ali ne i za broj ginekologa¹⁸! Učinak broja liječnika PZZ-a na opći mortalitet, temeljen na sustavnom pregledu i ponovnoj analizi objavljenih radova, pokazao je da povećanje za jednog liječnika na 10 000 stanovnika dovodi do smanjenja mortaliteta za 5,3% ili prevenira 49 smrti na 100 000 stanovnika¹⁹.

Da je broj liječnika PZZ-a važan za zdravstvene pokazatelje pokazala su istraživanja i u drugim zemljama. U Engleskoj je standardizirana smrtnost u dobi od 15 do 65 godina bila niža u područjima gdje je broj LOM-a veći. Svako povećanje za jednog liječnika na 10 000 stanovnika (što zapravo znači povećanje broja liječnika za 15-20%) je povezano s padom mortaliteta za oko 6%²⁰. Kasnije studije su pokazale da je broj LOM-a povezan s nižim stopama općeg mortaliteta, mortaliteta od akutnog infarkta miokarda, preventabilnog mortaliteta, akutne hospitalizacije i adolescentne trudnoće. Učinak je manji kada se uzmu u obzir i druge varijable, socijalno-ekonomska deprivacija i veličina obitelji, što su autori protumačili i utjecajem drugih karakteristika PZZ-a, a ne samo brojem LOM-a²¹. U radu iz 1999., Jarman je pokazao da hospitalni mortalitet više ovisi o broju LOM-a, nego o broju bolničkih liječnika na 100 bolničkih kreveta²².

Utjecaj pojedinih osobitosti PZZ-a na zdravstvene ishode

Budući da broj liječnika PZZ-a u odnosu na broj stanovnika ne mora automatski značiti i dostupnost, odnosno da su pacijenti i koristili te liječnike, istraživana je i povezanost pojedinih karakteristika PZZ-a sa zdravstvenim pokazateljima bolesnika. Francks i Fiscela su pokazali da su ljudi koji su uvijek posjećivali svog osobnog liječnika PZZ-a, što predstavlja mjerilo kontinuiteta, imali manji petogodišnji mortalitet za razliku od ljudi koji su posjećivali kliničke specijaliste, neovisno o njihovim socijalno ekonomskim razlikama²³. Populacija SAD-a koja se liječila u regionalnim domovima zdravlja kod svojih liječnika PZZ-a, bila je zdravija od populacije koja je po socijalno-ekonomskom statusu identična, ali se liječila kod liječnika drugačijeg statusa, kao što su privatni liječnici i klinički specijalisti u bolnicama²⁴. Uloga kontinuiteta se pokazala važnom i u istraživanju seoske populacije koja se liječila u mjesnim domovima zdravlja. Veći broj preventivnih zahvata, Papa testova unatrag tri godine, antipneumokoknog cijepljenja te manje djece s malom porođajnom težinom je bilo u populaciji koja se liječila u najbližim domovima zdravlja²⁵.

Slična je situacija nađena i u drugim zemljama. U Španjolskoj su, 1980-ih godina provedene reforme s ciljem jačanja PZZ-a, prvenstveno otvara-njem domova zdravlja. Nakon deset godina je napravljena evaluacija. Smrtnost povezana s hipertenzijom i cerebrovaskularnim inzultom bila je manja u onim regijama u kojima su reforme prve počele i bile uspješnije. Zamišljen je čak i niži mortalitet od karcinoma pluća²⁶. Kanadska djeca koju su na tonzilektomiju upućivali njihovi liječnici PZZ-a imala su manje postoperativnih komplikacija, manje dišnih bolesti, manje upala srednjeg uha nakon operacije u odnosu na djecu koji su direktno išla specijalistima i na temelju njihovog mišljenja bila tonzilektomirana. Izgleda da liječnici PZZ-a mogu, na temelju kontinuiranog poznavanja bolesnika donijeti ispravniju odluku o

potrebi tonzilektomije²⁷. Slična je situacija nađena u Kostariki i Kubi, zemljama koje su provele značajne reforme PZZ-a. Mortalitet dojenčadi u tim zemljama je znatno manji od ostalih zemalja Latinske Amerike, a na Kubi bolji i od SAD-a²⁸⁻³⁰. Lambrew i suradnici su pokazali da je veća vjerojatnost provedbe mamografije ili Papa testa u žena koje imaju svoga stalnog liječnika PZZ-a³¹. U Kanadi je dokazana i veća vjerojatnost mjerenja arterijskog tlaka³². Hjortdhal i suradnici pokazali su da je kontinuitet važan i za uštedu na sredstvima; manji je utrošak vremena bio kod onih pacijenata koje su liječnici pratili kroz duži vremenski period, 10 puta je manje napravljeno dijagnostičkih testova, a bilo je manje i propisivanja lijekova³³. Također je pokazano da će pacijenti prije dobiti predviđene preventivne mjere ako je isti liječnik zadužen i za provođenje kurative, što govori u prilog sveobuhvatnosti^{34,35}.

I osobni doživljaj kvalitete PZZ-a se pokazao povezanim sa zdravstvenim ishodima. Pacijenti koji su svoju PZZ doživljavali boljom osjećali su se zdravijima (samoprocjena) i manje su bolovali od depresije u odnosu na ljude koji su PZZ doživljavali manje kvalitetnom³⁶. Slična situacija nađena je i u Brazilu: kvalitetnija PZZ znači bolji subjektivni osjećaj zdravlja, čak i u slučaju djece^{37,38}.

Utjecaj karakteristika PZZ-a na zdravstvene nejednakosti

Nejednakosti u zdravstvenoj zaštiti prisutne u mnogim razvijenim, a osobito u nerazvijenim zemljama, prepoznate su kao važna prepreka u postizanju ciljeva „Zdravlja za sve“ i „Razvojnih ciljeva SZO-a“. Međutim, istraživanja su pokazala da se nejednakosti mogu umanjiti i kroz razvijenu PZZ. Područja s dobro razvijenom PZZ u kojima su prisutne velike razlike u prihodima imala su za 17% niži neonatalni mortalitet od istih područja u kojima PZZ nije bila dobro razvijena. Cerebrovaskularni mortalitet je bio za 2% manji u područjima s razvijenom PZZ³⁹. Također, ljudi koji

žive u područjima s velikim razlikama u zaradi, imaju 33% veću vjerojatnost da će imati nižu razinu osobne percepcije zdravlja ako PZZ nije dobro razvijena⁴⁰. Rasne nejednakosti u zdravlju između afroamerikanaca i bijelaca manje su u onim područjima gdje je prisutan veći broj liječnika PZZ-a. Učinak je bio znatno veći na afroameričku nego na bjelačku populaciju⁴¹. U Velikoj Britaniji, gdje je zdravstvena zaštita jednakomjerno dostupna cjelokupnoj populaciji, postotak amputacija nogu, kao komplikacije dijabetesa, u crnačkoj populaciji je identičan onoj u bjelačkoj, dok je taj postotak u crnačkoj populaciji SAD-a dva do tri puta veći^{42,43}.

U nerazvijenim zemljama je mnogo primjera gdje su uz pomoć PZZ-a smanjene zdravstvene nejednakosti između bogatijih i siromašnijih slojeva. Smrtnost djece u Meksiku smanjila se u onim područjima gdje je PZZ bila razvijenija, gdje su djeca posjećivala javne domove zdravlja i gdje se o njima brinuo jedan liječnik PZZ-a⁴⁴. Područja Bolivije u kojima je PZZ smještena u lokalnoj zajednici imala su manji mortalitet djece mlađe od 5 godina u odnosu na cjelokupni dječji mortalitet⁴⁵. Širenjem mreže domova zdravlja u Kostariki je taj učinak bio još veći. Procjenjuje se da je dojenački mortalitet smanjen za 40-75%, a mortalitet odraslih za 4%. Analizirajući prevenciju dječje smrtnosti, Jones je zaključio da se 63% tog mortaliteta može prevenirati ako bi se u nekoj zemlji ideja PZZ-a u potpunosti primijenila⁴⁶.

Novija istraživanja

U zadnjem objavljenom radu Barbara Starfield navodi rezultate novijih istraživanja koji, s različitih aspekata i uz pomoć drugačije metodologije, ukazuju na učinkovitost PZZ-a na zdravlje populacije⁴⁷. Navest ćemo samo neke od njih.

Rohde i suradnici su uspoređivali zdravstvene pokazatelje u 90 zemalja s bruto nacionalnim dohotkom manjim od 10 000 \$. U 30 zemalja provedene su reforme s ciljem jačanja pozicije PZZ-a, a u 14 razvoja sveobuhvatne PZZ. Tih 14

je postiglo značajno niži mortalitet djece ispod 5 godina, uz poboljšanje indikatora jednakosti u zdravlju i ravnomjernijoj distribuciji zdravstvene zaštite⁴⁸. Uspoređujući Kanadu i SAD, Starfield je pokazala da je 12 od 14 ispitivanih indikatora zdravlja bilo bolje u Kanadi koja je nakon 1970-ih ojačala ulogu PZZ-a u zdravstvenom sustavu⁴⁹. Sistematska analiza 38 studija o kvaliteti zbrinjavanja bolesnika s različitim kliničkim problemima pokazala je da se to radi kvalitetnije u Kanadi⁵⁹. Na primjer, stopa preživljavanja od karcinoma dojke bila je pod izrazitim utjecajem niskog socijalno-ekonomskog statusa žena u SAD, ali taj faktor nije imao utjecaja na preživljavanje u Kanadi. Osobito su veće bile stope preživljavanja Kanadanki mlađih od 65 godina; u SAD-u je opće zdravstveno osiguranje dostupno samo ljudima preko 65 godina.

Shi i suradnici su izračunali da bi povećanje jednog liječnika u PZZ-a u SAD-u na 10 000 stanovnika dovelo do smanjenja dojenačkog mortaliteta za 2,5%, a djece rođene s niskom porođajnom težinom za 3,2%⁵¹. Smanjenje specifičnog mortaliteta u odnosu na pojedine bolesti kretalo bi se između 2% i 6%. Učinak je mnogo značajniji u afro-američkoj nego u bijeloj populaciji zbog nedostatka PZZ-a u prvih^{52,53}. U urbanoj populaciji, a u SAD-u je oko 80% stanovnika urbana populacija, povećanje za jednog liječnika u PZZ-u na 10 000 stanovnika dovelo bi do 6% manje hospitalizacija, 5% manje specijalističkih pregleda i 10% manje posjeta hitnim službama⁵⁴. Istraživanje profila liječnika PZZ-a je pokazalo, da su odrasli i djeca koji se liječe kod obiteljskog liječnika, a ne kod općeg interniste ili pedijatra, imali manje troškove zdravstvene zaštite, manje posjeta, 25% manje propisanih lijekova, a zdravstvena zaštita, prema njihovoj percepciji, bila im je dostupnija⁵⁵. Prema istraživanjima provedenim u Australiji, broj hospitalizacija zbog ambulantno lječivih bolesti, stanja koja bi se uspješno mogla liječiti i u PZZ-u, znatno je manji u ljudi koji su imali bolji pristup PZZ-u i koji su je ocijenili kvalitetnijom⁵⁶. Chety je pokazao da je broj ponovno hospitaliziranih pacijenata zbog pneumonije,

infarkta miokarda i srčane insuficijencije unutar 30 dana od prethodnog otpusta, bio negativno povezan s brojem obiteljskih liječnika; što je njihov broj veći to su hospitalizacije niže. Naprotiv, povećanje broja kliničkih specijalista dovelo je do većih stopa ponovnih hospitalizacija. Jedan LOM više na 1000 stanovnika SAD doveo bi do smanjenja ponovnih hospitalizacija zbog navedenih bolesti za 5-8%, što bi dovelo do uštede od 12,7 milijuna dolara. Kada bi se radio izračun za sve bolesti, uštede bi iznosile i do 90 milijuna. Uštede bi bile znatno veće kada bi se broj LOM-ova povećao na 10 /10 000 (u nas je oko 5,5)⁵⁷. Studije u Kanadi su pokazale sličan učinak. Djeca od 0 do 17 godina, iz dijelova s dobro razvijenom PZZ i boljom dostupnošću imala su više preventivnih posjeta, manje korištenje hitne službe, manje hospitalizacija zbog akutnih ili kroničnih bolesti. U Ontariju, gdje ima najmanje 7 LOM-a na 10 000 stanovnika, žene imaju veću šansu ranog otkrivanja karcinoma dojke i stopa preživljavanja je veća nego u područjima gdje je taj broj manji. Pretpostavlja se da je gubitak LOM-a u Ontariju tijekom 1990-ih doprinio smanjenju stopa preživljavanja^{58,59}. Slična je situacija nađena i u Velikoj Britaniji⁶⁰.

I u slabije razvijenim zemljama uočeni su slični pokazatelji učinkovitosti PZZ-a na zdravlje populacije. Brazil je, nakon 1990. godine uveo opće zdravstveno osiguranje temeljeno na porezima (Beveridge model) i reformu zdravstva s razvojem snažne PZZ. U 15-godišnjem periodu postignuti su značajni rezultati u smanjenju postnatalnog mortaliteta djece do 5 godina, u povećanju korištenja kontraceptiva i stope procijepljenosti, uz bolju antenatalnu zaštitu i smanjenje nejednakosti u zdravlju. Opći i specifični mortaliteti su se smanjili za sve bolesti osim dijabetesa. Oko 5% smanjena je hospitalizacija svih bolesti godišnje, osobito ambulantno lječivih. Istraživanje je pokazalo da su skoro eliminirane vertikalne nejednakosti, da nema razlike između najsiromašnijih i najbogatijih što se tiče korištenja zdravstvene zaštite⁶¹⁻⁶⁴. Slična je situacija nađena u Boliviji i Kostariki^{65,66}. U

Tajlandu, zahvaljujući razvoju ruralnih domova zdravlja, mortalitet djece mlađe od 5 godina znatno se smanjio⁶⁷. Sustavni pregled literature iz 38 nerazvijenih i zemalja u razvoju pokazao je poboljšanje zdravstvenih pokazatelja usporedno s razvojem PZZ^{68,69}.

Kakva je naša situacija?

Iako je na deklarativnoj razini PZZ važan dio našeg zdravstvenog sustava, čini se da situacija nije takva. Ako se pogledaju karakteristike zdravstvenog sustava unutar kojeg funkcionira PZZ, onda neke od njih nisu najpovoljnije. Financiranje zdravstvenog sustava nije ravnomjerno raspoređeno nego je prvenstveno temeljeno na radno aktivnom djelu populacije. Za zdravstveno osiguranje se u 2014. godini izdvaja 15% bruto prihoda radno aktivnog stanovništva. Poljoprivrednici sudjeluju u financiranju zdravstvene zaštite ovisno o katastarskom prihodu, a oni s nižim prihodima su oslobođeni. I umirovljenici s nižim prihodima su oslobođeni, a oni s višim izdvajaju 3% mirovine. Djeca do završenog školovanja, socijalno ugroženi dijelovi populacije kao i nezaposleni oslobođeni su izdvajanja, a nadoknađuju se izdvajanjem iz proračuna⁷⁰. Za razliku od našeg, u dijelu europskih zemalja ne postoje posebna izdvajanja za pokrivanje zdravstvene zaštite, nego se ona financiraju samo iz proračuna. Osim toga, iako su veliki dijelovi populacije oslobođeni, participacija pacijenata je obvezna i nije zanemariva, a to bi moglo utjecati na dostupnost PZZ-a⁷¹. Dopunsko zdravstveno osiguranje kojim je pokrivena participacija očito predstavlja dodatni teret, a dio populacije nema to osiguranje⁷². Ta je činjenica od osobite važnosti u doba ekonomske krize, što će sigurno povećati uočene nejednakosti u direktnom plaćanju zdravstvene zaštite⁷³.

Iako postoji definirana mreža ordinacija u Hrvatskoj, neki pokazatelji upućuju na činjenicu da ona nije popunjena niti slijedi potrebe populacije⁷⁴. Npr. prema popisu ugovorenih LOM-ova u 2014.

godini, dio ordinacija iz mreže nije popunjen⁷⁵. Pored velikog broja pacijenata na listi, prosjek za Hrvatsku u 2010. je bio 1978 pacijenta po jednom LOM-u, uz velike regionalne razlike⁷⁶. Sve ovo čini OM manje dostupnom, osobito u nekim županijama i na selima. Osim toga, mreža se skoro nije mijenjala od 1996. godine. Što se tiče tipa liječnika u PZZ-u, za razliku od većine zemalja EU, pored LOM-a, pedijatri i ginekolozi su njezin sastavni dio. Ovakav sastav PZZ svakako čini manje sveobuhvatnom i manje longitudinalnom. I odnos liječnika koji rade u PZZ-u u odnosu na kliničke specijaliste daleko je od povoljnog; u nas je oko 30:70%, a optimalan omjer bi morao biti iznad 50%⁷⁶.

Kao karakteristike procesa rada, odnosno načina funkcioniranja PZZ-a, longitudinalnost ili trajnost veze pacijenta i liječnika PZZ-a je osigurana kroz obvezu izbora liječnika. Međutim, i tu je obvezu moguće zaobići, što je vidljivo iz velikog broja pregleda u djelatnosti hitne medicinske pomoći ili kroz sada objedinjene hitne bolničke prijeme. Sistem upućivanja koji u Hrvatskoj postoji od 1970-ih godina, također se može izbjeći što je vidljivo iz nerazmjera između broja upućivanja i broja specijalističkih pregleda. Prema izvještajima HZJZ, u 2012. godini je izdano 6 411 958 uputnica, ali je napravljeno 9 795 528 specijalističkih pregleda⁷⁶. Na koji način su pacijenti i bez uputnice koristili specijalističku zaštitu trebalo bi dodatno istražiti. Osim toga, veoma je upitna i koordiniranost sa specijalističkom zaštitom zbog činjenice da ne postoje stručne smjernice o podjeli zadataka između te dvije razine zdravstvene zaštite. Usklađivanje se može postići i protokom informacija o pacijentu između tih razina zaštite. Dok kolege specijalisti u pravilu pišu povijesti bolesti, mi LOM rijetko pišemo uputna pisma u kojima objašnjavamo što se događalo s našim pacijentom i što očekujemo od kolege specijalista. Osim toga, povijesti bolesti su u pravilu naputci, što i kako učiniti.

Činjenica da pacijenti pored LOM-a još biraju ginekologe i pedijatre postavlja pitanje

sveobuhvatnosti. Jedan zdravstveni problem žena rješava se kod LOM-a, a drugi kod ginekologa, bez obzira što je možda uzrok tih, na prvi pogled odvojenih problema, identičan i zahtijeva jedinstveni pristup pri rješavanju. Sveobuhvatnost je također dovedena u pitanje i činjenicom što su najvrijedniji preventivni pregledi za rano otkrivanje karcinoma u djelatnosti zavoda za javno zdravstvo, izvan djelokruga onog liječnika kojeg je pacijent odabrao da se brine za njegovo zdravlje. Iako se u seoskim sredinama najčešće svi članovi jedne obitelji liječe kod jednog liječnika jer nemaju mogućnost izbora, iako mnogi LOM-ovi nastoje imati sve članove obitelji u skrbi, više od 90% obitelji u Hrvatskoj nema svog obiteljskog liječnika⁷⁷. Još je upitnija i orijentiranost PZZ-a prema lokalnoj zajednici, gdje bi se potrebe za zdravstvenom zaštitom pažljivo planirale na toj razini, a članovi te zajednice aktivno bi sudjelovali u provođenju zdravstvene zaštite. Problem je obostran, čini se da ni liječnici PZZ ne misle da je to njihova, važna funkcija, niti lokalna zajednica misli da bi trebala aktivno participirati.

Zaključak

Iako je nedvojbeno znanstveno dokazana učinkovitost PZZ-a, iako PZZ u Hrvatskoj ima dosta vrijednih karakteristika, izgleda da se može još puno toga učiniti na razini planiranja i upravljanja zdravstvenim sustavom, ali i na razini same struke.

Literatura

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
2. The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008.
3. The European definition of general practice / family medicine. – WONCA Europe 2011 edition 2011. Dostupno na: <http://www.woncaeurope.org/content/european-definition-general-practice-family-medicine-edition-2011>
4. European Forum for Primary Care. EFPC at glance. Dostupno na: <http://www.euprimarycare.org/about/efpc-glance>
5. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010;10:65.
6. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. JAMA. 1991; 266:2268–71.
7. Gérvas J, Pérez Fernández M, Starfield BH. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. Fam Pract. 1994; 11:307–17.
8. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994; 344:1129–33.
9. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. 2002; 60:201–18.
10. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. Health Serv Res. 2003;38:831–65.
11. Shi L. The relationship between primary care and life chances. J Health Care Poor Underserved. 1992;3:321–35.
12. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. In J Health Serv. 1994;24:431–58.
13. Vogel RL, Ackermann RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? Int J Health Serv. 1998;28:183–96.
14. Shi L, Starfield B, Kennedy BP, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. J Fam Pract. 1999;48:275–84.
15. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. Int J Health Serv. 2000;30:541–55.
16. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Politzer R. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985–1995. Stroke. 2003;34:1958–64.
17. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US counties: a comparison of urban and non-urban areas. Public Health. 2005;119:699–710.

18. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med*. 2003;35:60–4.
19. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv*. 2007;37:111–26.
20. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *J Publ Health Med*. 2002;24:252–4.
21. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Serv Res*. 2004;4:12.
22. Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A i sur. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ*. 1999;318:1515–20.
23. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract*. 1998;47:105–9.
24. O'Malley AS, Forrest CB, Politzer RM, Wulu JT, Shi L. Health center trends, 1994–2001: what do they portend for the federal growth initiative? *Health Aff*. 2005;24:465–72.
25. Regan J, Schempf AH, Yoon J, Politzer RM. The role of federally funded health centers in serving the rural population. *J Rural Health*. 2003;19:117–24.
26. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M i sur E. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Aten Primaria*. 1999;24:468–74. [in Spanish]
27. Roos NP. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*. 1979;16:73–83.
28. Pan American Health Organization. Regional Core Health Data Initiative. Table Generator System. Dostupno na: <http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
29. Riveron Corteguera R. Estrategias para reducir la mortalidad infantil. Cuba 1995–1999. *Rev Cubana Pediatr*. 2000;72:147–64.
30. Waitzkin H, Wald K, Kee R, Danielson R, Robinson L. Primary care in Cuba: low- and high-technology developments pertinent to family medicine. *J Fam Pract*. 1997;45:250–8.
31. Lambrew JM, DeFries GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care*. 1996;34:138–51.
32. McIsaac WJ, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Can Fam Physician*. 2001;47:70–6.
33. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991;303:1181–4.
34. Ryan S, Riley A, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:184–90.
35. Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Med Care*. 1998;36(8 Suppl):AS21–30.
36. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res*. 2002;37:529–50.
37. Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;22:167–77.
38. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff*. 2009;28:1127–35.
39. Shi L. Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Med Care*. 1999;37:1068–77.
40. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Serv*. 2000;30:541–55.
41. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res*. 2002;37:529–50.
42. Leggetter S, Chaturvedi N, Fuller JH, Edmonds ME. Ethnicity and risk of diabetes-related lower extremity amputation: a population-based, case-control study of African Caribbeans and Europeans in the United Kingdom. *Arch Intern Med*. 2002;162:73–8.

43. van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ.* 2004;13:629–47.
44. Reyes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J, Tome P, Guiscafne H, Gutierrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan.* 1997;12:214–23.
45. Perry H, Robison N, Chavez D, Taja O, Hilari C, Shanklin D i sur. The census-based, impact-oriented approach: its effectiveness in promoting child health in Bolivia. *Health Policy Plan.* 1998;13:140–51.
46. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 2003;362:65–71.
47. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1:20-6. Dostupno na: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/primary-care-an-increasingly-important/S0213911111003876/>
48. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA i sur. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet.* 2008;372:950–61.
49. Starfield B. Reinventing primary care: lessons from Canada for the United States. *Health Aff.* 2010;29:1030–6.
50. Docteur E, Berenson RA. How does the quality of U.S. health care compare internationally? Dostupno na: http://www.urban.org/uploadedpdf/411947_ushealthcare_quality.pdf
51. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R i sur. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health.* 2004;58:374–80.
52. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37:111–26.
53. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Soc Sci Med.* 2005;61:65–75.
54. Kravet SJ, Shore AD, Miller R, Green GB, Kolodner K, Wright SM. Health care utilization and the proportion of primary care physicians. *Am J Med.* 2008;121:142–8.
55. Phillips RL, Dodoo MS, Green LA, Fryer GE, Bazemore AW, McCoy KI i sur. Usual source of care: an important source of variation in health care spending. *Health Aff.* 2009;28:567–77.
56. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev.* 2006;63:719–41.
57. Chetty VK, Culpepper L, Phillips R Jr, Rankin J, Xierali I, Finnegan S, Jack B. Family physicians lower hospital readmission rates and costs. *Am Fam Physician.* 2011;83:1054-8.
58. Guttman A, Shipman SA, Lam K, Goodman DC, Stukel TA. Primary care physician supply and children's health care use, access, and outcomes: findings from Canada. *Pediatrics.* 2010;125:1119–26.
59. Gorey KM, Luginaah IN, Holowaty EJ, Fung KY, Hamm C. Associations of physician supplies with breast cancer stage at diagnosis and survival in Ontario, 1988 to 2006. *Cancer.* 2009;115:3563–70.
60. Gravelle H, Morris S, Sutton M. Are family physicians good for you? Endogenous doctor supply and individual health. *Health Serv Res.* 2008;43:1128–44.
61. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo Pde F, Lima-Costa MF, Medina MG i sur. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff.* 2010;29:2149–60.
62. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health.* 2011;101:1963-70.
63. Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:13–9.
64. Szwarcwald CL, Souza-Junior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:217.
65. Perry H, Robison N, Chavez D, Taja O, Hilari C, Shanklin D i sur. The census-based, impact-oriented approach: its effectiveness in promoting child health in Bolivia. *Health Policy Plan.* 1998;13:140–51.

66. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Soc Sci Med.* 2004;58:1271–84.
67. Vapattanawong P, Hogan MC, Hanvoravongchai P, Gakidou E, Vos T, Lopez AD i sur. Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: analysis of two censuses. *Lancet.* 2007;369:850–5.
68. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary health care on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage.* 2009;32:150–71.
69. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med.* 2010;70:904–11.
70. Zakon o zdravstvenom osiguranju. *Narodne novine.* 2013;(80).
71. Odluka o iznosu administrativne pristojbe koja se plaća prilikom korištenja zdravstvene zaštite. *Narodne novine.* 2005;(111).
72. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. *Narodne novine.* 2001;(94).
73. Mastilica M, Božikov J. Out-of-pocket payments for health care in Croatia: implications for equity. *Croat Med J.* 1999;40:152-9.
74. Mreža javne zdravstvene službe. *Narodne novine.* 2012;(101).
75. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Popis doktora ugovorenih u djelatnosti opće opće obiteljske medicine. Dostupno na: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh>
76. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 2013. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2014.
77. Ivković S, Cerovečki V, Ožvačić Z, Soldo D, Buljan N, Petriček G i sur. Family medicine - a safe future. *Med Jader.* 2011; 41:5-13.

PIVO JE HRANA, ZAR NE? UTJECAJ PROMOCIJE PIVA NA PIJENJE MLADIH

BEER IS FOOD, ISN'T IT? THE EFFECT OF BEER ADVERTISING ON DRINKING AMONG YOUTH

Josipa Glavaš, Mirjana Rumboldt

Sažetak

Cilj rada bio je ispitati utjecaj reklama za pivo na stavove i ponašanja glede potrošnje piva u adolescentskoj populaciji. Istraživanje je pomoću anonimnog upitnika provedeno na uzorku (n=934) učenika završnih razreda srednjih škola u Splitu. Rezultati su pokazali da je pijeње piva povezano s muškim spolom, s lošijim školskim uspjehom, s pohađanjem četverogodišnje strukovne škole, s popularnosti reklama za pivo te s rizičnim ponašanjima. Iako su reklame za pivo omiljene većini ispitanika, promocija piva nije povezana s učestalošću i količinom potrošnje piva. Pozitivan stav prema određenoj reklamama ne jamči privrženost i potrošnju promoviranog proizvoda. S obzirom na učestalost izlaganja oglašavanju piva i popularnost tih reklama među mladima, potrebno je razviti približno jednako zanimljive antialkoholne reklame, usmjerene na mlađu populaciju te educirati mlade o utjecaju medija.

Ključne riječi: pijeње piva, srednjoškolci, promocija piva

Summary

The aim of this study was to analyse the influence of beer advertising on attitudes and drinking behavior among adolescents. A total of 934 high school students in Split were interviewed using a confidential questionnaire. The results showed that the extent of beer consumption correlated to male gender, lower academic performance, type of school, owning of promotional items, likability of beer ads, and risky behavior. Although beer ads are popular among most of the participants, beer promotion (advertising, promotional items, sales promotion) was not related to drinking frequency or quantity, and there was no clear link between the ad preference and the consumption of the respective brand. Regarding the frequency of advertising exposure and its acceptance among adolescents, it is necessary to dilute this influence with equally attractive counter-advertising targeting youth and educate them about the media impact.

Key words: beer drinking, beer advertising, high school students

mr. sc. Josipa Glavaš, dr. med., spec. školske medicine
Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko – dalmatinske županije, Vukovarska 46, 21000 Split
e-mail: julipet1@hotmail.com

prof. dr. sc. Mirjana Rumboldt, dr. med., spec. školske medicine; e-mail: mirjana.rumboldt@mefst.hr

Uvod

Etilni alkohol je sredstvo ovisnosti, a alkoholizam jedan od gorućih društvenih problema današnjice. Unatoč tome, potrošnja alkohola je opće prihvaćena u većini zemalja. Mnoge zemlje su stoga pokušavale nametnuti mjere prohibicije, ali potpuna zabrana se nije pokazala niti učinkovitom niti provedivom. Iskušavan je niz edukacijskih metoda, uglavnom u školskom okruženju. Pokazalo se da se u nekim slučajevima može postići promjena stavova i mišljenja, ali gotovo bez pomaka u ponašanju i navikama vezanim uz unos alkohola¹. S druge strane, pooštrenje zakona koji se odnose na vožnju pod utjecajem alkohola i poticanje zabrane prodaje alkohola maloljetnicima smanjuju potrošnju i ozljede nastale zbog vožnje u alkoholiziranom stanju². Slično tome, djelotvornim se pokazalo i podizanje dobne granice trošenja alkoholnih pića na 21 godinu³. Ipak, poražavajuće statistike o alkoholnim intoksikacijama mladih ukazuju na nedorečenost i manjkavo provođenje zakona. Prema podacima ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*)⁴ istraživanja, u Hrvatskoj su svi pokazatelji pijeња viši od prosjeka ostalih zemalja. Istraživanje HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*)⁵ na ciljnim skupinama djece od 11, 13 i 15 godina pokazalo je i potvrdilo da se alkoholna pića počinju uživati sve ranije, a daleko najpopularnije je pivo⁵.

U nas je, prema Zakonu o hrani⁶ zabranjeno reklamiranje alkoholnih pića, ali je dozvoljeno propagiranje piva i vina jer su svrstani u prehrambene proizvode. Jedini oblik kontrole je samoregulacija pivske i drugih alkoholnih industrija. Grupacija proizvođača piva, slada i hmelja Hrvatske gospodarske komore objavila je 2005. Kodeks odgovornoga marketinškoga komuniciranja proizvođača piva, gdje jasno piše kako reklamne poruke ne smiju promicati pivo u medijima, programima ili događajima namijenjenim maloljetnicima. No pivska industrija sponzorira mnoge događaje koje prate pretežno mladi (koncerti, utakmice, filmovi,

serije, glazbeni spotovi). Pritom se gomilaju dokazi kako izloženost učestalom pozitivnom prikazivanju uživanja piva utječe na namjeru pijeња^{7,8}. Spomenuti kodeks također nalaže kako reklame za pivo ne smiju stvarati dojam da pijeње povećava društveni uspjeh, mentalne sposobnosti ili športska dostignuća, premda one daju upravo takvu poruku: uspješnost u društvu, ljubav prema domovini, ljubav prema reprezentaciji, užitek u igri, u zavodu i sl. Gotovo je pravilo da pivska industrija sponzorira razne športske događaje. Na utakmicama je vidljiv logo i zaštićeno ime, a TV spotovi koji promoviraju pivo emitiraju se tijekom prijenosa. Unatoč očitom sukobu između športske aktivnosti i uživanja piva, pritužbe na ovakav način marketinga se vješto izbjegavaju jer veza između športskog uspjeha i unosa alkohola nije eksplicitno izražena. Na taj način alkoholna industrija nudi svoje proizvode aktivnim mladim ljudima⁹.

Novim, tzv. USP (*Unique Selling Proposition*) marketinškim pristupom, ističe se određena karakteristika proizvoda koja ga razlikuje od konkurencije, a umjesto izravnih osobitosti proizvoda treba isticati emocije, vrijednosti i životni stil¹⁰. Primjerice, propagandna krilatica za Ožujsko pivo glasi „Budi ponosan! Na svoje prijatelje, na svoje navike, na svoju ulicu, na svoj grad, na svoju zemlju, na svoje pivo!“.

Iako ne treba zanemarivati utjecaj obitelji, vršnjaka i drugih okolišnih čimbenika na oblikovanje očekivanja i stavova, reklame za alkohol zasigurno spadaju u bitan izvor informacija, ali i stavova o alkoholu: stiće se dojam korisnog sredstva za stvaranje i održavanje prijateljstva, rješavanje problema i opuštanje. Privlačnost potiču određeni sastojci reklame poput animiranih likova, poznatih osoba, humora, životinja, priče ili pak glazbene podloge bliske mladima. Djeca jače izložena takvim porukama znaju više zaštićenih imena, imaju pozitivna očekivanja i namjeru da piju kao odrasli^{8,11}. Tome pridonosi dostupnost promotivnih materijala koji su zanimljivi mlađoj publici, poput kapa, majica, plišanih životinja s logom ili imenom

omiljenog proizvoda¹². Nedavni sustavni pregled promoviranje alkohola nedvojbeno veže uz veću vjerojatnost ranije inicijacije pijeња i povećano ispijanje u onih koji već piju^{13,14}.

Cilj ovog istraživanja je ispitati utjecaj reklama za pivo na njegovu potrošnju među mladima te utvrditi je li pijeње piva povezano s određenim sociodemografskim značajkama ispitanika, stavovima prema promociji i očekivanim posljedicama.

Metode istraživanja

U ispitivanje su uključeni učenici završnih razreda srednjih škola u Splitu (gimnazija, četverogodišnjih i trogodišnjih stručnih) osim privatnih. U stratificiranom uzorku, kojeg čini svaki treći razred prema rednom broju, bilo je 1.063 učenika, što predstavlja oko trećinu splitskih srednjoškolaca (ukupan broj učenika 3.193). Istraživanje je provedeno anketiranjem 2012. godine. Upitnik „Reklame za pivo – stavovi i mišljenje srednjoškolaca“ sastoji se od 45 pitanja. Uz nekoliko pitanja otvorenog tipa, upitnik sačinjavaju većinom pitanja zatvorenog tipa (alternativni i višestruki izbor, izražavanje stavova – Likertova ljestvica). Pitanja obuhvaćaju opće

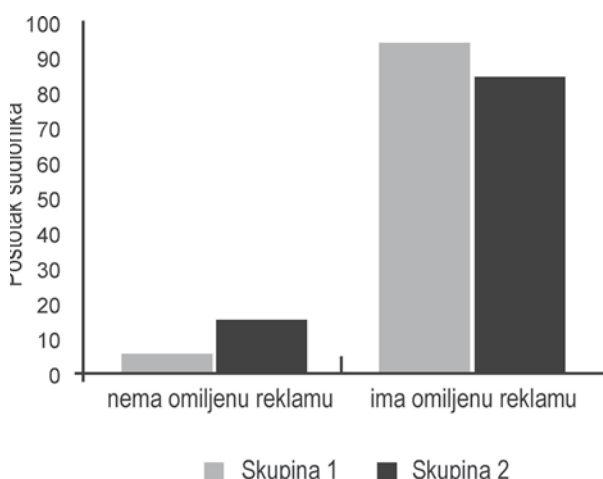
podatke (dob, spol, prosjek ocjena, materijalno stanje obitelji, stupanj obrazovanja roditelja), stavove o reklamama za pivo te o antialkoholnoj promidžbi, znanje o štetnosti neumjerenog unosa etanola, mišljenja o sustavu mjera i propisa kojim država uređuje potrošnju alkohola te iskustvo i navike pijeња. Ispitanici su sukladno odgovoru na pitanje o učestalosti pijeња piva, podijeljeni u 2 skupine: 1 (učenici koji piju pivo) i 2 (učenici koji ne piju pivo ili piju vrlo rijetko). Razina statističke značajnosti je određena na $p < 0,05$, a svi intervali pouzdanosti su dani na razini od 95%.

Rezultati

Na anketiranje je pristalo 90,4% ($n = 961$) ispitanika iz uzorka, a naknadno je isključeno njih 27 (neispunjeni i nepotpuno ispunjeni upitnici). U skupini 1 bilo je 49,1% ($n = 459$), a u skupini 2 50,9% ($n = 475$) ispitanika, prosječne dobi 18 godina. S obzirom na vrstu škole, 38,9% ($n = 363$) je pohađalo gimnaziju, 33,0% ($n = 308$) četverogodišnju, a 28,2% (263) trogodišnju strukovnu školu.

Utvrđeno je da mladići uživaju pivo značajno češće nego djevojke [66% (282/427): 34,9% (177/507); $\chi^2 = 89,88$, $p < 0,001$, koeficijent kontigencije (cc) = 0,296], sa značajno većim omjerom rizika ($OR = 3,6$; 95% $CI = 2,8-4,8$). Spolna razlika se pokazala značajnom po učestalosti pijeња u skupini 1 ($\chi^2 = 22,70$; $df = 2$, $p < 0,001$; $cc = 0,217$). Djevojke su većinom uzimale pivo nekoliko puta mjesečno, a mladići nekoliko puta tjedno; one su po izlasku konzumirale znatno manje ($\chi^2 = 77,85$; $df = 4$, $p < 0,001$; $cc = 0,381$).

Medijan uspjeha u prethodnoj školskoj godini bio je 3,6 (3-4,1). Opažena je značajna negativna korelacija između školskog uspjeha i sklonosti pivu: ispitanici iz skupine 1 („pivopije“) imali su značajno niži prosjek ocjena od skupine 2 [3,5 (3-4): 3,8 (3,2-4,3); Mann-Whitney $U = 80259$; $Z = -5,833$; $p < 0,001$; $AUC = 0,39$]. Utvrđena je i značajna razlika među skupinama s obzirom na vrstu škole. Najviše onih koji piju pivo pohađalo



Slika 1. Stavovi ispitanika prema reklamama za pivo
Figure 1. Participants' attitudes towards beer ads

je četverogodišnje strukovne škole, a najmanje gimnazije [58,1% (179/308): 43,8% (159/363); $\chi^2=15,10$, df 2, $p<0,001$, cc=0,126].

Osim pet reklama za pivo koje su bile ponuđene u odgovorima, a najučestalije su u medijima, sudionici su naveli još 13 promidžbenih poruka za različite vrste piva. Među onima koji su se izjasnili da im se propagandne poruke za pivo sviđaju te da imaju omiljenu reklamu, bilo je značajno više onih koji piju pivo ($\chi^2=21,00$, $p<0,001$, cc=0,148). Ti sudionici su bili i značajno skloniji uzimanju piva (OR=2,8; 95% CI=1,8 - 4,4; sl. 1).

Povezanost stava prema određenoj reklami s potrošnjom promovirane vrste prikazana je na tbl. 1.

U univarijatnom modelu, sudionici koji su izjavili da posjeduju neki od promidžbenih predmeta za pivo (olovka, kapa, majica i sl.) bili su češće potrošači piva od onih koji ga ne posjeduju [58,7% (360/613): 30,5% (97/318); $\chi^2=66,74$, $p<0,001$, cc=0,259], uz bitno veće izgleda za pijeње (OR=3,2; 95% CI=2,4-4,3). U multivarijatnom modelu ovaj omjer je ponovno bio značajno viši (OR=1,6; 95% CI=1,0-2,5). Utvrđena je značajna spolna razlika u posjedovanju promidžbenog materijala u prilog

muških ispitanika ($\chi^2=11,62$; $p<0,001$; cc=0,111). Posjednici tih predmeta imali su i značajno lošiji uspjeh u prethodnoj školskoj godini (Mann-Whitney U=78509; Z=-3,725; $p<0,001$; AUC=0,42).

Analiziran je utjecaj posjedovanja reklamnog materijala i promotivnih akcija na učestalost pijeња i potrošnju piva prilikom izlaska. Tu nije utvrđena značajna povezanost ($\chi^2=5,485$; $p=0,069$), kao ni u potrošnji piva po izlasku ($\chi^2=6,64$; $p=0,157$). Nije utvrđena ni značajna povezanost promotivnih akcija s učestalosti pijeња ($\chi^2=1,13$; $p=0,890$), kao ni s uzimanjem prilikom izlaska ($\chi^2=3,31$; $p=0,913$).

U univarijatnom modelu se pokazalo kako s pijeњem pozitivno korelira dobro mišljenje ispitanika o vlastitoj informiranosti glede štetnosti neumjerenog pijeња ($\chi^2=25,28$, $p<0,001$, cc=0,163; OR = 2,3; 95% CI = 1,7-3,2), a ta je veza potvrđena i u multivarijatnom modelu (OR = 2,3; 95% CI = 1,3-3,8). Što se tiče negativnih učinaka pijeња piva, pivopije su značajno češće od kontrolnih podcjenjivali negativne učinke piva, poput slabljenja koordinacije ($\chi^2=29,72$; $p<0,001$, cc=0,182), lošeg osjećanja ($\chi^2=97,15$; $p<0,001$, cc=0,317) ili štetnog učinka na opće zdravlje ($\chi^2=91,54$; $p<0,001$, cc=0,309). Opažene su značajne

Tablica 1. Odnos omiljene reklame za pivo i potrošnje promovirane vrste piva (n =459)

Table 1. The relation between likeability of beer ad and promoted brand consumption

Kategorija		Omiljeno pivo = omiljena reklama			Statistika	
Omiljena reklama		Da	Ne	Ukupno	P; cc	OR _{un} (95%CI)
Karlovačko	- ne	82 (26,2)	231 (73,8)	313 (100,0)	<0,001; 0,403	1 7,8 (4,9-12,4)
	- da	97 (73,5)	35 (26,5)	132 (100,0)		
Ožujsko	- ne	148 (46,7)	169 (53,3)	317 (100,0)	<0,001; 0,203	1 0,4 (0,2-0,6)
	- da	31 (24,2)	97 (75,8)	128 (100,0)		
Heineken	- ne	152 (43,3)	199 (56,7)	351 (100,0)	0,013; 0,120	1 0,5 (0,3-0,9)
	- da	27 (28,7)	67 (71,3)	94 (100,0)		
Pan	- ne	176 (41,9)	244 (58,1)	420 (100,0)	0,03; 0,139	1 0,2 (0,1-0,6)
	- da	3 (12,0)	22 (88,0)	25 (100,0)		
Becks	- ne	170 (39,9)	256 (60,1)	426 (100,0)	0,634	
	- da	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (100,0)		

P = χ^2 test za nominalne varijable; cc = koeficijent kontingencije; OR_{un} = omjer izgleda (univarijatna binarna logistička regresija); 95%CI = 95-postotni interval pouzdanosti; referentna kategorija je uvijek jedinica.

razlike u mišljenju ima li pivo pozitivan učinak na zdravlje: među opredijeljenima za pozitivne učinke bilo je više pivopija ($\chi^2 = 95,21$; $p < 0,001$, $cc = 0,305$), sa znatno većim omjerom rizika pijeња (OR 5,4; 95% CI = 3,8 – 7,6). Ta povezanost je potvrđena i u multivarijatnom modelu (OR 2,9; 95% CI = 1,7 – 5,1).

Gotovo sva rizična ponašanja pokazala su se povezanim uz pijeње piva (tbl.2) uključujući iskustvo svađe ($\chi^2 = 30,10$, $p < 0,001$, $cc = 0,193$), tučnjave ($\chi^2 = 40,63$, $p < 0,001$, $cc = 0,204$), ozljede ($\chi^2 = 37,81$, $p < 0,001$, $cc = 0,197$), prijema na hitnoj pomoći ($\chi^2 = 6,08$, $p = 0,014$, $cc = 0,080$), gubitka novca ($\chi^2 = 24,30$, $p < 0,001$, $cc = 0,159$), oštećenja stvari ($\chi^2 = 30,05$, $p < 0,001$, $cc = 0,177$), neželjenog seksualnog odnosa ($\chi^2 = 26,87$, $p < 0,001$, $cc = 0,167$), seksualnog odnosa bez zaštite ($\chi^2 = 27,25$, $p < 0,001$, $cc = 0,168$), problema u obitelji ($\chi^2 = 5,32$, $p = 0,024$, $cc = 0,075$), problema u odnosu s prijateljima ($\chi^2 = 13,48$, $p < 0,001$, $cc = 0,119$), lošeg uspjeha u školi ($\chi^2 = 5,03$, $p = 0,033$, $cc = 0,073$) i problema s policijom ($\chi^2 = 52,46$, $p < 0,001$, $cc = 0,35$). Nije utvrđena bitna razlika samo glede odnosa s profesorima ($\chi^2 = 3,18$, $p = 0,064$)

te iskustvu krađe ili nasilja ($\chi^2 = 0,32$, $p = 0,654$). U multivarijatnom modelu, značajno povezani s pijeњem piva pokazali su se neželjeni seksualni odnosi (OR = 2,6; 95% CI = 1,0 – 6,6) i problemi s policijom (OR = 2,8; 95% CI = 1,4 – 5,9).

Rasprava

Većina naših ispitanika imala je pozitivne stavove o oglašavanju piva, posebno u onih s iskustvom pijeња. Ovakvi stavovi ne čude jer reklame za pivo idu među najbolje na hrvatskoj televiziji, čemu svjedoče i brojne nagrade njihovim tvorcima. One nude uvjerljiv prikaz stvarnog života i potiču sklonosti, a mladima koji su osjetljivi na pitanja pripadnosti, identiteta, zajedništva i prijateljstva, takav se prikaz izgleda iznimno privlačno. Za pretpostaviti je da mladi koji vjeruju u socijalni aspekt piva i njegove pozitivne učinke, misle da ih pijeње čini privlačnim, uspješnim i odraslim. Adolescenti skloni pivu posvećuju više pozornosti reklamama za alkohol¹⁵, koje pobuđuju moždanu aktivnost¹⁶. Na povezanost između pozitivnih stavova prema takvoj promidžbi i uzimanja piva u mladih ukazuju brojna istraživanja^{8, 13, 17, 18-22}.

Tablica 2. Doživljeni problemi pod utjecajem alkohola

Table 2. Experienced consequences under the influence of alcohol

Kategorija	Skupina 1		Skupina 2	
Omiljena reklama	na	(%)	n	(%)
Oštećenje stvari ili odjeće	236	51,4	160	33,6
Ozljeda	195	42,4	112	23,5
Svađa	188	41,0	108	22,7
Gubitak novca ili drugih vrijednosti	161	35,0	98	20,6
Tuča	124	27,0	51	10,7
Problemi u odnosima s prijateljima	90	19,6	52	10,9
Seksualni odnos bez zaštite	88	19,1	36	7,5
Problemi s policijom	96	20,9	24	5,0
Problemi u obiteljskim odnosima	53	11,5	34	7,1
Neželjeni seksualni odnos	59	12,8	17	3,5
Prijem na hitnoj pomoći ili bolnici	41	8,9	23	4,8
Loš uspjeh u školi	34	7,4	19	4,0
Žrtva krađe ili nasilja	25	5,4	22	4,6
Problemi u odnosima s profesorima	24	5,2	13	2,7

Promocija piva (reklame za pivo, oglašavanje tijekom sportskih prijenosa, posjedovanje promidžbenog artikla, promotivne akcije), unatoč povoljnijim stavovima prema oglašavanju u onih koji ga piju, nije bila usko povezana s učestalosti pijeња, ni s količinom popijenoga prilikom izlazaka. Ovakvi podaci se razlikuju od većine dosadašnjih, koji su ukazivali na malu, ali značajnu povezanost^{8,18,19,23}. U sistematskom pregledu¹³ u dvanaest od trinaest studija utvrđeno je da izloženost reklamama i promociji piva potiče početak pijeња u onih koji nemaju to iskustvo i povećanu potrošnju u onih koji već piju. Možda bi drugačiji ustroj istraživanja doveo do drugačijih rezultata. Primjerice, jedna longitudinalna studija je pokazala da u dobi od 18 godina, na početku istraživanja, pozitivan stav prema reklamama nije bio povezan s količinom, a tri godine kasnije pokazan je značajan učinak na kvantitetu potrošnje piva²⁰.

Sudionici koji posjeduju neki od reklamnih materijala (olovka, kapa, majica, itd.) su češće potrošači piva, većinom su muškog spola, sa značajno lošijim uspjehom u prethodnoj godini. Ovi se podatci podudaraju s dosadašnjim istraživanjima^{11,24}. Američka ispitivanja s adolescentima su pokazala da posjedovanje promidžbenih predmeta pozitivno korelira s pijeњem ili namjerom pijeња¹², ali i s tzv. „binge drinking“²⁵. Ne treba podcijeniti umješnost marketinškog uvjeravanja, gdje se dijeljenjem besplatnih i upotrebljivih stvari utječe na korisnike da uzvrate istom mjerom i svoje zadovoljstvo prenesu na promovirani proizvod.

Pokazalo se međutim da pozitivan stav prema određenoj reklami ne jamči potrošnju promoviranog proizvoda, što je u suprotnosti s objavljenim rezultatima¹⁷, gdje su najpopularnije reklame bile i najutjecajnije. Austin i sur.²⁶ su pokazali kako se identifikacija, pozitivna očekivanja i popularnost promovirane vrste piva temelji na privlačnosti prikaza uporabe alkohola u reklamama. Pozitivna povezanost je u našem radu utvrđena samo za Karlovačko pivo, koje je sudionicima bilo i najomiljenije. Ljubitelji ostalih reklama imali su

daleko manje izgleda da će im i navedeno pivo biti omiljeno. Može se pretpostaviti da je odabir omiljene reklame i omiljene vrste piva imao veze i s učestalošću oglašavanja proizvoda. Naime, prema istraživanju MediaNet-a u svibnju 2012., na propagandu za pivo otpadalo je čak 9% svih propagandnih uplata televiziji i tisku. Najviše je bilo uloženo u oglašavanje Ožujskog i Karlovačkog piva, a zatim Tuborg i Pan piva. No s obzirom da su slični rezultati izostali za ostale vrste piva, za pretpostaviti je kako na odabir omiljenog proizvoda utječe više čimbenika. Mladima je bitan i sadržaj reklame pa tako pozitivno reagiraju na poruke o zabavi i druženju, a indiferentni su na prikaze samog proizvoda i na scene s odraslim glumcima¹⁷. Odabir piva može biti odraz životnog stila i vrijednosti, nacionalnog identiteta ili emocionalne pripadnosti određenom području. Nogometna prvenstva su stoga prilika za jačanje domaćih proizvoda i povezivanje s lokalnim identitetom. Tako je, primjerice, Karlovačko Korner pokrenuto radi povezivanja s navijačima nogometne reprezentacije, a postalo je simbol dobre zabave jer pruža i nastupe popularnih glazbenika. Osim toga, Karlovačka pivovara ima bogatu tradiciju pa zna podsjetiti na dugogodišnje postojanje, kvalitetu i temeljne vrijednosti. Ponekad piva samim imenom upućuju na određeno područje pa su Osječko i Pan pivo specifični za sjeveroistočnu Hrvatsku, a izrazita lokalnost može biti i ograničavajući čimbenik u odabiru tih vrsta piva u Dalmaciji.

Potrošnja piva je značajno češća i viša među mladima nego djevojkama, što se podudara s rezultatima drugih istraživanja.^{4, 8, 20, 22, 27} Djevojke većinom piju pivo nekoliko puta mjesečno, a mladići nekoliko puta tjedno. One po izlasku konzumiraju manje, a mladići više od litre piva. Ove spolne razlike su dijelom uvjetovane kulturnim, povijesnim i društvenim čimbenicima. Naime, društvo ima dvostruka mjerila za muškarce i žene koji piju, a žene su ne samo svjesne društvene osude za takvo ponašanje, već joj i same podliježu²⁸. U Hrvatskoj su još uvijek prisutni neki obrasci patrijarhalne sredine koji se

očituju u različitom pristupu u odgoju muške i ženske djece. Dok se dječake potiče na neovisnost i stjecanje novih iskustva, za djevojčice su granice prihvatljivog ponašanja restriktivnije, a one su pod većim nadzorom i zaštitom. I reklame za pivo su uglavnom usmjerene muškim potrošačima (prikaz muškog društva, navijanje, itd.).

Naši pivopije smatraju da su dobro informirani o štetnosti prekomjerne uporabe alkohola, imaju pozitivna očekivanja od pijenja i često podcjenjuju negativne učinke. Reavley i sur.²⁹ su također našli da mladi često podcjenjuju rizike pijenja uz nerazmjer znanja o preporučenim količinama alkohola i ponašanja glede pijenja. Pozitivna očekivanja (dobra zabava, osjećaj opuštenosti, slobodnije ponašanje) temeljni su razlog zašto mladi piju^{4, 5, 30}.

Adolescenti su skloni rizičnom ponašanju pa je i uživanje alkohola, čak i psihoaktivnih tvari rijetko izolirano, tako da se unos alkohola povezuje s rizičnim spolnim ponašanjem, delikvencijom te problemima u obitelji i školi^{4, 30-32}.

Među ograničenjima ovog istraživanja, za napomenuti je da su obuhvaćeni učenici u samo jednoj urbanoj sredini pa je ograničena mogućnost ekstrapoliranja na opću populaciju. Nadalje, presječna ispitivanja ne dozvoljavaju zaključivanje o uzročno – posljedičnoj vezi. Premda je anketiranje bilo anonimno, provedeno je u školama, pa postoji mogućnost da su učenici davali donekle iskrivljene, očekivane ili društveno prihvatljive odgovore, što je moglo bitno utjecati na dobivene podatke. Konačno, riječ je o deklarativnim stavovima, koji se operativnima često ne poklapaju.

Zaključci

Ovo istraživanje se usredotočilo na utjecaj reklama za pivo na stavove i ponašanja mladih iz više razloga. Prvo, oglašavanje piva je u nas neobično prošireno zbog samoreguliranog marketinga. Drugo, reklame su češće prisutne na mjestima okupljanja adolescenata, a kad piju mladi uglavnom unose pivo.

S obzirom da istraživanja ukazuju kako reklame za pivo neizravno utječu i na one kojima nisu primarno namijenjene, potrebna je edukacija mladih o utjecaju medija i primjenjenih reklamnih tehnika, upoznavanje s učincima pijenja piva na zdravlje na temelju provjerenih informacija.

Literatura

1. Paglia A, Room R. Preventing substance abuse problems among youth: a literature review and recommendations. Research Document No. 142. Toronto: Addiction Research Foundation, 1998.
2. Holder HD, Gruenewald PJ, Ponicki WR i sur. Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. JAMA 2000; 284:2341-7.
3. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. J Stud Alcohol (supl 2002); 206–25.
4. Hibbel B, Guttormsson U, Ahlström S i sur. The 2011 ESPAD report. Substance abuse among students in 36 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2011.
5. Kuzman M, Pejnović Franelić I, Pavić Šimetin I. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2005/2006. Zagreb: HZJZ, 2008.
6. Hrvatski sabor. Zakon o hrani. Narodne novine 46/07.
7. Robinson TN, Chen HL, Killen JD. TV and music video exposure and the risk of adolescent alcohol use. Pediatrics 1998;102:e54-9.
8. Grube JW, Wallack L. Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs and intentions among schoolchildren. Am J Public Health 1994; 84:254-9.
9. British Medical Association. Under the influence. The damaging effect of alcohol marketing on young people. London: BMA, 2009.
10. Heath R, Feldwick P. Fifty years using the wrong model of advertising. Int J Market Res 2007;50:29-59.

11. Henriksen L, Feighery EC, Schleicher N, Fortmann S. Receptivity to alcohol marketing predicts initiation of alcohol use. *J Adolesc Health* 2008;41:28-35.
12. Collins RL, Ellickson PL, McCaffrey D, Hambarsoomians K. Early adolescent exposure and its relationship to underage drinking. *J Adolesc Health* 2007;40:527-34.
13. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alc Alcohol* 2009;44:229-43.
14. Snyder LB, Fleming Milici F, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:18-24.
15. Faria R, Vendrame A, Silva R, Pinsky I. Association between alcohol advertising and beer drinking among adolescents. *Rev Saude Publica* 2011;45:441-7.
16. Tapert SF, Cheung EH, Brown GG i sur. Neural response to alcohol stimuli in adolescents with alcohol use disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:727-35.
17. Chen MJ, Grube JW, Bersamin M, Waiters E, Keefe DB. Alcohol advertising: what makes it attractive to youth. *J Health Commun* 2005;10:553-65.
18. Wyllie A, Zhang JF, Caswell S. Positive responses to televised alcohol advertisements associated with drinking behaviour of 10 to 17-year-olds. *Addiction* 1998;93:361-71.
19. Wyllie A, Zhang JF, Caswell S. Positive responses to televised beer advertisements associated with drinking and problems reported by 18 to 29-year-olds. *Addiction* 1998;93:749-60.
20. Caswell S, Zhang JF. Impact of liking for advertising and brand allegiance on drinking and alcohol-related aggression: a longitudinal study. *Addiction* 1998;93:1209-17.
21. Collins RL, Ellickson PL, McCaffrey DF, Hambarsoomians K. Saturated in beer: awareness of beer advertising in late childhood and adolescence. *J Adolesc Health* 2005;37:29-36.
22. Grenard JL, Dent CW, Stacy AW. Exposure to alcohol advertisements and teenage alcohol-related problems. *Pediatrics* 2013;131:e369-79.
23. Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health* 2009; 9:51.
24. McClure AC, Dal Cin S, Gibson J i sur. Ownership of alcohol-branded merchandise and initiation of teen drinking. *Am J Prev Med* 2006;30:277-83.
25. McClure AC, Stoolmiller M, Tanski SE, Engels RC, Sargent JD. Alcohol marketing receptivity, marketing-specific cognitions and underage binge drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 2013;37(supl 1):E404-13.
26. Austin EW, Chen MJ, Grube JW. How does alcohol advertising influence underage drinking? The role of desirability, identification and skepticism. *J Adolescent Health* 2006;38:376-84.
27. Collins RL, Schell T, Ellickson PL i sur. Predictors of beer advertising awareness among eight graders. *Addiction* 2003;98:1297-306.
28. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev* 2004;24:981-1010.
29. Reavley N, Jorm AF, McCann T i sur. Alcohol consumption in tertiary education students. *BMC Public Health* 2011;11:545.
30. Samardžić S, Bujšić G, Kožul K i sur. Drinking in adolescents – qualitative analysis. *Coll Antropol* 2011; 35:123-6.
31. Feldstein SW, Miller WP. Substance use and risk-taking among adolescents. *J Ment Health* 2006;15:633-43.
32. Newbury-Birch D, Walker J, Avery L i sur. Impact of alcohol consumption on young people. A systematic review of published reviews. Nottingham: DCFS Publications, 2009.

ALKOHOLIZAM – ZABORAVLJENA DIJAGNOZA U OBITELJSKOJ MEDICINI

ALCOHOLISM – FORGOTTEN DIAGNOSIS IN FAMILY PRACTICE

Mirica Rapić, Mladenka Vrcić- Keglević

Sažetak

Cilj rada je utvrđivanje kretanja dijagnoza alkoholizma registriranih u ordinacijama OM u razdoblju od 1995. do 2012. godine. Iz Hrvatsko zdravstveno - statističkih ljetopisa analizirali smo pobol od duševnih bolesti (F dijagnoze) registriran u obiteljskoj medicini, s posebnim osvrtom na podgrupu bolesti vezanih za alkoholizam (F 10).

Rezultati istraživanja ukazuju da, paralelno s porastom ukupnog pobola u obiteljskoj medicini, raste i pobol od duševnih bolesti. Porast pobola je uočen u svim grupama duševnih bolesti, osim kod duševnih bolesti vezanih uz alkoholizam. U 1998. godini alkoholizam je sudjelovao s 9% u ukupnom pobolu od duševnih bolesti, a u 2012. samo s 3,2%. Pad broja registriranih dijagnoza alkoholizma je uočen u svim dobnim grupama. Najveći je pad u grupi 7 - 19 godina, za 66,9%, zatim u starijih od 65 godina, za 33,6%, a najmanji u grupi 20 - 64 godine, za 20,5%. Gledajući apsolutne brojeve, samo je 21077 oboljelih od alkoholizma registrirano u obiteljskoj medicini u 2012. ili samo 0,6% odrasle populacije.

Utvrđeno je znatno manje registriranih dijagnoza povezanih uz uzimanje alkohola, s kontinuiranim opadanjem u 18 - godišnjem razdoblju. Razloge „zanemarivanja“ ovih dijagnoza u OM trebalo bi dodatno istražiti jer su ta stanja ne samo ozbiljan medicinski nego i socijalno - ekonomski problem.

Ključne riječi: duševne bolesti, alkoholizam, obiteljska medicina, Hrvatska

Summary

The aim of this study was to estimate trends of diagnosed alcoholism registered in general practice offices from 1995 to 2012. Mental health diseases (F)morbidity registered in family medicine was analysed from data published in the Croatian Health Service Yearbooks, with special emphasis on subgroup of disorders due to use of alcohol (F10).

Results of our study show that together with the increase of the total number of diseases in family medicine the number of mental diseases increase as well. The increase was noticed in all groups of mental diseases except in the group of mental diseases due to use of alcoholism. Alcoholism participated 9% in 1998 and only 3.2% in 2012 in total number of mental diseases. Decrease in the number of registered diagnosis of alcoholism was noticed in all age groups. It was the highest in the age group 7-19 years of age (66.9%), followed by those over 65 years (33.6%). It was the lowest in the group aged 20-64 years (20.5%). Taking into consideration the absolute numbers, only 21.077 alcoholic patients were registered in family medicine in 2012 or only 0.6% of the adult population.

Mirica Rapić, specijalista opće/obiteljske medicine;
Ordinacija opće medicine, Karlovac

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić- Keglević,
Zaklada za razvoj obiteljske medicine Hrvatske

Significantly smaller number of registered diagnosis connected to alcohol drinking than expected was established and it was decreasing with continuity during the 18 years period. Reasons for «neglecting» this diagnosis in family medicine should be examined because alcoholism is very serious medical and socio-economic problem.

Key words: mental diseases, alcoholism, family medicine, Croatia

Uvod

Alkoholizam je najraširenija kronična bolest ovisnosti, koja predstavlja jedan od najozbiljnijih socijalnomedicinskih problema današnjice. Po modificiranoj definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO): "Alkoholičar je osoba, koja je dugotrajnim pijenjem postala ovisna o alkoholu (psihički, fizički ili na oba načina) i u nje su se uslijed toga, razvila zdravstvena (psihička ili fizička) oštećenja i socijalne poteškoće koje se mogu dijagnosticirati klasičnim medicinskim i socijalnim postupcima¹. U našem društvu pijenje alkoholnih pića je ugrađeno u običaje i danas se ne može zamisliti ni jedna bitna životna situacija, a da nije popraćena pijenjem, što je postalo i opće prihvaćeni model ponašanja. Stoga raste i nekritičnost prema njenoj konzumaciji. Sve veći broj mladih ljudi konzumira alkoholna pića i postaju nekritični prema svome pijenju, a prva konzumiranja alkohola počinju već u osnovnoj školi²⁻⁴. Danas je alkoholizam treća bolest suvremenog čovječanstva, a prema Gačiću i druga, odmah iza srčano žilnih bolesti, jer uz alkoholičara pati i nekoliko članova njegove obitelji⁵.

Istraživanja prekomjernog pijenja i bolesti povezanih s alkoholom su osobito bila intenzivna u drugoj polovici devedesetih godina. Ona su pokazala da u Hrvatskoj ima 6% ovisnika o alkoholu, a oko 15% muškaraca starijih od 20 godina prekomjerno uzima alkoholna pića⁶. Godišnji izostanak alkoholičara s posla veći je od izostanka ne alkoholičara i iznosi

prosječno 2 mjeseca, a radni vijek im je kraći za 10 - 15 godina⁷. Također su brojna istraživanja provedena među učenicima i studentima. Prema istraživanju iz 1988. među učenicima svih srednjih medicinskih škola u Hrvatskoj, samo 23,3% nije konzumiralo alkohol, 14,7% ga je konzumiralo uz ručak, 11,9% radi boljeg raspoloženja, a 13,5% radi zabave. Čak ih je 14.1% izjavilo da je bilo pijano nekoliko puta godišnje⁸. Slični podaci su zabilježeni i u istraživanju među učenicima prvih i četvrtih razreda srednjih škola u Požegi 1994. godine⁹. Epidemiološko istraživanje među riječkim studentima 1994. pokazuje da 7,7% studenata konzumira alkohol svaki dan, a tek 17,4% nikada nije pilo¹⁰. Istraživanje alkoholizma u Osječko-baranjskoj županiji 2003. - 2007. ukazuje na porast hospitaliziranih i umrlih od alkoholizma i bolesti jetre¹¹.

Malobrojna su istraživanja o prekomjernom pijenju i alkoholizmu provedena u obiteljskoj medicini (OM) u RH. Ona su se najčešće bavila prevalencijom prekomjernog pijenja, hospitalizacijama zbog alkoholizma i uzrocima smrti povezanim uz alkoholizam¹²⁻¹⁶. Potaknuti nedostatkom novijih istraživanja u OM, osobito onih u kojima se problem promatrao kroz duži period, ovo smo istraživanja proveli radi utvrđivanja trendova dijagnoza alkoholizma registriranih u OM u periodu od 1995. do 2012. godine

Materijali i metoda

Iz Hrvatsko zdravstveno - statističkih ljetopisa, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, analizirali smo pobol od duševnih bolesti registriran u obiteljskoj medicini, s posebnim osvrtom na podgrupu bolesti vezanih za alkoholizam, od 1995. do 2012. godine¹⁷. Od 1995., za registraciju pobola koriste se šifre bolesti sukladno 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i stanja (MKB-10). Sukladno uputama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, pobol od kroničnih bolesti se registrira tako da se registrira svaki prvi posjet ordinacijama

OM u toj kalendarskoj godini. Svi ostali posjeti zbog iste bolesti u toj kalendarskoj godini se ne bilježe, pa zabilježeni pobol kroničnih bolesti doista predstavlja njihovu prevalenciju¹⁸. Od uvođenja informatizacije u primarnu zdravstvenu zaštitu, registracija pobola je automatizirana.

Pobol je u ljetopisima prikazan prema grupama dijagnoza (A do Z), a unutar grupa su prikazane samo pojedine dijagnoze ili grupe dijagnoza, dok su preostale svrstane u grupu ostalih dijagnoza. Pobol je također prikazan po dobi, 0 - 6 godina, 7 - 19 godina, 20 - 64 godine, te 65 i više godina. Alkoholizam je prema MKB-10 klasifikaciji stavljen u grupu duševnih bolesti (F dijagnoze) sa podgrupom F10.0 - F10.9, neovisno radi li se samo o intoksikaciji alkoholom, apstinenciji, deliriju, perzistentnoj demenciji i amneziji, ili psihotičnim poremećajima vezanim uz alkohol sa sumanutostima i halucinacijama, poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima, te seksualnim smetnjama ili poremećaju spavanja¹⁹.

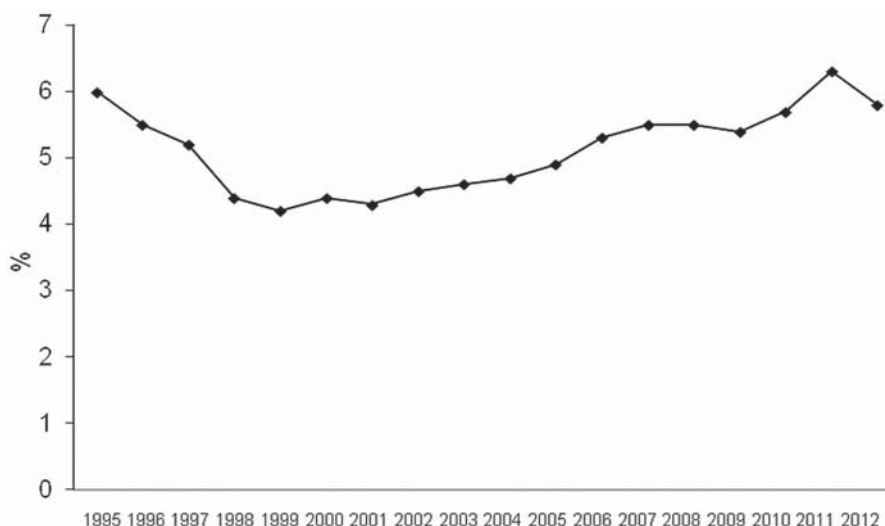
Na temelju ljetopisa (1995. - 2012.) prikupljeni su podaci koji se odnose na ukupni pobol u OM, te pobol od bolesti iz skupine duševnih poremećaja (skupina F) grupirane prema MKB-X

kao: demencija (F00 - F03), alkoholizam (F10), ovisnost o psihotropnim substancama (F11 - F19), psihoze (F20 - F29), neuroze i afektivni poremećaji (F40 - F48), ostali duševni poremećaji i poremećaji ponašanja (F30 - F39, F50 - F68, F80 - F99) i duševna zaostalost (F70 - F79). Za dijagnozu alkoholizma (F10) su prikupljeni podaci po dobnim grupama: 0 - 6 godina, 7 - 19 godina, 20 - 64 godine, te 65 i više godina. Analizirani su trendovi kretanja učesća duševnih bolesti u sveukupnom pobolu registriranom u obiteljskoj medicini u ispitivanom periodu, kretanje duševnih bolesti prema grupama bolesti, kretanje učesća alkoholizma u pobolu od duševnih bolesti, te struktura oboljelih od alkoholizma prema dobi.

Podaci su obrađeni korištenjem Microsoft Office paketa (Excell). Rezultati obrade su prikazani u obliku frekvencija, postotaka i linijskih grafikona.

Rezultati

Od 1995. do 1999. godine udio pobola od duševnih bolesti u ukupnom pobolu registriranom u OM se blago smanjivao. Od tada, učesće duševnih bolesti u sveukupnom pobolu raste, s 4,2% u 1999. godini, do 6,3% u 2011. godini (sl. 1).



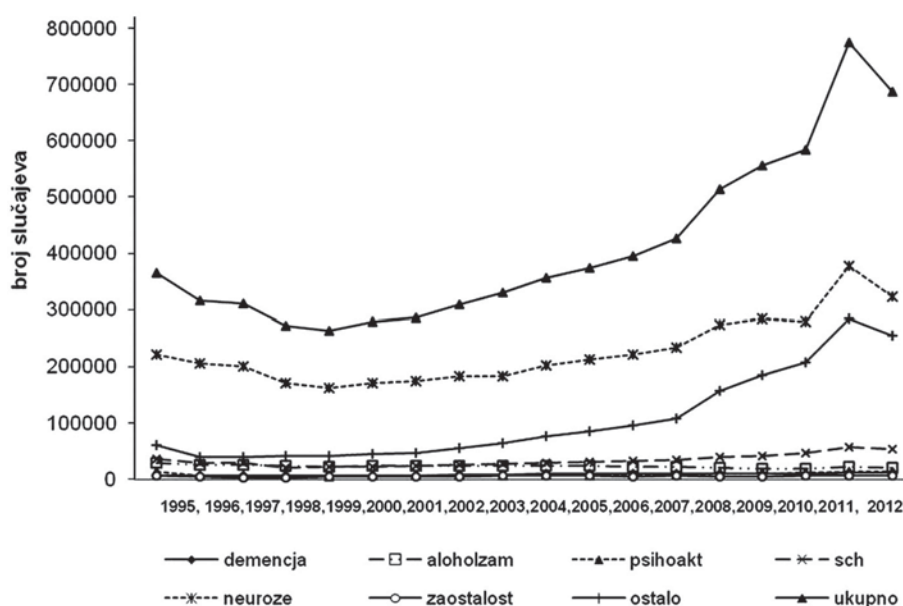
Slika 1. Trend udjela duševnih bolesti (F dijagnoze, MKB-10) u ukupnom pobolu OM u RH, 1995. - 2012.

Figure1. Trends of mental diseases (F, ICD-10) in total morbidity in Croatian family practice, 1995-2012

U razmatranom razdoblju uočava se gotovo udvostručenje dijagnoza duševnih bolesti (za 1,9 puta). Najveći porast je uočen u grupi ostalih duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja (F30 - F39, F50 - F68, F80 - F99), za 4,2 puta, kao i u grupi demencija (F00 - F03), za 2 puta. Također je porastao broj dijagnoza neuroza i afektivnih poremećaja (F40 - F48), za 1,5 puta, a dijagnoze zlouporabe psihoaktivnih supstanci (F11 - F19), za 1,1 puta. Blagi porast je zabilježen i kod psihoza. Jedino bolesti iz grupe alkoholizma (F10) bilježe pad, a indeks pada iznosi 0,71 (sl. 2).

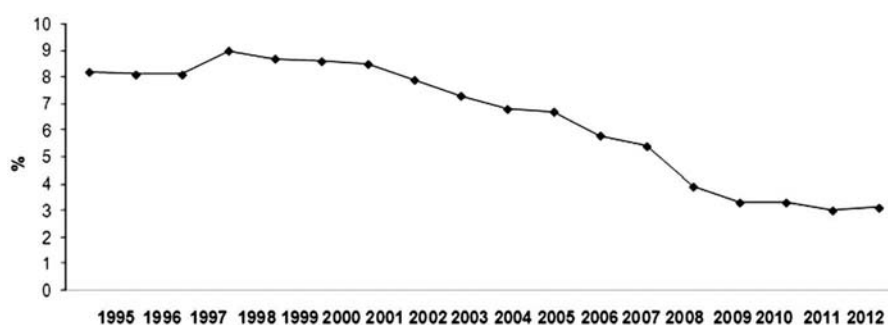
Od 1998. do 2012. godine uočava se pad učešća alkoholizma u duševnim bolestima. U 1988. godini, 9% dijagnoza svih duševnih bolesti otpadalo je na alkoholizam, a u 2012. godini samo 3,1% (sl. 3).

Broj dijagnoza alkoholne bolesti zabilježenih u predškolske djece je zanemarivo mali. U svim ostalim dobnim skupinama uočen je pad učestalosti alkoholizma; u grupi od 7 - 19 godine za 66, 9%, grupi 20 - 64 godine za 20,5%, a u starijih od 65 godina za 33,6%. U 2012. godini u odnosu na 1995. registrirano je za 29,4 % manje dijagnoza alkoholizma (sl. 4).



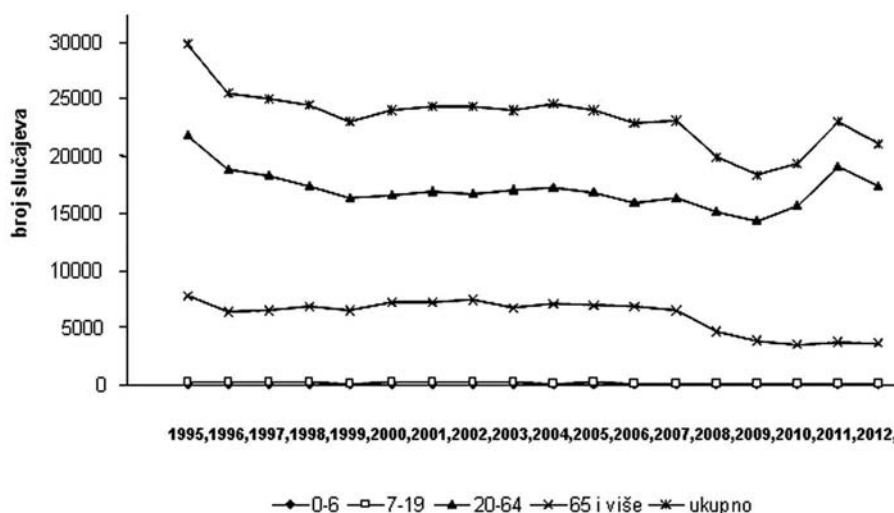
Slika 2. Trend udjela duševnih bolesti (F dijagnoze, MKB-10) u ukupnom pobolu OM u RH, 1995. - 2012.

Figure 2. Trends of mental diseases (F, ICD-10) in total morbidity in Croatian family practice, 1995-2012



Slika 3. Kretanje udjela alkoholne bolesti (F10) u ukupnom pobolu od duševnih bolesti u OM u RH, 1995-2012.

Figure 3. Trends in disorders due to use of alcohol (F10, ICD-10) in total mental diseases morbidity in Croatian family practice, 1995-2012



Slika 4. Kretanje dijagnoza alkoholne bolesti (F 10) u odnosu na dob, u OM u RH, 1995.-2012.

Figure 4. Trends in disorders due to use of alcohol (F10, ICD-10) by age groups, in Croatian family practice, 1995-2012

Rasprava

Rezultati istraživanja ukazuju da, paralelno s porastom ukupnog pobola registriranog u obiteljskoj medicini od 1995. - 2012. godine, raste i pobol od duševnih bolesti. Duševne bolesti su u 1999. godini zauzimale 4,2%, a 2012. godini 5,8% ukupnog pobola. Porast je uočen u svim grupama duševnih bolesti, osim kod stanja vezanih uz alkoholizam. U 1998. godini alkoholizam je sudjelovao s 9% u ukupnom pobolu od duševnih bolesti, a u 2012. godini samo s 3,2 %. Pad je uočen u svim dobnim grupama. Najveći je pad u grupi od 7 - 19 godina, za 66,9%, zatim u starijih od 65 godina, za 33,6%, a najmanji u grupi od 20 - 64 godine, za 20,5%. Gledajući apsolutne brojeve, samo je 21.077 oboljelih od alkoholizma registrirano u obiteljskoj medicini u 2012. godini, tj. 0,6% odrasle populacije.

Malo je vjerojatno da broj registriranih dijagnoza povezanih s alkoholom, osobito njihovo stalno opadanje, odgovara stvarnosti. Prema podacima iz literature učestalost alkoholne bolesti je znatno veća. Spomenuto istraživanje iz druge polovice devedesetih godina je pokazalo da u Hrvatskoj

ima oko 6% ovisnika o alkoholu, a da oko 15% muškaraca starijih od 20 godina prekomjerno pije⁶. Izraženo u apsolutnim brojkama, u Hrvatskoj je tada bilo oko 250.000 ovisnika o alkoholu, a u ovom istraživanju je u 2012. registrirano samo njih 21.077. Istraživanja Benčević-Streihl i suradnika iz 2003. o konzumaciji alkohola u Hrvatskoj, ukazuju da je prekomjerno pijenje prisutno kod 12,3% ispitivanih muškaraca i 0,7% žena. Prevalencija prekomjernog pijenja je bila najveća u istočnim krajevima Hrvatske, a najmanja u gorskoj Hrvatskoj. Najveća prevalencija prekomjernog pijenja žena je nađena u sjevernoj Hrvatskoj²⁰. Prema istraživanju osječke grupe, čak 15,1% osječkih studenata ima ozbiljnih problema s alkoholizmom²¹.

Da je alkoholizam problem i u našem bližem okruženju govore ispitivanja u Mostaru, gdje je prevalencija alkoholizma u općoj populaciji iznosila 9,9%, a ovisnost o alkoholu utvrđena je u 2,1% odraslih i 3,9% studenata²². Međutim, kao i u ovom istraživanju, dijagnoza alkoholizma se rjeđe postavljala u PZZ Bosne i Hercegovine²³. Da je dijagnoza alkoholizma na neki način „zanemarena i prešućena“, pokazuju i podaci o mortalitetu¹³. Analiza bolničkog mortaliteta u 1986. godini u

Hrvatskoj pokazuje da je u samo 0,34% slučajeva alkohol naveden kao uzrok. Međutim, naknadna revizija Prijava o uzroku smrti pokazala je da je 7,8% smrti zapravo posljedica alkoholizma¹⁴. Isto tako je i s mortalitetom registriranim u 1986. godini u PZZ, gdje je mrtvozornik najčešće liječnik hitne službe, koji ne poznaje pokojnu osobu. Sukladno prijavnim obrascima, mortalitet od alkoholizma iznosio je 0,23 %, a nakon revizija obrazaca čak 8,6%, što ga čini trećim uzrokom smrti u RH¹⁵. Analiza uzroka smrti u malim sredinama, sa stalnim dugogodišnjim liječnikom, pokazuje drugačiju sliku. Daleko je veći udio alkoholizma, s time da je u mlađih osoba on drugi uzrok smrti, odmah iza malignih bolesti, a u starijih treći, iza kardiovaskularnih i malignih bolesti¹⁶.

Prednosti ovog istraživanja proizlaze iz činjenice da su rezultati utemeljeni na službenim podacima zdravstvene statistike koji se i inače koriste za planiranje u zdravstvu na nacionalnim i lokalnim razinama. Prikupljanje i registracija podataka, istovjetno za sve promatrane godine, omogućilo je praćenje trendova povezanih s alkoholom, što je također prednost istraživanja. Osim toga, osamnaestogodišnje praćenje je dovoljno dugačko za zaključak da je riječ o trajnijoj pojavi, a ne o slučajnom nalazu. Međutim, dobiveni rezultati ne dozvoljavaju zaključivanje o mogućim uzrocima „zanemarivanja“ dijagnoze alkoholizma u OM, tim više što su dostupni vrlo jednostavni i lako primjenjivi instrumenti, kao AUDIT ili CAGE upitnik^{24,25}. Je li još uvijek prisutan fenomen stigmatizacije alkoholizma, ne samo među bolesnicima i članovima njihovih obitelji, nego i među liječnicima teško je reći. Ili su u pitanju poteškoće i neizvjesni ishodi liječenja ili jednostavno su druge, „modernije“ bolesti potisnule ovu bolest u podsvijest liječnika. Još su Hudolin i suradnici primijetili da je najmanje 20 - 30% psihijatrijskih dijagnoza uzrokovano alkoholom, ali malo ih je verificiranih kao posljedice alkoholizma. Isto tako se apsentizam vodi pod drugim, internističkim i psihijatrijskim dijagnozama, čime se pokriva

svjesno ili nesvjesno stvaran uzrok bolesti¹². Ove i druge, potencijalne razloge smanjenja registracije alkoholizma u OM trebalo bi dodatno istražiti.

Istraživanja razloga „zanemarivanja“ dijagnoze alkoholne bolesti su potrebna i zbog činjenice o njezinoj socijalnoj i ekonomskoj važnosti. Alkoholizam je skupa bolest, narušava zdravlje zahvaćajući sve organske sustave, a liječenje njegovih posljedica puno košta. Prosječno liječenje alkoholičara Krapinsko-zagorske županije 1965.-1984. godine trajalo je 41,7 dana po osobi, dulje je od liječenja nealkoholičara²⁶. Prosječno trajanje bolničkog liječenja zbog alkoholizma 1995. godine iznosilo je 34,9 dana dok je 2010. godine iznosilo 24,7 dana. Broj hospitalizacija kod muškaraca bio je značajno veći nego kod žena (prosječno 5,5 : 1). Stopa hospitalizacija raste za oba spola u najproduktivnijoj dobi (40 - 59 godina), te je 2010. godine iznosila 378,7/100.000 (muškarci 658,1; žene 105,3). Za dob 60 i više godina, ukupna stopa iznosila je 142,5/100.000²⁷.

Danas se liječenje nakon detoksikacije provodi i kroz dnevne psihijatrijske bolnice, prosječno 2 - 3 mjeseca (Opća bolnica Karlovac), i klubove liječenih alkoholičara (KLA), što još više produžuje apsentizam^{28,29}. Godišnji izostanak alkoholičara s posla veći je od izostanka nealkoholičara za 40% i iznosi oko 2 mjeseca, a radni vijek im je kraći za 10 - 15 godina^{6,30}. Brojna sociološka i klinička istraživanja ukazuju na daleko veću stopu povreda, prometnih nesreća i invalidnosti. Kod konzumenata alkohola smanjenja je radna sposobnost ovisno o količini i duljini pijenja³¹. Alkoholizam ne ugrožava samo pojedinca već i njegovu obitelj, radnu sredinu, bližu i dalju okolinu. Veliki ceh plaća društvo za nezdravstvene, tzv. društvene posljedice alkoholizma, socijalne poremećaje, smanjenje radne sposobnosti, prometne nesreće, požare, troškove socijalne skrbi i slično. Kod nas ne postoje izračuni za te troškove, a oni su u Kanadi još 1981. iznosili 5,7 milijardi dolara dok su procjene za SAD bile 30 - 90 milijardi dolara³².

Zaključak

Rezultati istraživanja nedvojbeno ukazuju na manji broj registriranih dijagnoza povezanih uz uzimanje alkohola od očekivanih, s kontinuiranim trendom opadanja u osamnaestogodišnjem periodu. Razlozi „zanemarivanja“ ovih dijagnoza u OM trebaju se dodatno istražiti jer su ova stanja ozbiljan medicinski i socijalno - ekonomski problem.

Literatura

1. Jukić V. Alkoholizam. U: Hotujac Lj, urednik. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006:117-40.
2. Zloković J, Vrcelj S. Rizična ponašanja djece i mladih. *Odgojne znanosti*. 2010;12:197-213.
3. Samardžić S, Bujšić G, Kožul K, Tadijan D. Drinking in adolescents – qualitative analysis. *Coll Antropol*. 2011;35:123-6.
4. Grgurev Z, Šepić Labrović D. Zastupljenost, stavovi i suodnos pušenja, pijenja i upotrebe droga kod učenika viših razreda osnovnih škola u Lovranu i Matuljima te u srednjim školama u Opatiji. U: Zbornik II. simpozija obiteljske medicine. Split, 1995. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1995:52-64.
5. Gačić B. Alkoholizam: bolest pojedinca i društva. Beograd: Filip Višnjić; 1985. (Biblioteka «Raskršće», knj. 1).
6. Hudolin V. Psihijatrija i neurologija. Zagreb: Školska knjiga; 1983.
7. Maljković I. Raširenost alkoholizma u Zadarskom području i njegovo suzbijanje. *AL-klub* 1988;25(7/8).
8. Jonjić A, Grubišić-Greblo H, Miljak IZ, Vučić M, Dabo J, Bukmir L. Stavovi učenika srednjih medicinskih škola u hrvatskoj prema sredstvima ovisnosti. U: Zbornik II. simpozija obiteljske medicine. Split, 1995. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1995:85-94.
9. Sviben D, Šimunović R, Kolarić V, Marijanović A, Grabusin S. Rasprostranjenost i odnos prema pušenju, alkoholu i drogi kod učenika prvih i četvrtih razreda požeških srednjih škola. U: Zbornik II. simpozija obiteljske medicine. Split, 1995. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1995:127-44.
10. Jonjić A, Dabo J, Grubišić-Greblo H, Jurović-Mrakovčić Lj. Epidemiološko istraživanje upotrebe sredstva ovisnosti u studentskom naselju. U: Zbornik II. simpozija obiteljske medicine. Split, 1995. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1995:145-53.
11. Samardžić S, Birtić A, Kraljik N, Prlić L. Ovisnost o alkoholizmu u Osječko-baranjskoj županiji. U: Zbornik XVI. kongresa obiteljske medicine. Split, 2009. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2009:220-7.
12. Bilanović Ćoso N, Krstić Arbanas N, Popović B, Martinović-Mitrović S, Šuke R, Škarpa Gudelj D. Učestalost i težina poremećaja izazvana pijenjem alkohola kod pacijenata u obiteljskoj medicini. U: VI. kongres HDOD-HLZ. Rovinj, 2006. Zbornik radova. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora; 2006:377-89.
13. Vuković H. Izvješća o uzrocima smrti i skriveni alkoholizam. U: Zbornik II. simpozija obiteljske medicine. Split, 1995. Split : Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1995:154-60.
14. Šućur Ž, Lončar J. Alkoholizari među umrlima u skrbi bolničke zaštite Hrvatske. U: Zbornik II. simpozija obiteljske medicine. Split, 1995. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1995:185-92.
15. Šućur Ž, Lončar J. Alkoholizari među umrlima u skrbi PZZ Hrvatske. U: Zbornik II. simpozija obiteljske medicine. Split, 1995. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1995:161-9.
16. Vidosavljević V, Vidosavljević M. Alkoholizam kao uzrok smrti u ruralnoj populaciji. U: Zbornik XV. kongresa obiteljske medicine. Zagreb, 2008. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2008:218-23.
17. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis. 1995-2012. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1996-2013.
18. Dečković-Vukres V, Kuzman M, Rodin U, Stevanović R. Upute za primjenu izvještajnih obrazaca za primarnu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, 2. izd. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1999:9-12.

19. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
20. Benčević-Striehl H, Malatestinić D, Vuletić S. Regional differences in alcohol consumption in Croatia. *Coll Antropol.* 2009;33 Suppl 1:39-41.
21. Miškulin M, Petrović G, Miškulin I, Puntarić D, Milas J, Dahl D i sur. Prevalence and risk factors of alcohol abuse among university students from eastern Croatia: questionnaire study. *Coll Antropol.* 2010;34:1315-22.
22. Škobić H, Sinanović O, Škobić Bovan N, Ivanković A, Pejanović Škobić N. Prevalence of alcohol abuse and alcoholism in general population of Mostar region, Bosnia and Herzegovina. *Coll Antropol.* 2010;34 Suppl 1:29-31.
23. Broers T, Hodgetts G, Batić-Mujanović O, Petrović V, Hasanagić M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* 2006;47:478-84.
24. Babor TF, Higgines-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
25. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252:1905-7.
26. Lončar J, Crkvenčić Z, Mosner M, Filipašić M. Alkoholici Krapinsko-zagorske županije hospitalizirani u psihijatrijskim ustanovama Hrvatske od 1965. do 1984. U: Dani primarne zdravstvene zaštite Labin 1995. Zbornik. Labin: DZ Labin; 1995:337-42.
27. Silobrić Radić M, Jelavić M. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2012.
28. Migalić K. Dnevna bolnica za alkoholizam u Karlovcu - čudesni podrum. U: Golik-Gruber V, urednik. Zbornik stručnih radova Alkoholološkog glasnika. Zagreb: HSLA, ZKLA; 2003:190-2.
29. Miljenović A. Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u klubovima liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada.* 2010;17:281-94.
30. Žuškin E, Jukić V, Lipozenčić J, Matosić A, Mustajbegović J, Turčić N i sur. Ovisnost o alkoholu – posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2006;57:413-26.
31. Ercegović E, Milošević M. Prekomjerno pijenje alkohola i radna sposobnost u muškaraca. *Sigurnost* 2012;54: 127-35.
32. Adrian M. Social costs of alcohol. *Can J Public Health* 1988;79:316-22.

REGIONALNE RAZLIKE U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI U RH, PERIOD 1995. - 2012. GODINE

REGIONAL DIFFERENCES IN COMMUNITY HEALTH SERVICE IN THE REPUBLIC OF CROATIA FROM 1995 TO 2012

Zvonimir Bendeković, Dobrislav Šimić, Mladenka Vrcić Keglević

Sažetak

Promjene koje su se dešavale u cjelokupnom zdravstvenom sustavu obuhvatile su i patronažnu djelatnost, ali s vrlo malo publiciranih istraživanja kojima bi se to evaluiralo. Stoga je cilj ovog rada bio istražiti postoje li regionalne razlike u broju patronažnih sestara (PS) i broju posjeta u periodu od 1995. do 2012. Kao osnovni izvor podataka poslužili su Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi za te iste godine. Rezultati istraživanja su pokazali da broj PS blago raste do 2010. godine, nakon čega broj opada. Prosječan godišnji broj posjeta po jednoj PS sestri pokazuje kontinuirani rast tijekom cijelog perioda praćenja. Međutim, uočene su velike razlike između županija. U nekim županijama su relativno male varijacije u broju posjeta na jednu PS, dok su u drugima razlike velike. Najveće promjene su se dogodile u Splitsko-dalmatinskoj, Šibensko-kninskoj, Ličko-senjskoj i Brodsko-posavskoj županiji, a najmanje

u Varaždinskoj, Primorsko-goranskoj i Krapinsko-zagorskoj županiji. To je djelomično objašnjivo povećanjem ili smanjenjem prosječnog broja stanovnika u skrbi jedne PS. Izrazito povećanje prosječnog broja posjeta po jednoj PS u Splitsko-dalmatinskoj županiji je najvjerojatnije posljedica izrazitog manjka patronažnih sestara. U Zadarskoj županiji zabilježen je najmanji broj stanovnika i najmanji broj posjeta po jednoj PS. Međutim, u nekim županijama su se događale promjene u prosječnom broju posjeta nevezano uz broj stanovnika u skrbi. To je posebno vidljivo u Brodsko-posavskoj županiji gdje se uz povećanje broja PS povećao i broj posjeta po PS. Rezultati istraživanja mogli bi poslužiti planerima i ugovarateljima zdravstvene zaštite da pokušaju riješiti problem nejednake distribucije patronažne djelatnosti u RH.

Ključne riječi: patronaža

Zvonimir Bendeković, Dom zdravlja Varaždinske županije, Trg kralja Tomislava bb, 42250 Lepoglava,
e-mail: bendek@net.hr

Dobrislav Šimić, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Dobrislav Šimić, Trg Svete Marije 17, 42253 Bednja,
e-mail: dobri@varazdin.com

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić Keglević, Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb,
e-mail: mvrcic@zzrom.org

Summary

Changes that were going on in the total health care system included community health service as well but only a few studies on its evaluation were published. The aim of this study was to explore whether regional differences in the number of community health nurses and the number of their visits from 1995 to 2012 existed. Data from the Croatian Health Service Yearbooks were used for the study. The results showed that the number of community health nurses was slowly increasing until 2010 and decreasing afterwards. The average number of visits per one community health nurse was showing continued increase during the whole studied period. However there were big differences noticed among the counties. In some counties those differences were rather small while in the other they were high. The biggest changes occurred in Splitsko-dalmatinska, Šibensko-kninska, Ličko-senjska, and Brodsko-posavska counties and the smallest in Varaždinska, Primorsko-goranska, and Krapinsko-zagorska counties. This could be explained by increasing or decreasing number of population in the care of one community health nurse. Significant increase of the average number of visits per one community health nurse in Splitsko-dalmatinska county is probably the result of their shortage. In the Zadar county the smallest number of inhabitants and visits was recorded. However in some counties changes in the average number of visits occurred regardless the number of inhabitants in care. It is especially evident in Brodsko-posavska county where together with the increased number of community health nurses the number of visits increased as well. The results of this study could be used by planners and health services' negotiators in order to try to solve the problem of unequal distribution of community health services in the Republic of Croatia.

Key words: community health nursing

Uvod

Počeci rada patronažne službe u Hrvatskoj sežu u tridesete godine 20. stoljeća kada je osnovano Središte sestara pomoćnica za socijalno-higijenski rad u Zagrebu. Ta zdravstveno-socijalna služba bila je usredotočena na rješavanje socijalnih problema. Od 1935. godine počinju i s provođenjem odgojnog rada kroz tečajeve za majku i dijete i njege bolesnika u kući. Osnivanjem domova zdravlja 1952. godine patronažne sestre (PS) preuzimaju polivalentni način rada i sastavni su dio tima liječnika obiteljske medicine (LOM), odgovornih za populaciju na određenom području. Od 1998. godine, kada je uveden slobodan izbor liječnika, LOM preuzima odgovornost za pacijente koji su ga odabrali, a patronažna djelatnost ostaje vezana za teritorijalnu podjelu¹. Prema postojećem zakonu u patronažnoj djelatnosti potrebna je dodiplomska razina obrazovanja, današnji studij sestrinstva². Patronažne sestre samostalni su djelatnici primarne zdravstvene zaštite na temelju Odobrenja za samostalni rad od strane Hrvatske komore medicinskih sestara³.

Nakon privatizacije primarne zdravstvene zaštite, PS su nastavile rad kao uposlenici domova zdravlja s obvezom sklapanja ugovora s HZZO-om za provođenje patronažne djelatnosti. Sukladno Standardima i normativima koji se nisu značajnije mijenjali još Od 1994. godine, jedna PS se ugovara na 5100 stanovnika, s tim da se taj normativ smanjuje na specifičnim područjima kao što su otoci ili veće zemljopisno područje slabe naseljenosti (od 2800-5100 stanovnika)⁴. Struktura rada patronažne službe određena je Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koji se nekoliko puta mijenjao, a zadnja verzija, uz minimalne promjene, donesena je 2012. godine⁵. Prema Planu i programu mjera, normiran je broj posjeta PS pojedinim grupama stanovništava na način da je predviđena 1 posjeta trudnici u tijeku trudnoće, 2 posjete babinjači i novorođenčetu (jedan u prvom tjednu, a drugi nakon 15 dana), 2 posjete dojenčetu do 1 godine

starosti, 1 posjet predškolskom djetetu i najmanje 1 posjet ostaloj djeci i školi. Broj ostalih posjeta nije normiran nego je prepušten procjeni PS i liječnika o individualnoj potrebi bolesnika ili situacije. U to su uključene posjete za procjenu socijalnih i higijenskih prilika, kroničnim bolesnicima i onim starijim od 65 godina koji nisu posljednju godinu bili kod liječnika te invalidima⁵.

Osnivanjem Ustanova za zdravstvenu njegu u kući patronažne sestre dobivaju i novu ulogu u radu s kroničnim bolesnicima. Medicinska sestra iz kućne njege na kraju mjeseca dostavlja izvješće o provedenim postupcima kod pacijenta u kućnoj njezi. Patronažna sestra obvezna je Pravilnikom HZZO-a tijekom razdoblja pružanja zdravstvene njege u kući običi osiguranu osobu i na kraju mjeseca obavijestiti liječnika o stanju pacijenta ili potrebi obavljanja pregleda, o potrebi nastavka ili prekida provođenja njege u kući te k tome priložiti potreban obrazac o stanju pacijenta⁶.

Iako je patronažna djelatnost prvenstveno preventivna i zdravstveno-odgojna koja ima zadaću očuvanja i unapređenja zdravlja, otkrivanja bolesnih i socijalno ugroženih, uočeno je da je glavnina rada PS vezana za kronične bolesnike⁷. Cilj ovog rada je bio istražiti kretanje broja PS, prosječnog broja posjeta po jednoj patronažnoj sestri u periodu od 1995. – 2012. godine i postoje li regionalne razlike po županijama.

Metode rada

Istraživanje je longitudinalno i observacijsko temeljeno na rutinski prikupljenim podacima. Osnovna baza podataka prikupljena je iz Hrvatskih zdravstveno-statističkih ljetopisa, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, za period 1995. - 2012., podaci koji se odnose na patronažnu djelatnost⁸. Podaci su u ljetopisima prikazani po županijama i po vrsti posjeta za svaku pojedinu godinu. Prikupljeni su podaci o broju PS i o broju njihovih posjeta.

Na temelju podataka o ukupnom broju PS i popisa stanovnika za pojedinu godinu i po županijama, izračunat je prosječan broj stanovnika po pojedinoj PS⁹. Na temelju podataka o ukupnom broju posjeta i broju zaposlenih patronažnih sestara u RH za pojedinu godinu i županiju izračunat je prosječan broj posjeta po jednoj patronažnoj sestri. Varijabilnost u prosječnom broju posjeta izračunata je na način da je od maksimalnog prosječnog godišnjeg broja posjeta u promatranom periodu oduzet minimalni.

U obradi podataka korišten je Microsoft Office (Excel), a dobiveni rezultati prikazani su slikovno u obliku linijskih grafikona.

Rezultati

Broj PS u RH raste od 1995. do 2003. godine nakon čega se ustaljuje do 2010., te nakon toga do 2012. pada. U 1995. bilo je zaposleno 709 PS, u 2010. 909 PS, a u 2012. godini broj pada na 835. Međutim, primjećene su značajne varijacije u broju zaposlenih sestara unutar županija i u različitim vremenskim periodima. Na sl. 1 su prikazane sveukupne varijacije za svaku županiju kroz navedeno razdoblje.

Najveća ukupna varijabilnost u broju PS u ispitivanom periodu zabilježena je u Splitsko-dalmatinskoj županiji, u kojoj su razlike između najmanjeg i najvećeg broja PS iznosile 97 PS. U Zagrebačkoj, Koprivničko-križevačkoj, Osječko-baranjskoj i Zadarskoj županiji su varijacije iznosile između 31 i 46 sestara. Najmanja varijabilnost zabilježena je u Krapinsko-zagorskoj, Varaždinskoj i Međimurskoj županiji.

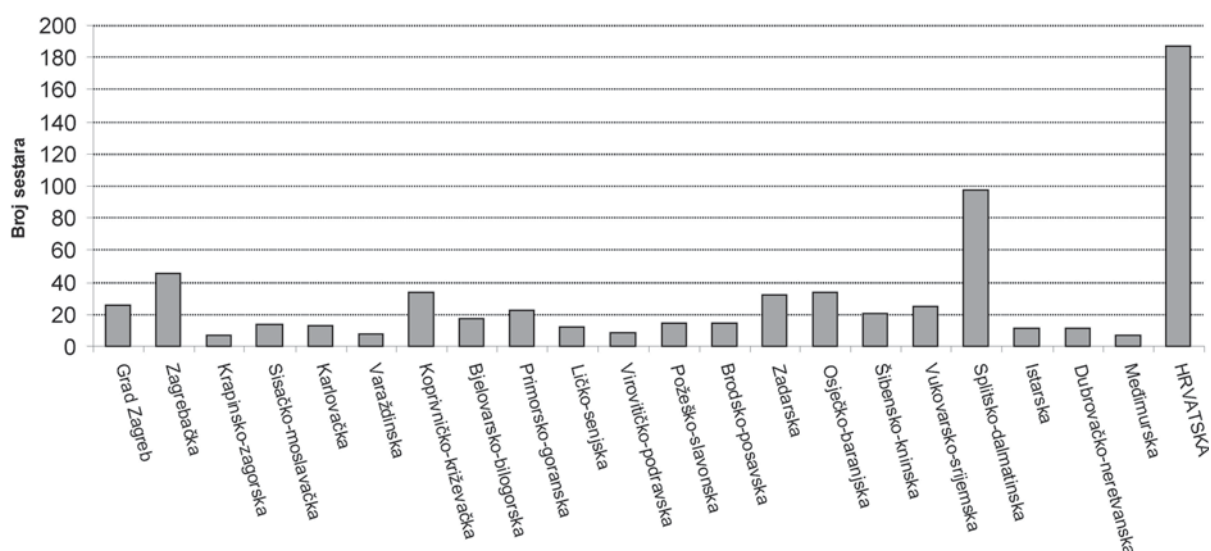
Prosječan broj stanovnika u skrbi jedne PS je u ispitivanom razdoblju pokazivao trend opadanja, s 6563 stanovnika u 1995. na 5132 stanovnika u 2012. godini. Veliki pad je zabilježen u Zadarskoj županiji, s 11304 stanovnika po jednoj PS u 1995 na 3542 stanovnika u 2012. I u Brodsko-posavskoj županiji je prisutan trend pada prosječnog broja stanovnika u skrbi jedne PS s 8333 stanovnika u

1995. na 4664 stanovnika u 2012. godini. Potpuno obrnuti trend se dešavao u Splitsko-dalmatinskoj županiji u kojoj je s prosječno 3361 stanovnika po jednoj PS u 1997. kada je zabilježen najmanji prosječni broj stanovnika u skrbi PS, porastao na 10 336 stanovnika u 2012. godini (sl. 2).

U 18-godišnjem periodu praćenja vidljiv je trend rasta prosječnog godišnjeg broja posjeta po jednoj PS, s 1339 posjeta u 1995. godini na 1826 posjeta zabilježenih u 2012. godini. Međutim, situacija u pojedinim županijama je različita. U Zadarskoj županiji je zabilježen najmanji prosječni godišnji broj posjeta po jednoj PS kroz gotovo cijelo promatrano razdoblje, a kreće se između 732 i 1536 posjeta. I u Splitsko-dalmatinskoj i Brodsko-posavskoj županiji je taj broj bio relativno stabilan i kretao se oko 1500 posjeta godišnje, ali je nakon 2009. godine naglo porastao, na preko 3000 posjeta u Brodsko-posavskoj i na preko 4500 posjeta u Splitsko-dalmatinskoj županiji zabilježenih u 2012. godini (sl. 3). Slične varijacije su zabilježene i u većini ostalih županija i u drugim vremenskim razdobljima, ali ih zbog preglednosti nije moguće grafički prikazati po godinama nego su prikazane kao varijabilnost za sveukupni period praćenja (sl. 4).

Najveće promjene u broju posjeta jedne PS, prikazanih sumarno za cijeli period praćenja, su se dogodile u Splitsko-dalmatinskoj, Šibensko-kninskoj, Ličko-senjskoj i Brodsko-posavskoj županiji. S druge strane, najmanje promjene su zabilježene u Varaždinskoj, Primorsko-goranskoj i Krapinsko-zagorskoj županiji. Posebna je situacija u Splitsko-dalmatinskoj županiji, u kojoj je jedna PS obavila 915 posjeta u 2008. godini, a 4542 posjete u 2012. godini. Dok je u ovoj županiji razlika između najvećeg i najmanjeg broja posjeta iznosila 3627 posjeta, u Varaždinskoj županiji ona je iznosila svega 409 posjeta (sl. 4).

Na sl. 5 je prikazana međužupanijska varijabilnost u broju posjeta jedne medicinske sestre za svaku godinu u periodu od 1995. - 2012. godine. Do 2009. godine, prosječni broj posjeta jedne PS u županijama je bio prilično ujednačen i kretao se za 500 posjeta više ili manje u odnosu na medijan. Npr. u 2008. godini je jedna PS u Splitsko-dalmatinskoj županiji napravila 915, a u Međimurskoj 2062 posjeta, dok je medijan iznosio 1555 posjeta. Nakon 2009. godine nastupa nagli rast razlika, pretežito zbog naglih porasta broja posjeta po jednoj PS u Splitsko-dalmatinskoj i Brodsko-posavskoj županiji.



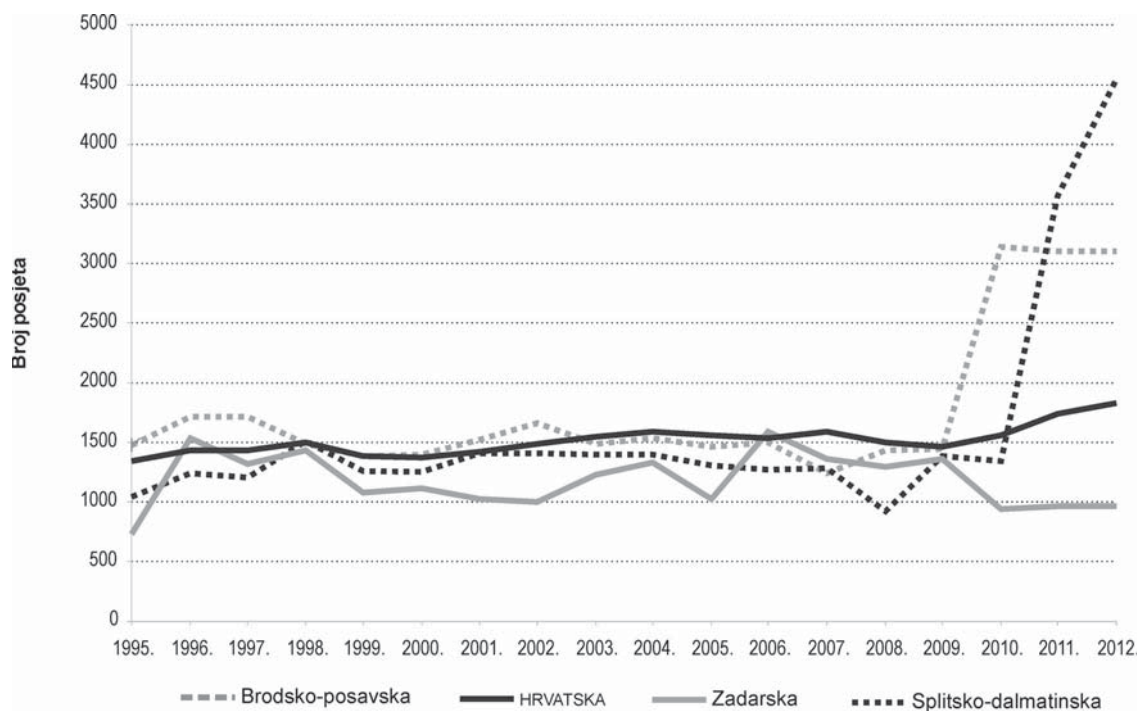
Slika 1. Varijabilnost u broju patronažnih sestara u RH i po županijama, 1995. - 2012.

Figure 1. Variability in the number of community nurses in Croatia according to counties, 1995-2012



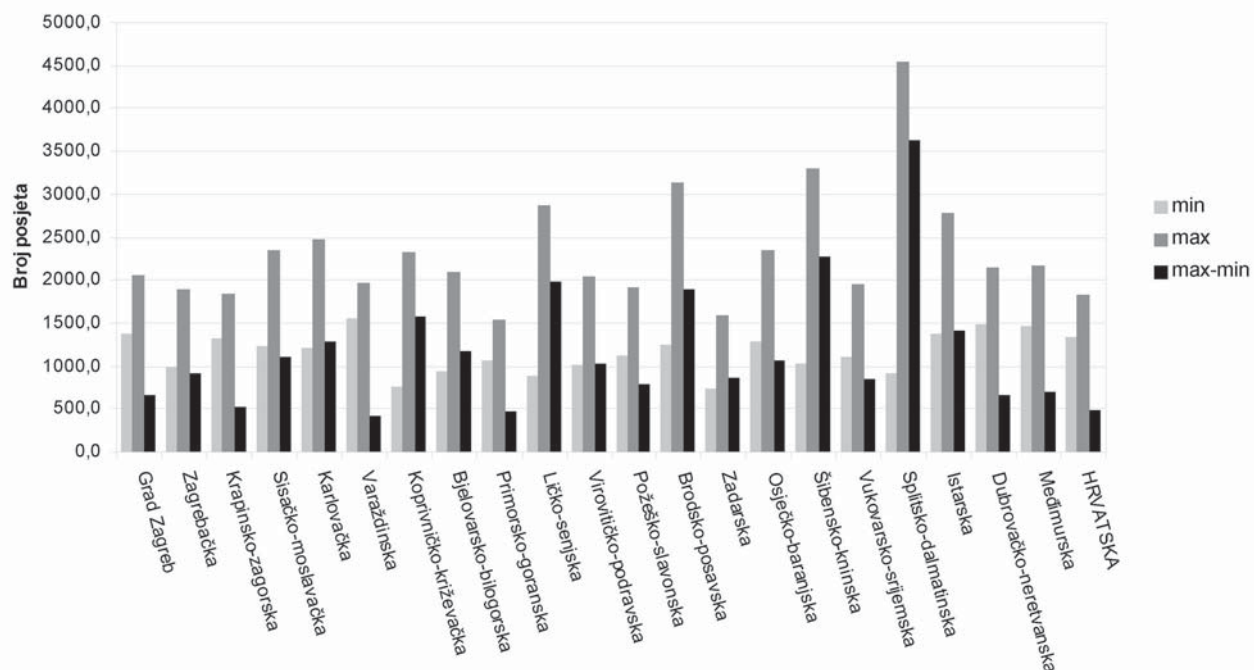
Slika 2. Prosječan broj stanovnika u skrbi jedne patronažne sestre u RH i županijama s najvećim oscilacijama u broju posjeta, 1995. - 2012.

Figure 2. Average number of population in care of one community nurse in Croatia and in the counties with the highest oscilations in the number of visits, 1995-2012



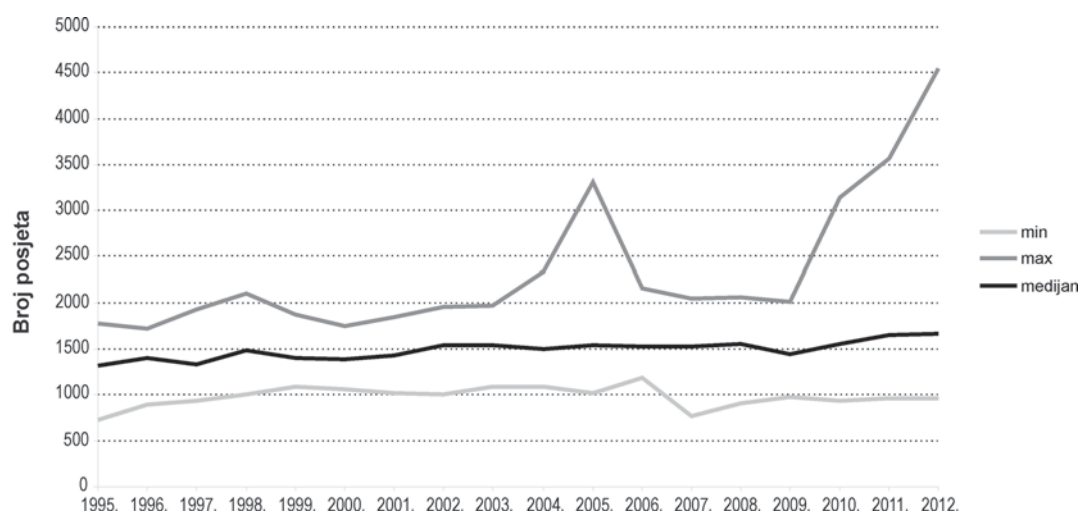
Slika 3. Prosječan broj posjeta po jednoj patronažnoj sestri godišnje u RH i u županijama s najvećim oscilacijama, 1995. - 2012.

Figure 3. Average number of one community nurse visits per year in Croatia and in counties with highest oscilations, 1995-2012



Slika 4. Varijabilnost u prosječnom broju posjeta jedne patronažne sestre u razdoblju od 1995. do 2012.

Figure 4. Variability in the average number of one community health nurse visits from 1995 until 2012



Slika 5. Međužupanijska varijabilnost u prosječnom broju posjeta jedne patronažne sestre u RH, 1995. - 2012.

Figure 5. Intercounty variability in the average number of one community health nurse visits in Croatia, 1995-2012

Rasprava

Rezultati istraživanja pokazuju da, u razdoblju od 1995. do 2003. godine raste broj PS u Republici Hrvatskoj. Nakon toga se ustaljuje do 2010. godine, nakon čega broj opada. Prosječan godišnji broj posjeta po jednoj PS sestra pokazuje kontinuirani rast tijekom cijelog perioda praćenja. Međutim, uočene su velike razlike između županija. U nekim županijama su relativno male varijacije u broju posjeta na jednu PS, dok su u drugima razlike velike. Najveće promjene su se dogodile u Splitsko-dalmatinskoj, Šibensko-kninskoj, Ličko-senjskoj i Brodsko-posavskoj županiji, a najmanje u Varaždinskoj, Primorsko-goranskoj i Krapinsko-zagorskoj županiji. To je djelomično objašnjivo povećanjem ili smanjenjem prosječnog broja stanovnika u skrbi jedne PS, što je u direktnoj ovisnosti o broju PS u pojedinoj županiji. Smanjenjem broja PS u županiji dolazi do povećanja broja posjeta preostalih sestara koje imaju više stanovnika u skrbi. Izrazito povećanje prosječnog broja posjeta po jednoj PS u Splitsko-dalmatinskoj županiji je najvjerojatnije posljedica izrazitog manjka patronažnih sestara. Naime, Sukladno Mreži javne zdravstvene službe, u toj županiji nedostaje 56 PS¹⁰. U Zadarskoj županiji nakon 1999. godine postoji jasna povezanost između prosječnog broja posjeta PS i broja stanovnika u skrbi. U toj je županiji zabilježen najmanji broj stanovnika i najmanji broj posjeta po jednoj PS. Međutim, u nekim županijama su se događale promjene u prosječnom broju posjeta nevezano uz broj stanovnika u skrbi. To je posebno vidljivo u Brodsko-posavskoj županiji gdje se uz povećanje broja PS povećao i broj posjeta po PS. Fenomen smanjenog broja stanovnika u skrbi, a povećanog broja posjeta po jednoj PS je teško objasniti bez dublje analize strukture patronažnih posjeta. To bi moglo upućivati na činjenicu da PS češće posjećuje pojedinog pacijenta, ili pojedine grupe pacijenata. Trebalo bi također analizirati je li njihov broj raspoređen sukladno potrebama pacijenata i/ili sukladno djelokrugu rada patronažne djelatnosti

definiranim Programom mjera zdravstvene zaštite. Međutim, ovo su samo pretpostavke koje je potrebno dodatno istražiti.

Slične rezultate dobio je i Mazzi u svojem istraživanju. I on je uočio regionalne razlike u broju PS, ali i u strukturi patronažnih posjeta, s velikim brojem posjeta kroničnim bolesnicima, roditeljima i novorođenčadi, a manjim brojem od standarda, socijalno ugroženima djelovima populacije i trudnicama⁷. Orjentiranost kroničnim bolesnicima je također vidljiva i iz istraživanja Džakule i sur. te Špehar i sur.^{11,12}. Rezultate istraživanja je vrlo teško uspoređivati s literaturom iz drugih zemalja zbog toga što je organizacija patronažne djelatnosti različita^{13,14}. U većini Europskih zemalja patronažna djelatnost nije organizirana po polivalentnom tipu, nego je, npr. u Velikoj Britaniji, zaposleno više sestara, od kojih je jedna zadužena za zdravstvenu zaštitu majke i djece, druga za zdravstveno odgojne aktivnosti, treća za stariju populaciju, a četvrta samo za psihijatrijske bolesnike¹⁵. Stoga je jedina moguća usporedba sa susjednim zemljama, ali su literaturni podaci također oskudni. Tako npr., u Sloveniji je 2500 stanovnika u skrbi jedne PS definirano kao standard. Međutim, patronažne sestre su djelomično u sustavu koncesija, a djelokrug njihovog rada je drugačiji, više je orjentiran na poslove kućne njege, jer obuhvaća pretežito stariju populaciju¹⁶. U Srbiji je standardni broj definiran na 5000 stanovnika po jednoj PS i pretežito su preventivno orijentirane¹⁷.

Prednosti ovog istraživanja proizlaze iz činjenice što je ono utemeljeno na službenim podacima koji se i inače koriste za planiranja u zdravstvu na nacionalnoj i lokalnim razinama. Osim toga, podaci su na isti način prikupljeni i prezentirani tijekom perioda promatranja, što omogućuje usporedivost. Također je osamnaestogodišnji period praćenja dovoljno dugačak što omogućava donošenje zaključaka da se ne radi o privremenoj pojavi, nego o stalnom trendu. Međutim, podaci su insuficijentni za dublju analizu regionalnih razlika u broju PS i broju patronažnih posjeta. Osim toga, pri prikupljanju podataka, uočene su

stanovite nepreciznosti što bi upućivalo na potrebu pažljivijeg prikupljanja i prikazivanja podataka.

Međutim, usprkos nedostacima dobiveni rezultati o velikim razlikama u broju PS i patronažnih posjeta po županijama mogli bi, planerima i ugovarateljima zdravstvene zaštite, ukazati na potrebu iznalaženja rješenja. Osobito je aktualan problem Splitsko-dalmatinske županije s velikim nedostatkom PS i sukladno tome velikim opterećenjem brojem posjeta, osobito važnim ako se ima u vidu veličina županije s brojnim otocima. Osim toga, postavlja se pitanje standarda broja stanovnika na jednu PS. Je li standard od 5100 stanovnika suviše velik kada se uzme u obzir djelokrug rada, ili kada se uzme u obzir 3500 stanovnika kao standardni broj na jednu sestru u kućnoj njezi? Osobito je važno preispitati standard kada se uzme u obzir rastuće potrebe starijeg stanovništva čiji je udio u RH sve već i, i javno-zdravstvene potrebe uzrokovane socijalnim i ekonomskim promjenama u društvu¹⁸⁻²⁰. Dobiveni rezultati bi također mogli poslužiti kao poticaj za istraživanja učinkovitosti pojedinih intervencija u patronažnoj djelatnosti koja su već prisutna u literaturi, npr. učinkovitost većeg broja posjeta pojedinim pacijentima ili populacijskim grupama koji su uočeni u ovom istraživanju^{21,22}.

Zaključak

Rezultati istraživanja su nedvojbeno pokazali regionalne razlike u broju patronažnih sestara u odnosu na broj stanovnika, kao i regionalne razlike u broju posjeta po jednoj patronažnoj sestri, ponekad i neovisno o broju stanovnika u skrbi. Imajući u vidu jednake potrebe stanovništva na kvalitetnu patronažnu skrb, bilo bi poželjno da planeri i ugovaratelji zdravstvene zaštite porade na smanjivanju regionalnih razlika.

Literatura

1. Mojsović Z i sur. Sestrinsko u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2005.
2. Zakon o izmjenama i dopunama zakona o sestrinstvu. Narodne novine. 2011;(57).
3. Hrvatska komora medicinskih sestara. Odobrenje za samostalan rad. Dostupno na: www.hkms.hr
4. Pravilnik o standardima i normativima prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za 1995. godinu. Narodne novine. 1994;(91).
5. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine. 2006;(126).
6. Izmena Pravila i općih uvjeta ugovaranja primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite i razine zdravstvenih zavoda za razdoblje od 1. travnja do 31. prosinca 2004. godine. Narodne novine. 2004;(81).
7. Mazzi B, Patronažna služba i obiteljski doktor. U: Zbornik radova XI. kongresa HDOD-HLZ. Rovinj 2011. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora; 2011:10-28.
8. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi, 1995-2012, Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1996-2013.
9. Kontingenti stanovništva po županijama, gradovima i općinama. Popis stanovništva 1991, 2001, 2011. godine. Dostupno na: <http://www.dzs.hr/>.
10. Mreža javne zdravstvene službe. Narodne novine 2012;(101).
11. Džakula A, Ivezić J, Žilić M, Crnica V, Bander I, Janev Holcer N i sur. Cardiovascular risk factors and visiting nurse intervention – evaluation of a Croatian survey and intervention model: the CroHort Study. Coll Antropol. 2012;36 Suppl 1: 21–5.
12. Špehar B, Maćešić B. Patronage medical care of patients with diabetes – Health Centre Duga Resa, Croatia. Sestrinski glasnik 2014;19:8-11.
13. Glavin K, Schaffer MA, Halvorsrud L, Kvarme LG. A comparison of the cornerstones of public health nursing in Norway and in the United States. Public Health Nurs 2014;31:153-66.

14. Brookes K, Davidson P, Daly J, Hancock K. Community health nursing in Australia: a critical literature review and implications for professional development. *Contemp Nurse*. 2004;16:195-207.
15. Ilott I, Booth A, Rick J, Patterson M. How do nurses, midwives and health visitors contribute to protocol-based care? A synthesis of the UK literature. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:770-80.
16. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N*. 2006; 40:247-51. Dostupno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-8KZ1CN9H/?&language=eng>
17. Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe. *Službeni glasnik RS* 2005;(107).
18. Sullivan-Marx EM. Is it time for a public health nursing approach to aging? *J Gerontol Nurs*. 2013;39:13-6.
19. Smith K, Bazini-Barakat N. A public health nursing practice model: melding public health principles with the nursing process. *Public Health Nurs*. 2003;20:42-8.
20. Hansen C, Carryer J, Budge C. Public health nurses' views on their position within a changing health system. *Nurs Pract N Z*. 2007;23:14-26.
21. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptill S. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health*. 2014;104 Suppl 1:S136-43.
22. van Bekkum JE, Hilton S. The challenges of communicating research evidence in practice: perspectives from UK health visitors and practice nurses. *BMC Nurs*. 2013;12:17.

KOJE SMO LIJEKOVE NAJČEŠĆE PROPISIVALI U 2012. GODINI?

WHICH MEDICINES WE PRESCRIBED MOSTLY IN 2012?

Željko Vojvodić, Mladenka Vrcić Keglević

Sažetak

Uvod. Analiziranje lijekova s najvećim opsegom potrošnje, kao i onih s najvećim financijskim troškovima, daleko premašuje puki zdravstveno-statistički značaj, otvarajući brojna pitanja o njihovom pravom mjestu i ulozi u suvremenoj farmakološkoj terapiji.

Cilj rada je istražiti ukupnu potrošnju lijekova u 2012. godini, terapijsku potrošnju izraženu u DDD i financijsku izraženu u kunama, te specifično, potrošnju najpropisivanijih lijekova u izvanbolničkoj zaštiti.

Materijali i metode. Istraživanje je kritička analiza (audit), temeljena na rutinski prikupljenim podacima Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode. Iz javno dostupnih podataka o godišnjem potrošnji lijekova, prikupljeni su podaci o općoj potrošnji bolničkoj i izvanbolničkoj, te podaci o potrošnji dvadeset lijekova koji su najčešće propisani na recept na teret HZZO-a, dvadeset lijekova u režimu slobodne prodaje, te prvih dvadeset s obzirom na financijski trošak, kao i podaci o potrošnji lijekova po županijama.

Rezultati. Najveća ukupna, bolnička i izvanbolnička potrošnja, terapijska (izražena stopom DDD/ 1000 stanovnika/ dan) i financijska,

odnosila se na kardiovaskularne lijekove, iza kojih su slijedili lijekovi s djelovanjem na živčani sustav. Među 20 najpropisivanijih lijekova na recept u PZZ-u, na prvom mjestu su bili ramipril, amlodipin i diazepam, dok su prema financijskim pokazateljima na prva tri mjesta atorvastatin, pantoprazol i lizinopril HCT. Također veliki udio u financijskoj potrošnji otpada na lijekove koji su propisani po preporuci kliničkih specijalista, kao što su atipični antipsihotici i biološki lijekovi. U potrošnji lijekova koje pacijenti sami kupuju (OTC lijekovi) najčešća je acetilsalicilna kiselina, te analgetici i antipiretici, uključujući i nesteroidne antireumatike. Također je uočena velika razlika u potrošnji među pojedinim županijama.

Zaključak. U komparaciji s literaturnim spoznajama, visoka potrošnja kardiovaskularnih lijekova je razumljiva zbog javno-zdravstvenog značaja tih bolesti, ali bi se trebao preispitati, s terapijskog i financijskog gledišta, visok udio u potrošnji nekih lijekova, kao što su ramipril, atorvastatin, diazepam, pantoprazol kao i udio lijekova koji su izvan propisivačke ingerencije liječnika obiteljske medicine.

Ključne riječi: propisivanje lijekova, potrošnja u DDD/1000 stanovnika/dan, financijska potrošnja

Željko Vojvodić, Ordinacija obiteljske medicine Bijelo Brdo, N, Tesle 67, 31204 Bijelo Brdo,
e-mail: zeljko.vojvodic@os.t-com.hr

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić Keglević, Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb,
e-mail: mvrccic@zzrom.org

Summary

Introduction. Analysis of pharmaceuticals with the highest consumption rate, as well as those with the highest financial costs, significantly exceeds the mere health statistical importance, opening numerous questions on their true place and role in contemporary pharmacologic therapy.

Aim. The aim was to investigate total drug consumption in 2012, therapeutic consumption expressed in defined daily doses (DDD/1000 inhabitants/day), financial consumption in kunas (HRK), and specifically, the use of most frequently prescribed drugs in community health care setting.

Materials and methods. The research was a critical analysis (audit), based on routinely collected data from the Agency for Medicinal Products and Medical Devices of Croatia. Data on total drug consumption, in both community and hospital settings, of twenty most frequently prescribed refundable drugs, twenty most frequently prescribed non refundable drugs (OTC), twenty drugs with the largest share in financial costs, and data on consumption at regional level (between counties) were extracted from the publicly available annual reports.

Results. The highest total consumption (hospital and community), both therapeutic (in DDDs/1000 inhabitants/ day) and financial, was recorded for cardiovascular drugs, followed by nervous system drugs, were extracted from the publicly available annual reports. Among twenty most prescribed refundable pharmaceuticals in primary care were: ramipril, amlodipin and diazepam, while atorvastatin, pantoprazol and lisinopril HCT were three best-selling drugs which were responsible for high financial expenses. The great share in financial expenditure belonged to drugs prescribed upon recommendation of clinical specialists, such as atypical antipsychotics and biological agents. Acetylsalicylic acid and analgesics (including no steroid anti-inflammatory drugs) prevailed mostly

among the OTC drugs. There were great differences in consumption among counties.

Conclusion. When we compare our findings with those we found in literature, such a large use of cardiovascular drugs is understandable, because of cardiovascular diseases public health significance. High usage of several drugs, such as ramipril, atorvastatin, diazepam and pantoprazol should be revised from the therapeutic and financial point of view, as well as the proportion of drugs for which family practitioners are not competent to prescribe.

Key words: prescribing of drugs, utilization in DDDs/1000 inhabitants/ day, financial costs

Uvod

Najpropisivaniji lijekovi kao vrlo česta, ali za struku ništa manje izazovna tema, susreću se u radovima o javnozdravstvenoj potrošnji praktički od samih početka njenog praćenja. Značaj ovog problema prepoznatljiv je već na prvi mah, koliko se javnog novca odvaja za lijekove „u trendu“, te koliki je njihov udio u sveukupnoj potrošnji. Ono što je manje jasno, i što daje čitavom problemu pomalo zagonetnu nijansu, jest zašto su baš ti lijekovi najpopularniji, što je dovelo do toga da se nađu na vrhu potrošnje, te jesu li novčana sredstva koja se za njih izdvajaju opravdana, ujedno i rješavanjem najvećih javnozdravstvenih problema u populaciji. Činjenica je, da u našoj zemlji sveukupne troškove za lijekove pa tako i za „najpropisivanje“, pokriva najvećim dijelom (preko 90 %) Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). U situaciji stalno rastućih zdravstvenih troškova, te ograničenog priliva sredstava u fond tim više je opravdano analiziranje strukture potrošnje i odvagivanje svake pojedine stavke (lijeka) prema kriterijima opravdanosti.

Propisivanje lijekova, a pogotovo racionalno propisivanje teško je jasno definirati. Već je odavno opisano mnoštvo čimbenika, većeg ili manjeg značaja, jačeg ili slabijeg utjecaja na najvažnijeg

propisivača, liječnika obiteljske medicine (LOM-a). Među brojnima ističu se: a) od strane liječnika: edukacija, kliničke smjernice, osobni stavovi o lijekovima, osobna lista preferencijalnih lijekova, propisivačka navika, cijena, jednostavnost doziranja, mišljenja starijih kolega i stručnih autoriteta, pravilo da se slijedi terapija preporučena od bolničkog specijaliste, b) od strane pacijenta: „pritisci“ za propisivanje lijekova za koje su čuli da su „najbolji“, utjecaj prijatelja, rodbine, medija, c) od strane farmaceutske industrije: promocija lijekova putem posjećivanja i razgovora s liječnikom u ordinaciji, putem stručnih časopisa, seminara i kongresa, plaćanje kotizacija za kongrese, te na kraju d) od strane državnih regulatornih agencija: ograničavanje količine recepata, limitiranje financijske potrošnje, obveza određenog udjela generika u godišnjoj količini itd¹⁻⁶. Istraživanja o potrošnji lijekova u domaćoj literaturi zastupljena su relativno dobro, te se pretraživanjem baza podataka na hrvatskom (npr. Hrčak) prikazuju desetine članaka, s raznolikim tematskim obuhvatom, od propisivanja lijekova djeci i starijim osobama, praćenja potrošnje pojedinih terapijskih skupina, do razmatranja o štetnim nuspojavama i interakcijama kao neizostavnom aspektu svakodnevne rutinske prakse⁷⁻¹¹. Nedostaju, međutim, publicirana istraživanja u kojima bi se sustavno pratila specifičnost potrošnje i propisivanja lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ).

Radi uvida u strukturu propisivanja u PZZ-u, te ocjene opravdanosti mjesta i uloge najčešće propisivanih lijekova u Republici Hrvatskoj (RH), odabrani su podaci o potrošnji lijekova Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED). Ciljevi istraživanja su bili: a) utvrditi opću potrošnju lijekova u RH u 2012. godini; b) utvrditi 20 najpropisivanijih lijekova u PZZ (propisanih na recept, na teret HZZO-a); c) utvrditi 20 najčešćih lijekova u slobodnoj prodaji (uključujući i one na „privatni recept“ poput bromazepama i metamizola); d) utvrditi njihov udio u sveukupnoj potrošnji; e) analizirati, uz pomoć literature, opravdanost propisanih lijekova.

Metode

Istraživanje je provedeno kao kritička analiza (audit) propisivačke prakse u PZZ-u na temelju rutinski prikupljenih podataka HALMED-a. U bazi podataka HALMED za praćenje potrošnje lijekova, oni su svrstani u 14 skupina Anatomsko-terapijsko-kemijskog (ATK) sustava klasifikacije lijekova Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, engl. WHO) prema terapijskoj skupini i internacionalnom nezaštićenom nazivu (INN)¹². U Izvješću za 2012. godinu su obrađeni svi podaci iz mreže ljekarni, bolničkih ljekarni te specijaliziranih prodavaonica lijekova na malo dostavljeni HALMED-u do kraja lipnja 2013. godine, čineći 97,56% svih pravnih subjekata koji se bave prometom gotovih lijekova na malo na području RH. Budući da navedeni podaci predstavljaju 97,56% izvješća od svih mogućih, pa su metodom ekstrapolacije uvećani za 2,44% te je na taj način dobivena pretpostavljena sveukupna vrijednost potrošnje lijekova u RH za 2012. godinu, izražena stopom DDD/1000 stanovnika/dan i u kunama. Pri izračunu broja DDD-a korišten je „ATC index with DDDs 2012, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo“¹³. Za izračunavanje DDD/1000 stanovnika/dan uzet je broj stanovnika u RH u 2012. godini, prema procjeni trenda broja stanovnika u posljednjih pet godina (službeni podaci Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske). Za izračunavanje DDD/1000 stanovnika/dan po županijama uzet je broj stanovnika u pojedinoj županiji u 2012. godini, prema procjeni trenda broja stanovnika u županijama, u posljednjih pet godina¹⁴.

Za potrebe ovog istraživanja te radi stjecanja uvida u opću potrošnju, najprije su prikupljeni podaci o ukupnoj (bolničkoj i izvanbolničkoj) potrošnji lijekova u 2012. godini, prema DDD/1000 st./dan i prema financijskoj potrošnji izraženoj u kunama, za pojedinačne ATK skupine. Osim toga, prikupljeni su i podaci o dvadeset najpropisivanijih lijekova na recept, odnosno na teret HZZO-a, također izraženi u DDD/1000 stanovnika/dan i u kunama. Budući da su jedino liječnici u PZZ,

a među njima je najveći broj LOM-a, ovlašteni za propisivanje lijekova na recept čije troškove pokriva HZZO, u daljnjem tekstu ćemo potrošnju ovih lijekova klasificirati kao potrošnju u PZZ-u. Također su prikupljeni i podaci o dvadeset lijekova koji ne idu na teret HZZO-a, bilo da su kupljeni kao OTC preparati ili na privatni liječnički recept, kao i podaci o izvanbolničkoj potrošnji lijekova, (receptnih i bezreceptnih), po županijama, također prikazani su u DDD/1000 st./dan i u kunama¹².

Podaci su obrađeni korištenjem Microsoft Office paketa (Excell) a rezultati su prikazani tablično u obliku frekvencija i u postotcima.

Rezultati

Sveukupna farmaceutska potrošnja u Hrvatskoj je u 2012. iznosila 926,29 DDD/1000 stanovnika/ dan, odnosno, financijski, 5.074,574.293 HRK. Najveća terapijska potrošnja (tbl. 1) zabilježena je kod pripravaka koji djeluju na kardiovaskularni sustav

(37,42 % sveukupne količine), živčani sustav (16,02 %) te probavni sustav i mijenu tvari (13,73 %). Ostale skupine (pripravci za krv i krvotvorne organe - 10,62 %, respiratorni lijekovi – 5,57 %, pripravci za liječenje koštano-mišićnih bolesti -5,54 %, za liječenje uro-genitalnih poremećaja – 4,05 %) zaostaju znatno za prvom „trojkom“, zadržavajući, pak, svaka pojedinačno udio od oko 10 % ili manje. Antibiotici za sustavnu primjenu, sačinjavaju oko 2,57 % sveukupne potrošnje. Prve tri grupe pripravaka za koje su izdvojena najveća financijska sredstva, oko 2,58 milijardi HRK ili 51 % sveukupnih troškova su, ponovno, kardiovaskularni lijekovi (19,8 %) i pripravci za živčani sustav (16 %), a na trećem mjestu su lijekovi za zloćudne bolesti, s 767 milijuna HRK ili 15,12 % sveukupnih troškova. Za njima slijede pripravci koji djeluju na probavni sustav i mijenu tvari (13,9 %), lijekovi za liječenje sustavnih infekcija (8,43 %), te lijekovi za respiratorne bolesti (6,35 %).

Udio 20 najzastupljenijih lijekova na recept koji su

Tablica 1. Ukupna potrošnja lijekova u 2012. godini (u DDD/1000 st./dan i u HRK) po glavnim terapijskim skupinama

Table 1. Total drug consumption in 2012 (DDDs/1000 inhabitants/ day and in Croatian kunas) according to main therapeutic groups

ATK oznaka		Nazivi glavnih ATK skupina	DDD/1000 st./dan	HRK	Mjesto
1	C	Pripravci koji djeluju na kardiovaskularni sustav	346,64	1.005,246.654	1.
2	N	Pripravci koji djeluju na živčani sustav	148,40	815,619.248	2.
3	A	Lijekovi za probavni sustav i mijenu tvari	127,18	707,548.409	4.
4	B	Pripravci koji djeluju na krv i krvotvorne organe	98,43	282,380.686	7.
5	R	Pripravci koji djeluju na respiratorni sustav	51,59	322,508.264	6.
6	M	Pripravci koji djeluju na mišićno-koštani sustav	51,35	204,837.256	8.
7	G	Pripravci koji djeluju na uro-genitalni sustav	37,52	163,381.181	9.
8	H	Sustavni hormoni, bez spolnih hormona	24,90	75,403.880	13.
9	J	Pripravci za liječenje sustavnih infekcija	23,84	428,121.057	5.
10	S	Pripravci koji djeluju na osjetila	8,54	88,252.738	12.
11	L	Za liječenje zloćudnih bolesti i imunomodulatori	6,88	767,382.490	3.
12	P	Pripravci za liječenje parazitarne infekcija	0,59		
13	D	Pripravci koji djeluju na kožu	0,29	102,585.941	11.
14	V	Razni drugi pripravci	0,15	106,052.976	10.
		Ukupno	926,29	5.074,574.293	

propisani u PZZ-u (tbl. 2) i čije troškove refundira HZZO (394,1 DDD/1000 st./dan), u sveukupnoj potrošnji mjerenoj u DDD bio je 42,54 %, a u financijskoj 23,55 %. Najčešće propisivani bili su antihipertenzivi, i to ACE inhibitori (106,57 DDD/1000 st./dan ili 27,04 %), s vodećim ramiprilom (51,65 DDD), te antagonisti kalcijevih kanala (79,23 DDD/1000 st./dan ili 20,10 %), s najzastupljenijim amlodipinom. Ove dvije podskupine zajedno čine gotovo polovinu (47,14 %) od prvih dvadeset najčešće propisanih lijekova u PZZ, te 20,05 % u sveukupnoj godišnjoj potrošnji. Statini, kao podskupina unutar kardiovaskularnih lijekova, su s 52,22 DDD/1000 st./dan (13,25 %) također visoko rangirani, među njima na prvom

mjestu atorvastatin (26,53 DDD/1000 st./dan). Od psihotropnih lijekova (90,26 DDD/1000 st./dan ili 22,9 %), najčešće su propisivani na trećem mjestu diazepam i na sedmom mjestu alprazolam.

Antidijabetici (skupina lijekova s učinkom na probavni sustav i mijenu tvari) su zastupljeni s 59,36 DDD/1000 st./dan, najčešće metformin na osmom i i glimepirid na jedanaestom mjestu. Među lijekovima koji djeluju na probavni sustav izdvaja se podskupina za liječenje poremećaja kiselosti (ATK A02), s 35,09 DDD, od toga deveti na listi pantoprazol čini gotovo polovinu (17,18 DDD/1000 st./dan), ukupne potrošnje tih lijekova. Dva predstavnika nesteroidnih antireumatika,

Tablica 2. Dvadeset najzastupljenijih lijekova na recept (na teret HZZO-a) u terapijskoj (DDD/1000 st./dan) i financijskoj potrošnji u 2012.

Table 2. Twenty most represented prescribed drugs (charging the Croatian Health Insurance Fund) in therapeutic (in DDD/1000 inhabitants/day) and financial expenditures in 2012.

	Lijek propisan na recept	DDD/1000 st./dan	Lijek - potrošnja	Izdaci - kune
1	ramipril	51,65	atorvastatin	112,369.383
2	amlodipin	50,70	pantoprazol	101,158.650
3	diazepam	29,48	lizinopril HCT	79,801.381
4	furosemid	28,59	inzulin aspart	74,347.671
5	atorvastatin	26,53	salmeterol i ostali	67,353.493
6	lizinopril	24,17	amoksicilin klav kis	65,986.502
7	alprazolam	22,01	olanzapin	65,006.445
8	metformin	17,35	ramipril	62,581.232
9	pantoprazol	17,18	amlodipin	61,469.514
10	lacidipin	15,99	imatinib	59,761.760
11	glimepirid	13,48	trastuzumab	55,403.015
12	levotiroksin-natrij	13,10	risperidon	54,225.106
13	simvastatin	12,23	simvastatin	49,833.548
14	bisoprolol	12,13	namirnice za enter. primj.	48,544.338
15	diklofenak	12,12	rituksimab	45,408.738
16	ibuprofen	11,95	ranitidin	42,499.950
17	tamsulozin	9,77	klopidogrel	39,163.067
18	loratidin	9,06	ramipril HCT	37,985.183
19	isosorbidmononitrat	8,36	kvetiapin	36,512.557
20	atenolol	8,25	bisoprolol	36,089.077
	Ukupno	394,1		1.195,500.610

diklofenak i ibuprofen, zauzimaju petnaesto i šesnaesto mjesto, zajedno čineći 24,07 DDD/1000 st./dan. Među prvih dvadeset po terapijskoj potrošnji nema niti jednog antibiotika (godišnja izvanbolnička potrošnja 22,95 DDD/1000 stanovnika/dan), ali se tim više ističe financijski trošak amoksicilin-klavulanske kiseline od 66 milijuna HRK, zastupljenog s relativno niskih, u odnosu na ostale terapijske skupine, 8,65 DDD.

Među dvadeset najskupljih lijekova, s najviše potrošenog javnog novca, su atorvastatin (112,37 milijuna HRK), za kojim slijedi pantoprazol (101,16 milijuna), te lizinopril HCT (79,8 milijuna HRK) itd. Atorvastatin ima udio od 9,4 % među dvadeset najskupljih, te 2,21 % u sveukupnim

financijskim troškovima za lijekove tijekom 2012. godine. Odgovarajući udjeli za drugi po potrošnji pantoprazol su 8,46 % i 2 %, a za treći, kombinaciju lizinopril s hidroklortiazid, 6,7 % i 1,57 %.

Udio dvadeset najzastupljenijih lijekova, kupljenih na privatni recept ili bez njega, u terapijskoj potrošnji mjerenoj u DDD je 12,11 %, a u financijskoj 5,37 %, premda, u usporedbi s lijekovima na recept, jedino se acetilsalicilna kiselina izdvaja s 53,03 DDD, te donekle cijanokobalamin i askorbinska kiselina, dok je udio ostalih preparata marginalan (tbl. 3). Pacijenti su najčešće kupovali analgetike, bilo kao jednokomponentne preparate, bilo u raznim kombinacijama, te u manjoj mjeri antitusike, anksiolitike te lijekove protiv vrtoglavice

Tablica 3. Dvadeset najprodavanijih lijekova koji nisu na teret HZZO-a, u DDD i kunama.

Table 3. Twenty most frequently sold drugs not charged by the Croatian Health Insurance Fund, in DDD and in Croatian kunas

	Lijek	DDD/1000 st./dan		HRK
1.	acetilsalicilna kiselina	53,03	acetilsalicilna kiselina	39,569.983
2.	cijanokobalamin	13,26	paracetamol i psiholeptici, komb.	38,188.457
3.	askorbinska kiselina	10,18	paracetamol	34,781.354
4.	ibuprofen	4,53	ibuprofen	30,153.331
5.	paracetamol	4,19	acetilsalicilna kiselina, komb. bez psiholeptika	12,998.609
6.	bisakodil	2,77	antiseptici oralni, različiti	11,978.243
7.	nafazolin	2,47	paracetamol bez psiholeptika, komb.	9,514.939
8.	oksimefazolin	2,25	sildenafil	8,942.408
9.	bromazepam	2,11	diklofenak	8,615.714
10.	diazepam	2,09	bromazepam	7,821.527
11.	betahistin	1,84	oksimefazolin	7,555.267
12.	cinarizin	1,79	vitamini B kompleksa	7,538.543
13.	alprazolam	1,71	ibuprofen	7,520.566
14.	klindamicin	1,55	bisakodil	7,500.213
15.	laktuloza	1,52	betahistin	7,416.857
16.	bromheksin	1,46	solu Al, Ca, Mg, obične, komb.	6,966.456
17.	deksametazon	1,25	ginkgo biloba	6,506.743
18.	mikonazol	1,08	klotrimazol	6,308.199
19.	acetilcistein	1,07	oksimefazolin	6,280.947
20.	diklofenak	1,05	klotrimazol	6,249.034
	Ukupno	111,2		272,407.390

(betahistin).

Potrošnja lijekova se posebno ističe u pojedinim županijama (tbl. 4), u kojima je podjednako izražena i kao terapijska (DDD) i kao financijska. Na prvom mjestu po stopi DDD/1000 st./dan je Požeško-slavonska županija (1530,76 DDD), za kojom slijede Karlovačka (1121,85 DDD), Varaždinska (1041,94 DDD), te Ličko-senjska (1022,36 DDD). Financijski gledano, najviše je potrošeno u Karlovačkoj županiji (126 milijuna HRK), te Dubrovačko-neretvanskoj (121 milijun HRK) i Požeško-slavonskoj (110 milijuna HRK), a prema broju stanovnika (HRK/ stanovniku) ponovno u

Požeško-slavonskoj, s 1419,9 HRK/ stanovniku, te Dubrovačko-neretvanskoj i Karlovačkoj.

Najmanja terapijska potrošnja bilježi se u Brodsko-posavskoj (474,5 DDD), te Splitsko-dalmatinskoj županiji (818,9 DDD), dok je najmanje novca za lijekove utrošeno u Ličko-senjskoj županiji (44,8 milijuna HRK), Virovitičko-podravskoj i Brodsko-posavskoj županiji. Prema broju stanovnika, razmjerno je najmanje potrošeno u Brodsko-posavskoj (410 HRK /stanovniku), Koprivničko-križevačkoj (690 HRK/ stanovniku) i Virovitičko-podravskoj (755,9 HRK/ stanovniku).

Tablica 4. Izvanbolnička potrošnja (receptni i kupljeni lijekovi) po županijama – u DDD/1000 st./ dan i u kunama, u 2012. godini.

Table 4. Out-hospital consumption (prescriptions and bought drugs) by counties – in DDD/1000 inhabitants/day, in Croatian kunas in 2012

Županija	DDD/1000 st/dan	HRK	Broj stanovnika	HRK/ stanovnik
Zagrebačka	829,89	257,627.486	317.606	811,2
Krapinsko-zagorska	980,64	121,441.312	132.892	913,8
Sisačko-moslavačka	981,23	154,279.589	172.439	894,6
Karlovačka	1,121,85	126,377.017	128.899	980,4
Varaždinska	1,041,94	157,712.573	175.951	896,3
Koprivničko-križevačka	868,47	91,697.098	132.892	690
Bjelovarsko-bilogorska	952,48	106,964.679	119.764	893,1
Primorsko-goranska	893,82	263,030.275	296.195	888
Ličko-senjska	1,022,36	44,817.228	50.927	880
Virovitičko-podavska	837,46	64,131.789	84.836	755,9
Požeško-slavonska	1,530,76	110,407.518	78.034	1414,9
Brodsko-posavska	474,53	65,044.748	158.575	410,2
Zadarska	838,9	153,630.064	170.017	903,6
Osječko-baranjska	908,45	257,367.542	305.032	843,7
Šibensko-kninska	901,2	98,278.228	109.375	898,5
Vukovarsko-srijemska	869,85	147,338.173	179.521	820,7
Splitsko-dalmatinska	818,95	391,854.582	454.798	816,6
Istarska	826,13	183,073.372	208.055	879,9
Dubrovačko-neretvanska	893,73	121,478.516	122.568	991,1
Međimurska	874,14	98,930.256	113.804	869,3
Grad Zagreb	913,2	725,112.170	790.017	917,8
Ukupno		3.740,594.215	4,302.197	

Rasprava

Dobiveni rezultati jasno ukazuju na nekoliko činjenica o kojima bi prvenstveno obiteljska medicina, ali i sveukupna zdravstvena zajednica, trebala povesti računa. Prvo, u ukupnoj potrošnji, bolničkoj i izvanbolničkoj, kardiovaskularni lijekovi su najzastupljenija skupina, s potrošnjom više nego dvostruko većom od drugo-rangiranih lijekova s učinkom na živčani sustav. To je i razumljivo, ako imamo u vidu značaj srčanožilnih bolesti kao najraširenijeg javnozdravstvenog problema današnjice. Potrošnja od 346,64 DDD/1000 st./dan znači da približno 34 % cjelokupne populacije uzima neki kardiovaskularni preparat svakodnevno, tijekom godine¹³. S obzirom da je 1.663.693 stanovnika iznad 50 godina (38,82 % populacije), te ako znamo da je glavno indikacijsko područje ove skupine upravo prevencija i liječenje bolesti srca i krvnih žila, koje se manifestiraju već u srednjoj životnoj dobi, možemo zaključiti da opseg potrošnje tih lijekova prati dobnu strukturu populacije¹⁴. Ako se ovome pribroji i acetilsalicilna kiselina, čini se da čak i do 100 % ovog populacijskog segmenta uzima svakodnevno neki od „lijekova za srce“. Međutim, sigurno je da to nije stvarnost, jer neki bolesnici uzimaju dva ili više lijekova, a neki ljudi te dobi niti jedan. Bez obzira na ove kalkulacije, podaci zaslužuju daljnju elaboraciju u drugim istraživanjima, osobito ako se ima u vidu da su kardiovaskularne bolesti obuhvaćale 12,2% ukupnog pobola u obiteljskoj medicini u 2012. godini što približno odgovara pobolu u ukupnoj populaciji¹⁵. Ostaje, stoga, za razmišljanje činjenica da 12,2% bolesti „troši“ 38,82 % ukupne količine lijekova, kao i pitanje koliko su za ovakav omjer isključivo odgovorni LOM-ovi, a koliko klinički specijalisti. Isto tako, bilo bi dobro šire razmotriti visoku potrošnju ovih lijekova s obzirom na činjenicu kontinuiranog opadanja kardiovaskularne smrtnosti u razvijenim zemljama (već od 50-ih godina prošlog stoljeća), započetog davno prije primjene novijih terapijskih podskupina, dok je u nas opadala znatno sporije, a u nekim periodima čak i rasla¹⁶.

Drugo, među prvih dvadeset lijekova na recept, te propisanih najvećim dijelom od strane LOM-a je ramipril. Favorizirani položaj ovog lijeka (prvi na listi najpropisivanijih, treći na listi najprodavanijih, s 100,5 milijuna HRK), najvjerojatnije je odraz ranijih nagovještaja njegovog učinka izvan glavnog indikacijskog područja ACE skupine. Prve kliničke studije pokazale su, naime, izvjesno smanjivanje visokog rizika od akutnih koronarnih incidenata, što je kasnije revidirano i pokazano da ovaj lijek nema komparativnih prednosti u odnosu na ostale ACEI¹⁷. U nas se, najvjerojatnije zadržala terapijska praksa temeljena na ranijim kliničkim istraživanjima, što je, zajedno s farmaceutskom promocijom, moglo dovesti do ovako visoke potrošnje¹⁸. Od ostalih lijekova iz ove skupine, jedino je lizinopril korišten u većem opsegu, i to ne toliko terapijskom (DDD), koliko financijskom, zbog visoke cijene lizinoprijske kombinacije (potrošeno 79,8 milijuna HRK). Jeftinog i jednako učinkovitog enalapрила nema međutim ni među prvih pedeset lijekova. To je posebno važno ako se uzme u obzir da svi ACEI imaju podjednaku terapijsku učinkovitost i međusobno, i u usporedbi s druge dvije, slične podskupine, s antagonistima angiotenzinskih receptora i direktnim inhibitorima renina, u njihovoj glavnoj indikaciji, esencijalnoj hipertenziji^{19, 20}. Osim toga, učinak ramipрила, perindopрила i trandolapрила na sveukupnu kardiovaskularnu smrtnost, smrtnost od koronarne bolesti, te na smanjenje rizika akutnih komplikacija koronarne bolesti je dvojben²¹. Ostaje otvoreno i pitanje zašto naši LOM-ovi ovako često koriste ACEI u terapiji esencijalne hipertenzije kada je dokazana učinkovitost svih ostalih skupina antihipertenziva, pa se sukladno NICE smjernicama i ovisno o ukupnom kardiovaskularnom riziku, kao prvi izbor mogu primijeniti i drugi²².

Treće, vodećeg ramipрила blisko „prati“ amlodipin, s 50,70 DDD, te zajedno sudjeluju s gotovo četvrtinom potrošnje (26 % ili 102,35 DDD) u prvih dvadeset lijekova. Dva antihipertenziva na prvom mjestu (svaki s 50 DDD) odražavaju

veličinu javnozdravstvenog problema hipertenzije, kao najčešće kardiovaskularne bolesti, s jedne strane²³, dok je s druge strane, ohrabrujuća spoznaja o visokoj poziciji jeftinog, učinkovitog i podnošljivog amlodipina. Odabir ovog lijeka je opravdan i poželjan, u usporedbi s podjednako učinkovitim ali skupljim lacidipinom (oko 16 DDD)²².

Četvrto, podskupina statina je također na (opravdano?) visokom mjestu najpropisivanijih lijekova. Dodatni je problem što vodeće mjesto u terapijskoj i financijskoj potrošnji pripada atorvastatinu (26,53 DDD i 112,4 milijuna HRK). Simvastatin, na trinaestom je mjestu po volumenu potrošnje i po financijskom trošku, čini se previše „udaljen“. Budući su svi statini u odgovarajućim dozama terapijski ekvivalentni u snižavanju ukupnog i LDL kolesterola, ovaj skupi lijek bi trebao biti daleko od vodeće pozicije²⁴. Odnos medijana cijena DDD simvastatina i atorvastatina bio je u 2012. 2,32 : 2,73 HRK/ DDD. Bilo bi zanimljivo istražiti među LOM-ima koliko je odabir atorvastatina rezultat inertnih propisivačkih navika i stavova, a koliko realne procjene koristi i koštanja, to više, ako se uzmu u obzir novije spoznaje o nuspojavama statina s jedne strane te kontroverzne preporuke o širenju indikacija s druge²⁵⁻²⁷.

Peto, prevelika je potrošnja diazepama, na trećem, i alprazolama, na sedmom mjestu rang liste od 20 najzastupljenijih u 2012. godini. U ovom slučaju nije samo u pitanju cijena, nego je važnije pitanje potrebe, kliničke indikacije, za opravdanost tako visoke potrošnje anksiolitika. Tim više što stvarni udio neuroza, akutnih reakcija na stres i poremećaja ličnosti u ukupnom morbiditetu nije tako visok, a isto tako postoji problem nepoželjnih učinaka kontinuirane primjene, a u zadnje vrijeme i moguće uloge diazepama u etiologiji Alzheimerove bolesti^{28, 29}.

Šesto, ohrabrujuće je što među dvadeset najpropisivanijih lijekova nema niti jednog antibiotika, koji su, sukladno inozemnoj literaturi,

na sedmom mjestu potrošnje u skupini 27 zemalja EU i SAD³⁰. Ipak, amoksicilin-klavulanska kiselina se nalazi na šestom mjestu među dvadeset lijekova na koje su izdvojena najveća financijska sredstva (65,986.502 kn). Odavno je poznato kako su indikacije za amoksicilin i amoksicilin-klavulansku kiselinu su u većini kliničkih infekcija u vanbolničkom okruženju gotovo identične (i to zahvaljujući amoksicilinskoj komponenti), a također im je ista i terapijska učinkovitost, pa je stoga upitno njegovo favoriziranje u većini infekcija koje se susreću u ordinaciji LOM-a³¹.

Sedmo, razumljivo je da se u ostatku liste od 20 najčešće propisivanih lijekova na recept nalaze antidijabetici zbog povećane prevalencije dijabetesa, ali zašto su inzulini toliko u uporabi da zauzimaju četvrto mjesto po financijskoj potrošnji? Također se postavlja pitanje koliko je opravdano tako visoko mjesto u propisivanju pantoprazola, diklofenaka, ibuprofena, pa i antihistaminika. Da li je visoka potrošnja pantoprazola možda dijelom uzrokovana korištenjem acetilsalicilne kiseline?

Osmo, posebnu pozornost bi trebalo usmjeriti na činjenicu što se među 20 najskupljih lijekova nalaze se i oni propisani po preporuci kliničkih specijalista i na koje LOM teško da može imati utjecaja. Atipične antipsihotike određuju isključivo psihijatri, te sudjeluju u troškovima s impresivnih 165,8 milijuna HRK, ili 13,86 % unutar liste najskupljih, a neposredno ih slijede biološki lijekovi s 160,5 milijuna HRK (13,43 % unutar najskupljih). Uzrok za često propisivanje ovih lijekova ne može se naći u javnozdravstvenom značaju ovih bolesti, jer je njihov udio u sveukupnom pobolu malen. Jesu li u pitanju doslovno provođenje kliničkih smjernica ili pak nedostatak svijesti o financijskom teretu tih lijekova, teško je zaključivati na temelju objavljenih istraživanja^{32, 33}.

Deveto, uočene su regionalne razlike u propisivačkoj praksi među županijama. Trostruko veća potrošnja između dviju susjednih županija, Požeško-slavonske i Brodsko-posavske, te gotovo 3,5 puta veća potrošnja (mjerena stopom HRK/

stanovnik), ne mogu se objasniti, ni razlikama u morbiditetu (budući da su obadvije u Slavoniji, i međusobno susjedne), niti razlikama u primjeni smjernica, kao niti „agresivnijom“ farmaceutskom promocijom u jednoj županiji, u odnosu a drugu, već prije stavovima i navikama u propisivačkoj praksi LOM-a, te stavovima i navikama pacijenata o uzimanju lijekova²⁻⁶.

Prednost ovog istraživanja proizlazi iz činjenice što je ono utemeljeno na podacima HALMED-a, službene, nacionalne agencije za praćenje prometa lijekovima. Pouzdani su jer su pristigli iz više od 97 % ljekarni i ostalih ustanova zaduženih za promet lijekovima u RH, a dodatno su i korigirani na uobičajeni način. Nedostatak istraživanja, međutim, je u tome što je ono presječno i odnosi se samo na 2012. godinu. Pitanje je, da li je ovakva propisivačka praksa postojala i u prijašnjim godinama i kakvi su trendovi propisivanja pojedinih lijekova. Osim toga, podaci nisu pogodni za dublju analizu kompleksnosti racionalnog propisivanja lijekova.

Bez obzira na nedostatke, dobiveni rezultati bi prvenstveno mogli potaknuti svakog LOM-a da razmisli o razlozima osobne propisivačke prakse i da je eventualno korigira. Mogli bi također poslužiti i organizatorima i financijerima zdravstvene zaštite da pronađu načine da se ovakva praksa unaprijedi, kao i organizatorima kontinuirane medicinske edukacije da se usmjere na ovaj važan segment edukacije^{34,35}. Rezultati bi, isto tako, mogli poslužiti kao poticaj za daljnja istraživanja kvalitete propisivanja lijekova u obiteljskoj medicini.

Literatura

- Bradley C. Decision making and prescribing patterns: a literature review. *Fam Pract.* 1991;8:276-87.
- Mason A. New medicines in primary care: a review of influences on general practitioner prescribing. *J Clin Pharm Ther.* 2008; 33:1-10.
- Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12:29-34.
- Orzella L, Chini F, Giorgi Rossi P, Borgia P. Physician and patient characteristics associated with prescriptions and costs of drugs in the Lazio region of Italy. *Health Policy.* 2010; 95:236-44.
- de Bakker DH, Coffie DS, Heerdink ER, van Dijk L, Groenewegen PP. Determinants of the range of drugs prescribed in general practice: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:132.
- Vogler S, Habl C, Bogut M, Vončina L. Comparing pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Croatia to the European Union Member States. *Croat Med J.* 2011; 52:183-97.
- Štimac D, Čulig J, Vukušić I, Tomić S. Obilježja izvanbolničke potrošnje lijekova u Republici Hrvatskoj u 2004. godini. *Pharmaca.* 2007; 45:64-80.
- Bačić Vrca V, Bećirević Lacan M, Božikov V, Biruš M. Propisivačke medikacijske pogreške za hospitalizirane bolesnike. Prospektivna studija. *Acta Pharm.* 2005;55:157-67.
- Štimac D, Štambuk I. Farmakoeonomski pokazatelji potrošnje kardiovaskularnih lijekova u Republici Hrvatskoj i gradu Zagrebu u 2008. godini. *Acta Med Croat.* 2010;64:383-89.
- Vlahović Palčevski V. Važnost praćenja potrošnje antimikrobnih lijekova. *Medicus.* 2000; 9 :155-9.
- Dragoja V, Vrcić Keglević M. Zastupljenost i stupanj polimedikacije kod osoba starijih od 65 godina u jednom domu umirovljenika i procjena kvalitete propisivanja. *Pharmaca.* 2010; 48: 85-94.
- Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode. Izvješće o prometu lijekova u Republici Hrvatskoj u 2012. godini. Dostupno na: http://www.halmed.hr/?ln=hr&w=publikacije&d=promet_lijekova_2012
- World Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Use of ATC/DDD. Dostupno na: http://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/

14. Statistički ljetopis Republike Hrvatske. 2012. Zagreb: Državni zavod za statistiku; 2013.
15. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2012. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2013.
16. Vojvodić Ž, Štimac D. Trends in statin consumption and cardiovascular mortality in Croatia 2004-2012. *Coll Antropol.* 2014;38 Suppl 2. [u tisku]
17. Lonn E, Gerstein HC, Smieja M, Mann JFE, Yusuf S. Mechanisms of cardiovascular risk reduction with ramipril: insights from HOPE and HOPE substudies. *Eur Heart J.* 2003;24 Suppl A: 43-8.
18. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N i sur. Information Lonn E from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS Med.* 2010;7(10):e1000352. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957394/>
19. Comparative effectiveness of angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) and angiotensin II receptor blockers (ARBs) for treating essential hypertension. An update. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. (Comparative Effectiveness Review, 34). Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK61789/>
20. ACEIs, ARBs, or DRI for adults with hypertension. *AHRQ Pub. No. 11(12) EHC 063-3*, 2011. Dostupno na: http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/164/759/aceis_arbs_clin_fin_to_post.pdf
21. Koronare Herzkrankheit: Indikationen für ACE-Hemmer? *Arznei Telegramm.* 2004;35: 13-4.
22. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. NICE Guidelines [CG 127]. 2011. Dostupno na: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg127>
23. Jelaković B, Željковиć-Vrkić T, Pećin I, Dika, A, Jovanović, D. Podobnik i sur. Arterijska hipertenzija u Hrvatskoj. Rezultati EH-UH studije. *Acta Med Croat.* 2007;61:287-92.
24. Weng TC, Yang YH, Lin SJ, Tai SH. A systematic review and meta-analysis on the therapeutic equivalence of statins. *J Clin Pharm Ther.* 2010;35:139-51.
25. Huupponen R, Vikary J. Statins and the risk of developing diabetes. *BMJ.* 2013; 346:f3156.
26. Mansi I, Frei CR, Pugh MJ, Makris U, Mortensen EM. Statins and musculoskeletal conditions, arthropathies, and injuries. *JAMA Intern Med.* 2013;173:1-10.
27. Pencina MJ, Navar-Boggan AM, D'Agostino RB Sr, Williams K, Neely B, Sniderman AD i sur. Application of new cholesterol guidelines to a population-based sample *N Engl J Med.* 2014;370:1422-31.
28. Weich S, Pearce HL, Croft P, Singh S, Crome I, Bashford J I sur. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: a retrospective cohort study. *BMJ.* 2014; 348:g1996. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959619/>
29. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M i sur. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ.* 2014; 349:g5205. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159609/>
30. Goossens H, Ferech M, Coenen S, Stephens P. Comparison of outpatient systemic antibacterial use in 2004 in the United States and 27 European countries. *Clin Infect Dis.* 2007; 44:1091-5.
31. Amoxicill vs. amoxicillin clavulanate (Augmentin). *eMedExpert.* Dostupno na: <http://www.emedexpert.com/compare-meds/amoxicillin.shtml#ref6>
32. Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. *Mol Psychiatry.* 2008; 13:27-35.
33. Allan GM, Lexchin J, Wiebe N. Physician awareness of drug cost: a systematic review. *PLoS Med.* 2007;4(9):e283. Dostupno na: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040283>
34. MacBride-Stewart SP, Elton R, Walley T. Do quality incentives change prescribing patterns in primary care? An observational study in Scotland. *Fam Pract.* 2008; 25:27-32.
35. Harvey K, Kalanj K, Stevanović R. Croatian pharmaceutical sector reform project: rational drug use. *Croat Med J.* 2004; 45:611-9.

ULOGA LOM-A U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI ŽENA – EU ISKUSTVA

THE ROLE OF GPS IN WOMEN'S HEALTH CARE – THE EU EXPERIENCE

Renata Pavlov, Mladenka Vrcić-Keglević

Sažetak

Primarna zdravstvena zaštita žena u Hrvatskoj je tradicionalno bila organizirana kroz dispanzere za žene, s ginekologom kao vođom tima. Liječnici obiteljske medicine (LOM) su znatno rjeđe sudjelovali, a osobito u zadnjih dvadesetak godina. Stoga je cilj ovog rada bio ispitati ulogu LOM-a u zaštiti zdravlja žena u zemljama Europske Unije (EU). Istraživanje je presječno, temeljeno na posebno priređenom anketnom upitniku kojeg su ispunjavali predstavnici svih 27 zemalja EU (osim Hrvatske); sudionici Vasco da Gama Projekta razmjene specijalizanata i mladih specijalista obiteljske medicine, kojeg je Hrvatska bila domaćin u 2013. godini, te Foruma Vasco da Gama u Barceloni 2014. godine. U 24 od 27 zemalja Europske Unije (EU), LOM-ovi su uključeni u provođenje PZZ žena, u 22 zajedno s ginekolozima, a u dvije potpuno samostalno. U 23 države provode preventivne i kurativne mjere zaštite, a u samo jednoj zemlji preventivne mjere. Provode se istovremeno različite preventivne aktivnosti, najčešće kontracepcija, zatim prekonceptijsko

savjetovanje i rano otkrivanje malignih bolesti. Primjenjuju su različite metode kontracepcije, doduše najčešće hormonalna kontracepcijska sredstva, ali i intrauterini ulošci. U 16 zemalja ordinacije LOM-a su opremljene ginekološkom opremom, a u 13 država su LOM dodatno plaćali za brigu o zdravlju žena. U 26 zemalja LOM su tijekom specijalizacije educirani za provođenje zaštite zdravlja žena, najčešće je to kombinacija teoretske i praktične nastave, ali se modeli edukacije razlikuju. Rezultati istraživanja su nedvojbeno pokazali da su LOM-ovi u zemljama EU uključeni u zaštitu zdravlja žena. Rezultatima istraživanja nije moguće obrazložiti zbog čega LOM-ovi u Hrvatskoj nisu uključeni u te aktivnosti, pa su potrebna dodatna istraživanja. Problem je osobito važan u svijetlu prava pacijenata na prekograničnu zdravstvenu zaštitu, jer su pacijenti s prostora EU navikli na taj oblik zaštite unutar djelatnosti obiteljske medicine.

Ključne riječi: primarna zdravstvena zaštita žena, liječnik obiteljske medicine, zemlje EU

Dr. Renata Pavlov, specijalista obiteljske medicine, Al. Lipa 2a, 10 000 Zagreb, e-mail: renata.pavlov@zg.t-com.hr

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić-Keglević, specijalista obiteljske medicine, Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb, e-mail: mvrccic@zzrom.org

Summary

Primary health care was traditionally organized through women's health services having a gynaecologist for the team leader in Croatia. General practitioners (GPs) participated in women's health care especially during the last twenty years. Therefore the aim of this study was to examine the role of GPs in the countries of the European Union. The study was based on the questionnaire especially prepared for this purpose and answered by representatives from all 27 countries of the European Union (except Croatia); participants of the Vasco de Gama Project on exchange of residents and young specialist in family medicine hosted by Croatia in 2013 as well as from the Vasco de Gama Forum in Barcelona in 2014. In 24 out of 27 countries of the EU GPs are included in women's primary health care, in 22 countries together with the gynaecologists and in 2 countries they are on their own. In 23 countries they carry out preventive and curative measures while only in one country just preventive measures are carried out. Preventive measures are carried out simultaneously, mostly contraception, then preconceptional consultation and early detection of malignant diseases. Various contraceptive methods are applied, most frequently hormonal contraceptives but intrauterine devices as well. Gynaecological equipment could be found in general practitioner's offices in 16 countries and in 13 country GPs are additionally paid for women's health care. GPs are educated for women's health care during their specialization in 26 countries. It is mostly a combination of theory and practical education, but education models are different. Results of the study undoubtedly showed that GPs are involved in women's health care in the EU. Those results do not explain the reason why Croatian GPs are not involved in this activity. Therefore additional studies are necessary. This problem is especially important regarding patients' rights to over-the-border health protection because the patients from the EU are used to this form of service to be included in general practice activities..

Key words: women's primary health care, general practitioner, EU countries

Uvod

Primarna zdravstvena zaštita žena (PZZŽ) je oduvijek bila od posebnog društvenog interesa zbog vulnerabilnosti majke i djeteta i specifične uloge žene u demografskoj obnovi stanovništva. I na ovim prostorima je specifična zaštita žena započela između dva svjetska rata osnivanjem dispanzera za zaštitu majke i djeteta, a iza 50-tih, osnovani su dispanzeri za žene kao ustrojbene jedinice domova zdravlja odgovorni za provođenje kurativne i preventivne zaštite žena na definiranom području. U RH nakon osamostaljenja je u svim Zakonima o zdravstvenoj zaštiti, zaštita zdravlja žena definirana kao dio primarne zdravstvene zaštite koju provode ginekolozi¹. Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju je zagaranirano pravo slobodnog izbora ginekologa ženama starijim od 15 godina². Sukladno Pravilniku o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta, dio ginekologa koji su radili u dispanzerima unutar domova zdravlja, dobio je priliku odlaska u zakup i obvezu sklapanja individualnog ugovora s Hrvatskim fondom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Odgovornost za zdravlje žena koje žive na definiranom teritoriju je, sukladno pravu o slobodnom izboru liječnika, zamijenjena odgovornošću za žene koje su dobrovoljno odabrale svoje ginekologe. Programom mjera zdravstvene zaštite jasno su definirane mjere specifične zaštite zdravlja žena, a ginekolozi imenovani njihovim izvršiteljima³.

Međutim, liječnici obiteljske medicine (LOM), osobito oni koji su radili na ruralnim područjima, oduvijek su bili aktivno uključeni u provođenje različitih mjera unapređenja zdravlja i liječenje specifičnih bolesti žena. Sedamdesetih godina su osobito bili uključeni u provođenje aktivnosti planiranja obitelji⁴⁻⁶. Međutim, u zadnjih 20-tak godina situacija se značajno promijenila. Iako su LOM, sukladno Programu mjera zdravstvene zaštite od-

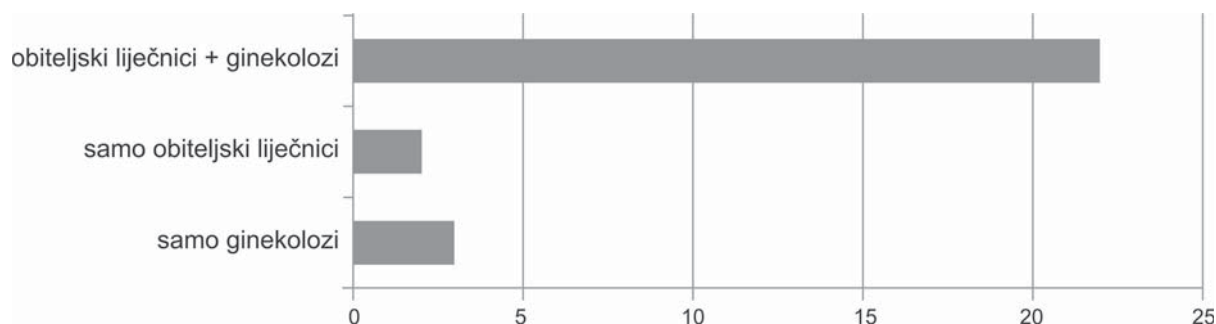
govorni za provođenje nekih mjera zdravstvene zaštite žena, internim pravilnicima HZZO-a često su im te aktivnosti ograničavane, ponekad i uz mjere kažnjavanja ukoliko bi npr. propisali lijek iz ginekološke domene⁷. Stoga su njihove aktivnosti u zaštiti zdravlja žena svedene na minimum, a u nama dostupnoj literaturi, nema objavljenih radova LOM-a u kojima bi se istraživala problematika zaštite zdravlja žena. Za razliku od nas, mnogo je radova LOM-a iz drugih zemalja, međutim, najčešće onih koji se bave specifičnom problematikom zdravlja žena⁸⁻¹². Istraživanja o organizacijskim aspektima zdravstvene zaštite žena, posebno djelokrug rada LOM-a, rijetko su prisutni u literaturi¹³. Stoga je cilj ove studije bio istražiti ulogu LOM-a u zdravstvenoj zaštiti žena u svih 27 zemljama (osim Hrvatske) članica Europske Unije (EU), prvenstveno radi usporedbe, ali i zbog potrebe harmonizacije zdravstvenih sustava i direktive o pravu na prekograničnu zdravstvenu zaštitu unutar prostora EU¹⁴.

Metode i ispitanici

Istraživanje je presječno, temeljeno na anketnom upitniku. Upitnik su ispunjavali specijalizanti i mlađi specijalisti obiteljske medicine koji su 2013. godine, kada je Hrvatska bila domaćin, sudjelovali u Vasco da Gama Projektu razmjene mladih LOM-a na Europskoj razini, te na prvom Forumu Vasco da Gama u Barceloni 2014. godine. U istraživanju je bio uključen po jedan sudionik iz svih 27 država, članica Europske Unije, osim Hrvatske.

Upitnik je bio posebno priređen za ovo istraživanje, s pitanjima zatvorenog tipa i unaprijed ponuđenim odgovorima, od kojih je ispitanik mogao odabrati veći broj. Jedan od ponuđenih odgovora je bio i ostalo, što je davalo priliku ispitanicima da obrazlože izabrane odgovore. Upitnik je sadržavao osnovno pitanje o profilu liječnika koji provode primarnu zdravstvenu zaštitu žena, s mogućnošću odgovora da su to ginekolozi, LOM, i jedni i drugi, ili netko treći. Sva slijedeća pitanja odnosila su se na situaciju kada su LOM-ovi bili uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena. Stoga su zemlje u kojima LOM uopće nisu uključeni izostavljene iz daljnje obrade. U zemljama u kojima su LOM-ovi bili uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena, daljnja pitanja su se odnosila na: 1) tip zaštite (preventivna i kurativna); 2) vrstu preventivnih aktivnosti (kontracepcija, prekonceptijsko savjetovanje, praćenje normalne trudnoće, poroda, poslije-porođajna briga, rano otkrivanje karcinoma, hormonska nadomjesna terapija, ostalo); 3) metode kontracepcije (hormonske tablete, implantati ili naljepci, IUD, dijafragma, prirodne metode); 4) opremljenost ordinacija ginekološkom opremom; 5) način financiranja zdravstvene zaštite žena; 6) vrstu edukacije potrebnu za provođenje zdravstvene zaštite žena (teoretska, praktična u bolnicama ili ordinacijama LOM-a).

Podaci su obrađeni korištenjem Microsoft Office paketa (Excell) a rezultati su prikazani slikovno u obliku stupičastih grafikona.



Slika 1. Profil liječnika uključen u provođenje primarne zdravstvene zaštite žena u zemljama EU

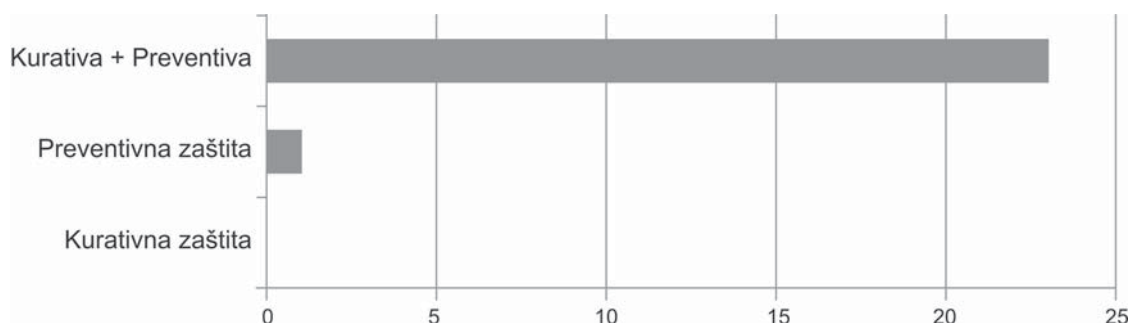
Figure 1. Profile of physicians engaged in primary women's health care in EU countries

Rezultati

LOM i ginekolozi su zaduženi za provođenje primarne zdravstvene zaštite žena u 22 zemlje EU (22/27). U dvije zemlje EU (UK i Irska) o zdravlju žena brinu se isključivo obiteljski liječnici, a u 3 zemlje (Slovenija, Češka, Slovačka) isključivo ginekolozi. Budući da su se ostala pitanja odnosila

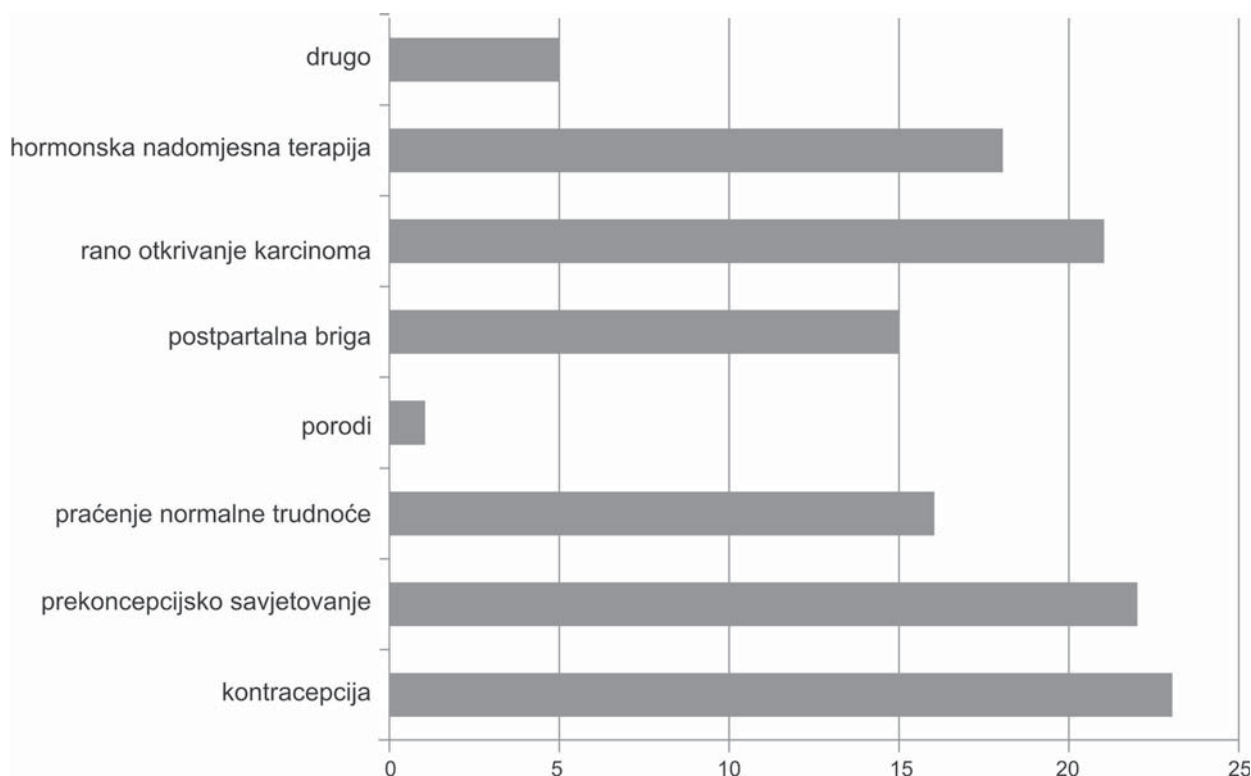
samo na LOM-ove uključene u zaštitu zdravlja žena, ove tri zemlje isključene su iz daljnje obrade pa je broj zemalja uključenih u obradu bio 24.

Od 24 države EU u kojima su LOM-ovi uključeni u brigu o zdravlju žena, u Latviji provode samo preventivne, a u svim ostalim državama EU, preventivne i kurativne aktivnosti.



Slika 2. Tip zaštite žena koju provode liječnici obiteljske medicine u zemljama EU

Figure 2. Type of women's health care provided by family physicians in EU countries



Slika 3. Vrsta preventivnih aktivnosti koje provode liječnici obiteljske medicine u zaštiti zdravlja žena u zemljama EU

Figure 3. Type of preventive activities provided by family physicians in women's health care in EU countries

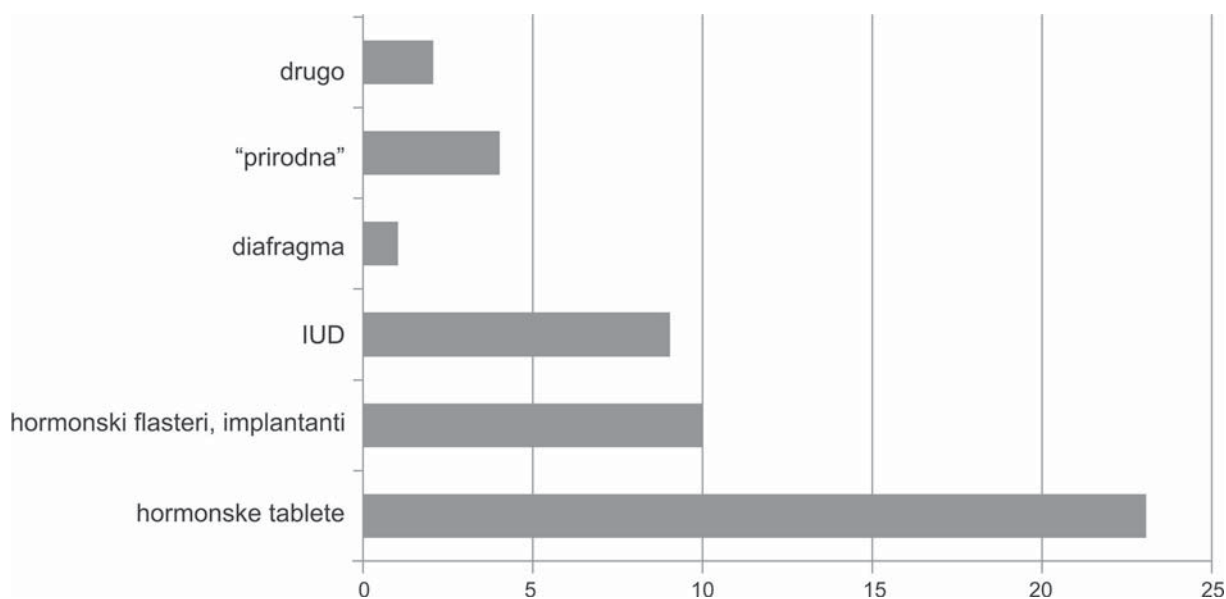
LOM-ovi istovremeno provode različite preventivne aktivnosti po pitanju zdravlja žena. Najčešće su to kombinacije kontracepcije (u 23 od 24 zemlje), prekonceptijske zaštite (22/24), ranog otkrivanja malignih bolesti (21/24) i nadomjesno hormonalno liječenje (18/24). Međutim, praćenje normalne trudnoće je također česta aktivnost LOM-a (16/24) i praćenje tijekom puerperija (15/24). Samo u Bugarskoj LOM-ovi izvode i porode u hitnim situacijama što se najčešće događa u ruralnim područjima. LOM-ovi preporučuju različite metode kontracepcije, najčešće su to hormonske tablete (23/24), hormonski naljepci i implantati (10/24), te intrauterini ulošci (9/24).

LOM-ovi su plaćeni dodatno za provođenje zdravstvene zaštite žena u 13 država EU, a u 11 država

nisu iako te aktivnosti provode.

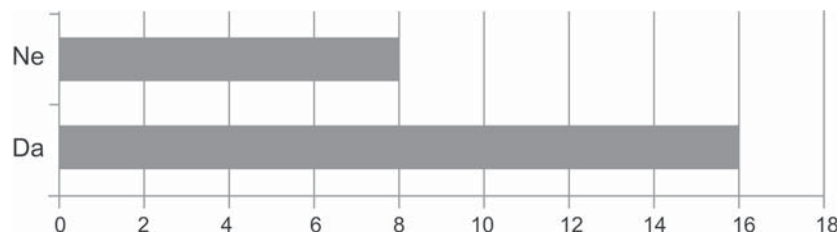
Za vrijeme specijalizacije u 26 zemalja EU provodi se edukacija LOM-ova o sadržajima potrebnim za pružanje zdravstvene zaštite žena. Jedino u Češkoj i Njemačkoj takva edukacija ne postoji. U Sloveniji je edukacija iz zaštite zdravlja žena prisutna u programima specijalizacije, iako LOM-ovi nisu uključeni u provođenje PZZŽ.

Od 26 država EU u kojima tijekom specijalizacije postoji edukacija LOM-ova o sadržajima potrebnim za provođenjem zdravstvene zaštite žena, najčešće je ta edukacija kombinacija teoretske i praktične nastave. U 20 zemalja je nastava teoretska, 19 praktična u bolnicama, a u 16 praktičan rad u ordinacijama mentora.



Slika 4. Najčešće metode kontracepcije koje preporučuju/koriste LOM u zemljama EU

Figure 4. Most frequent methods of contraception applied by GPs in EU countries



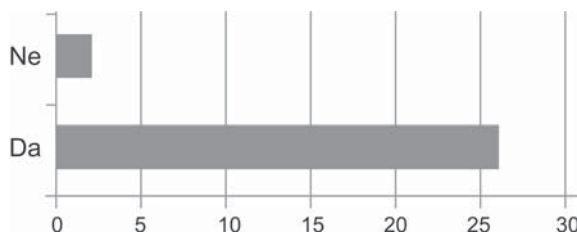
Slika 5. Opremljenost ordinacija liječnika obiteljske medicine ginekološkom opremom u zemljama EU

Figure 5. Gynaecological equipment in family medicine offices in EU countries



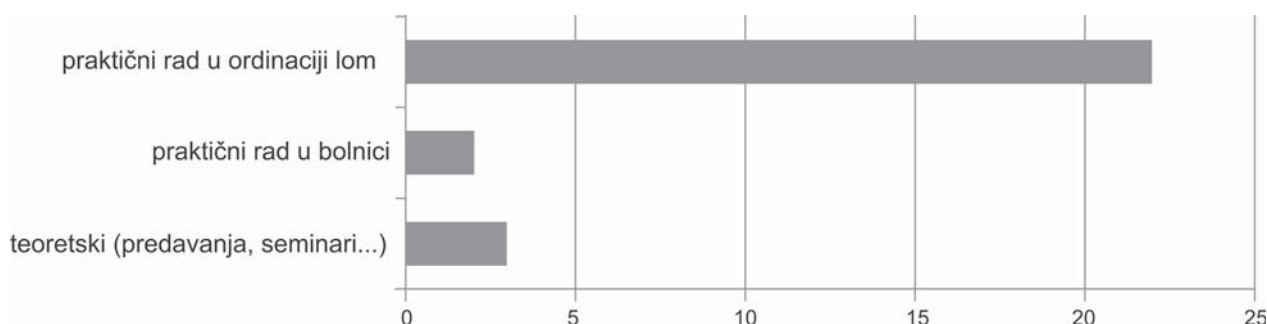
Slika 6. Dodatno plaćanje LOM-a za zaštitu zdravlja žena

Figure 6. Additional payment to GPs for women's health services



Slika 7. Edukacija liječnika obiteljske medicine tijekom specijalizacije za provođenje zdravstvene zaštite žena u zemljama EU

Figure 7. Family physicians education during their specialisation for women's health care in EU countries



Slika 8. Vrste edukacija liječnika obiteljske medicine u pružanju zdravstvene zaštite žena za vrijeme specijalizacije u zemljama EU

Table 8. Types of family physicians education in providing women's health care during specialisation in EU countries

Rasprava

Rezultati istraživanja su pokazali da u 24 od 27 zemalja Europske Unije (EU), LOM-ovi uključeni u provođenje PZZ žena, u 22 zajedno s ginekolozima, a u dvije potpuno samostalno. U 23 države provode preventivne i kurativne mjere zaštite, a samo u jednoj zemlji preventivne mjere. Provođe se istovremeno različite preventivne aktivnosti, najčešće kontracepcija, zatim prekonceptijsko savjetovanje i rano otkrivanje malignih bolesti. Primjenjuju su različite metode kontracepcije, doduše najčešće hormonalna kontracepcijska sredstva, ali i intrauterini ulošci. U 16 zemalja ordinacije LOM-ova su opremljena ginekološkom opremom, a u 13 država su LOM-ovi dodatno plaćeni za brigu o zdravlju žena. U 26 zemalja LOM-ovi su tijekom specijalizacije educirani za

provođenje zaštite zdravlja žena, najčešće je to kombinacija teoretske i praktične nastave, ali se modeli edukacije razlikuju.

Prednost ovog istraživanja proizlazi iz činjenice što je ono, koliko je nama poznato, jedino publicirano istraživanje u našem okružju u kojem se istraživala organizacija primarne zdravstvene zaštite žena (PZZŽ) u zemljama EU. Međutim, nedostatak istraživanja bi predstavljala činjenica da je samo jedan predstavnik zemlje odgovarao na anketni upitnik. Smatrali smo da je subjekt istraživanja dovoljno konkretan, jasan i poznat, i da će biti dovoljno prikupiti mišljenje jednog stručnjaka. Međutim, da bi umanjili ovaj nedostatak pregledali smo literaturne izvore u kojima se govori o ulozi LOM-ova u zaštiti zdravlja žena u Europskim, ali i drugim razvijenim zemljama.

Kao polazna točka odabrano je je NIVEL-ovo istraživanje u kojem se ispitivalo, na kompleksan način i istom metodom, djelokrug rada liječnika opće/obiteljske medicine (LOM) u 30 zemalja koje pripadaju Europskom uredu Svjetske zdravstvene organizacije. Istraživanje je pokazalo da veliki udio (1-najmanji udio, 4-najveći udio) u rješavanju zdravstvenih problema žena imaju LOM-ovi u Nizozemskoj (udio od 3,85), Velikoj Britaniji (udio od 3,71), Irskoj (udio od 3,70, Danskoj (udio od 3,68) i Norveškoj (udio od 3,64). Najmanji udio imaju LOM u Litvi (1,64), Bugarskoj (1,72), Latviji (1,76), Estoniji (1,79) i Češkoj (1,85). U skoro svim zemljama, s iznimkom Turske i Latvije, LOM provode bimanualni pregled dojki skoro u 100% opsegu. Rutinsko uzimanje Papa testa najčešće rade LOM u Danskoj i Nizozemskoj (99% LOM), Velikoj Britaniji (98% LOM), Portugalu (90% LOM) i Norveškoj (80% LOM). Aktivnosti na polju planiranja obitelji, uključujući i kontracepciju, LOM ne provode u Češkoj, Poljskoj i Turskoj. Rijede su prisutne u svakodnevnom radu LOM-ovi Bugarske, Grčke, Njemačke, Litve, Latvije, Slovačke. U svim drugim Europskim zemljama, planiranje obitelji i provođenje kontracepcije su uobičajeni djelokrug rada LOM-ova. Više od 90% LOM-a Velike Britanije, Danske, Irske i Portugala provodi antenatalnu zaštitu. Od 60% do 90% LOM-ova u Belgiji, Francuskoj, Italiji i Nizozemskoj je također uključeno u provođenje antenatalne zaštite. U ostalim Europskim zemljama postotak LOM-ova koji su uključeni u rutinsko provođenje antenatalne zaštite je znatno manji. Generalno gledano, LOM iz bivših socijalističkih zemalja su relativno manje uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena u odnosu na LOM iz zapadnoeuropskih zemalja¹³.

Iako su podaci za NIVEL-ovo istraživanje prikupljeni 1993./94. godine, istraživanje je još uvijek relevantno jer nije došlo do značajnih organizacijskih promjena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u navedenim zemljama. LOM u zapadnoeuropskim zemljama su i dalje ostali zaduženi za primarnu zdravstvenu zaštitu žena¹⁵⁻¹⁹. Također

je značajna uloga LOM-ova u zaštiti zdravlja žena i u drugim razvijenim zemljama^{20 - 22}. I u smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije, LOM-ovi i/ili babice su navedeni osnovnim izvršiteljima planiranja obitelji²³, jer raspolažu s dovoljno znanja i mogućnosti. Identična je i situacija i s antenatalnom zaštitom. Učinkovitost zaštite zdravih trudnica koje provode babice i/ili LOM-ovi jednaka je onoj koje provode ginekolozi-obstetričari, dok je zadovoljstvo žena veće^{24, 25}. U smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije i NICE smjernicama, LOM-ovi i/ili babice bi trebali biti oni profesionalci koji bi provodili antenatalne zaštite žena s niskim rizikom^{26, 27}. Izgleda da je spuštanje zaštite na niže razine, razinu LOM-ova ili čak i razinu babice, jedini način da se percepcija trudnoće i poroda ponovno vrati u sfere normalnog i fiziološkog, te da se izbjegne medikalizacija. Medikalizacija trudnoće i poroda osobito je prisutna u razvijenim zemljama, a udio nepotrebnih medicinskih intervencija raste (20). To je važno i za nas, jer je u Zagrebu, i do 50% trudnoća patoloških, a udio carskih rezova se penje i do 20%²⁸.

Možda bi poseban komentar, osobito važan za naše uvjete, zaslužila činjenica da su u samo 13 od 24 EU zemlje, ordinacije LOM-ova opremljene ginekološkom opremom. Naime, pitanja ginekološkog pregleda, bimanualnog i/ili instrumentalnog, za koje je potrebna specifična oprema je sve češće predmet rasprava i među ginekolozima. Žene ga smatraju suviše agresivnim, a pregled se pokazao nepotrebnim kada su u pitanju provođenje prekonceptijske zaštite i vođenje normalne trudnoće, kao i kod primjene većine kontracepcijskih metoda^{29, 30}.

Teško je reći zbog čega su LOM-ovi u Hrvatskoj relativno rijetko uključeni u zdravstvenu zaštitu žena, iako su dovoljno obrazovani i iako im je to, Planom i programom mjera zdravstvene zaštite, donekle i obveza. Malo je vjerojatno da su samo restriktivni propisi HZZO-a na to utjecali. Veća je vjerojatnost utjecaja prijašnjeg i postojećeg organizacijskog ustroja u kojem su se ginekolozi smatrali jedinim nosiocima te zaštite. To je utjecalo

na stavove žena što je vidljivo iz istraživanja Benčića³¹. Vjerojatno je utjecalo i na stavove ginekologa koji „u svom području“ ne vide mjesta za LOM-ove, ali i samih LOM-ova koji se ne vide u tim sadržajima. Međutim, ovo su samo hipoteze koje bi trebalo testirati u daljnjim istraživanjima.

Međutim, da posla ima za sve, ginekologe i LOM-ove, pokazuje analiza sveukupne situacije u zaštiti zdravlja žena i o mogućoj ulozi LOM-ova³². Nadalje, sukladno podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa, u 2012. godini, ginekologa nije odabralo (razlozi nepoznati) 48,1% žena u Zagrebačkoj i 40,3% žena u Splitsko-Dalmatinskoj županiji, pa je pitanje gdje ostvaruju specifičnu ginekološku zaštitu. Prema izvještajima ginekoloških ordinacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ugovornih i neugovornih, samo 2.6% žena posjetilo je ginekologa zbog planiranja obitelji. Kod 19.7% žena napravljeno je PAPA testova. Broj pregleda po jednoj trudnici je jedini parametar koji je kontinuirano rastao²⁸. Prema istraživanju Benčića, 47% gradskih žena Zatrešića i 39% žena iz okolnih sela koristilo je neku od metoda kontracepcije, a istraživanje Vitale i suradnika ukazuje na činjenicu da samo 14-20% žena u Hrvatskoj uzima folnu kiselinu^{31, 33}. Mijenjanje uloge LOM-ova u zaštiti zdravlja žena u RH je osobito važno u svijetlu prava pacijenata na prekograničnu zdravstvenu zaštitu, jer su pacijenti s prostora EU navikli na taj oblik zaštite unutar djelatnosti obiteljske medicine¹⁴.

Zaključci

Rezultati istraživanja su nedvojbeno pokazali, da samo u tri Zemlje EU LOM-ovi nisu uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena. U svim ostalim zemljama LOM-ovi su uključeni u različite preventivne i kurativne aktivnosti. Koji su razlozi da LOM-ovi u RH ne sudjeluju u provođenju zdravstvene zaštite žena iako su za to educirani, a postoje i osnovne normativne pretpostavke, trebalo bi dodatno istražiti.

Literatura

1. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine. 2008;(150), 2010;(71), 2010;(139), 2011;(22), 2011;(84), 2012(12); 2012(70).
2. Zakon o zdravstvenom osiguranju. Narodne novine, 1993;(75).
3. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine. 2006;(126).
4. Štampar D. Uloga liječnika opće medicine u planiranju porodice. Narodno zdravlje 1969;15 (1):18-25.
5. Štampar D, Grahovac V, Bartolović D. Prikaz rada liječnika opće medicine na sprječavanju neželjene trudnoće na temelju znanstvenog istraživanja. Praxis Medici. 1977;8(1-2):7-18.
6. Vadić N. Kontracepcija – važna svakodnevna aktivnost tima liječnika opće medicine. Praxis Medici. 1974;4(4):19-29.
7. Pravilnik o ovlastima i načinu rada ovlaštenih doktora i liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Narodne novine. 2009;(113).
8. Smith A, Shakespeare J, Dixon A. The role of GPs in maternity care – what does the future hold? London: The King's Fund; 2010. Dostupno na: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/gps-maternity-care-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf
9. Kant AC, Palm BT, Wentink E, van Weel C. General practitioner based screening for cervical cancer: higher participation of women with a higher risk? J Med Screen. 1997;4:35-9. Dostupno na: <http://msc.sagepub.com/content/4/1/35.full.pdf>
10. Ferrero S, Arena E, Morando A, Remorgida V. Prevalence of newly diagnosed endometriosis in women attending the general practitioner. Int J Gynecol Obstet. 2010;110:203–7.
11. Feijen-de Jong EI, Baarveld F, Jansen DE, Ursum J, Reijneveld SA, Schellevis FG. Do pregnant women contact their general practitioner? A register-based comparison of healthcare utilisation of pregnant and non-pregnant women in general practice. BMC Fam Pract. 2013;14:10. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3554585/>
12. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National recommendations for preconception care: the essential role of the family physician. J Am Board Fam Med. 2007;20:81-4.

13. Boerma WGW. Profile of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL; 2003. Dostupno na: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>
14. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Official Journal of the European Union 2011;88:45-65. Dostupno na: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1>
15. Vos AA, Veldhuis HM, Largo-Janssen TL. Intrauterine contraception: the role of general practitioners in four Dutch general practices. *Contraception*. 2004;69:283-7.
16. Sannisto T, Kosunen E. Provision of contraception: a survey among primary care physicians in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:636-45.
17. A National Clinical Guideline for Antenatal Care. Short version – recommendations. Oslo: Directorate for Health and Social Affairs; 2005. Dostupno na: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-svangerskapsomsorgen-kortversjon/Publikasjoner/a-national-clinical-guideline-for-antenatal-care%E2%80%93short-version.pdf>
18. O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S. The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and UK. *Eur J Gen Pract*. 2007;13:20-6.
19. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception*. 2013;87:45-50.
20. Wiegers TA. General practitioners and their role in maternity care. *Health Policy*. 2003;66:51-9.
21. Mazza D, Harrison C, Taft A, Brijnath B, Britt H, Hobbs M, i sur. Current contraceptive management in Australian general practice: an analysis of BEACH data. *Med J Aust*. 2012;197:110-4.
22. Gemzell-Danielsson K, Cho S, Inki P, Mansour D, Reid R, Bahamondes L. Use of contraceptive methods and contraceptive recommendations among health care providers actively involved in contraceptive counseling – results of international survey in 10 countries. *Contraception*. 2012;86:631-8.
23. Family planning. A global handbook for providers. (2011 updated). Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2011. Dostupno na: https://www.fphandbook.org/sites/default/files/hb_english_2012.pdf
24. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD000934.
25. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD000934.
26. What is the effectiveness of antenatal care (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf?ua=1
27. Routine antenatal care for healthy pregnant women. Understanding NICE guidance - Information for people who use NHS services. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. (Clinical guideline; no. 62). Dostupno na: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=14306>
28. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2012 godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2013. Dostupno na: http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Ljetopis_2012.pdf
29. Armstrong L, Zabel E, Beydoun HA. Evaluation of the usefulness of the „hormones with optional pelvic exam“ programme offered at a family planning clinic. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17:307-13.
30. Tepper NK, Curtis KM, Steenland MW, Marchbanks PA. Physical examination prior to initiating contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87:650-4.
31. Benčić M. Ispitivanje uloge liječnika obiteljske medicine u planiranju obitelji i izboru metoda kontracepcije u žena. [diplomski rad]. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu;
32. Vrcić Keglević M. Doprinos liječnika obiteljske medicine unapređenju zdravlja žena: savjetovništvo za žene ili teze za razmišljanje i raspravu. U: XX kongresa obiteljske medicine. Zbornik. Zagreb, 2013. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2013:85-100.
33. Vitale K, Sović S, Milić M, Balorda LJ, Todorović G, Uhoda B. Folna kiselina – što znaju i koliko ju koriste rodilje u Zadarskoj županiji. *Med Jad*. 2011;41:95-103.

POBOL ŠKOLSKE DJECE REGISTRIRAN U OBITELJSKOJ MEDICINI U 2013. GODINI

MORBIDITY OF SCHOOL CHILDREN REGISTERED IN FAMILY MEDICINE IN 2013

Gordana Prljević, Martina Menegoni

Sažetak

Uvod. Školska dob obuhvaća djecu i mlade od sedam do devetnaest godina, te se smatra najzdravijim dijelom populacije s obzirom na niske stope pobola i pomora. Najveći zdravstveni rizik u mladosti je povezan s prihvatanjem rizičnih ponašanja. Od 1998. godine službe za školsku medicinu i sveučilišnu medicinu prelaze u zavode za javno zdravstvo čime započinje vrijeme preventivnog modela zdravstvene zaštite školske djece, mladih i studenata. Tim činom preventivni i socijalno-medicinski rad ostaju u nadležnosti školske medicine, dok kurativa prelazi u nadležnost izabranih liječnika obiteljske medicine (LOM) ili liječnika pedijatara.

Metoda. Istraživanje je opservacijsko i populacijsko na temelju rutinski prikupljenih podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2013. godinu prikupljeni su podaci o pobolu djece 7 - 19 godina.

Rezultati. Vodeće mjesto u pobolu školske djece 2013. godine imale su bolesti dišnog sustava (J00-J99) s 37,5%. Visoko drugo mjesto drže bolesti simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje (R00-R99), slijede infekcijske i parazitske bolesti (A00-B99) te bolesti kože i potkožnog tkiva (L00-L99).

Zaključak. Školska djeca najviše oboljevaju od akutnih respiratornih i infektivnih bolesti. Međutim, iznenađujuće je bio nizak udio mentalnih poremećaja i poremećaja prehrane, uključujući i pretilost. Je li u pitanju zanemarivanje ovih problema (među roditeljima i djecom, ali i liječnicima) trebalo bi dodatno istražiti i primijeniti aktivniji pristup u dijagnostici i liječenju.

Ključne riječi: pobol, školska djeca, obiteljska medicina

Gordana Prljević, Ordinacija obiteljske medicine „Dr. Gordana Prljević“, Krapinske toplice,
e-mail: gordana.prljevic@gmail.com

Martina Menegoni, Bana Ivana Mažuranića 44, Nova Gradiška, e-mail: martina.menegoni88@gmail.com

Summary

Introduction. School age includes children and adolescents from seven to nineteen years of age. This group is considered to be the healthiest population because of the low morbidity and mortality rates. The highest health risk in adolescents is associated with their risk behaviour. The school and university health services were integrated into institutes of public health in 1998 starting with preventive model of health care for school children, adolescents and students. Thus preventive and socio-medical work remained under the jurisdiction of school medicine, while treatment of school aged children was transferred to the selected family physicians (GPs) or paediatricians.

Method. This study was based on the routinely collected data on child morbidity (7-19 years old) by the Croatian Institute for Public Health. Data were published in the Croatian Health Service Yearbook 2013.

Results. Respiratory diseases (J00-J99) were on the leading place of the overall morbidity of school children in 2013 (37.5%). On the high second place were symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R99), followed by certain infectious and parasitic diseases (A00-B99), and diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00-L99).

Conclusion. School children suffer mostly from acute respiratory and infectious diseases. However, results show surprisingly low incidence of mental and eating disorders, including obesity. Whether this is a result of neglecting these problems (between parents and children, but also doctors) should be investigated and active approach to diagnosis and treatment of these conditions should be applied.

Keys words: morbidity, school children, family medicine

Uvod

Školska dob obuhvaća djecu i mlade od sedam do devetnaest godina, s time da u Hrvatskoj školska medicina u svoju specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu uključuje i redovne studente, a ne samo školsku djecu¹. Školska populacija smatra se najzdravijim dijelom populacije s obzirom na niske stope pobola i smrtnosti. Zdravstveni status djece i adolescenata Europske regije znatno se poboljšao u zadnjim desetljećima zahvaljujući poboljšanju socioekonomskih prilika². Unatoč tome najveći zdravstveni rizik u mladosti povezan je s prihvaćanjem rizičnih ponašanja uključujući pušenje, konzumaciju alkohola, rizično spolno ponašanje, te usvajanjem nezdravih prehrambenih navika uz manjak fizičke aktivnosti³. Prema međunarodnom istraživanju o zdravstvenom ponašanju učenika (HBSC) zdravstveno štetne navike su česte među učenicima u dobi od 15 godina u Hrvatskoj (2010. godina): 25% djevojčica i 27% dječaka tjedno su pušili cigarete, 27% djevojčica i 43% dječaka tjedno su pili alkohol, a 13% djevojčica i 26% dječaka imali su spolne odnose⁴. Osim toga prekomjerna tjelesna težina je već u 1990-ima bila problem u Europi, uključujući Hrvatsku, kako u predpubertetskim tako i u postpubertetskim dobnim skupinama; prevalencija prekomjerne tjelesne težine je cijelo vrijeme rasla, te je 2012. godine 32,6% učenika (dobi 7-15) bilo s prekomjernom tjelesnom težinom, od kojih je 11,3% pretilo, a 1,9% ekstremno pretilo (6-podaci za grad Zagreb)⁵. Pretila djeca imaju veće šanse za pretilost u odrasloj dobi što je praćeno oštećenjem zdravlja i kraćim životnim vijekom, ali ozbiljne komplikacije se javljaju već i u djetinjstvu⁶. Važno je osvrnuti se i na problem mentalnog zdravlja ove populacije. Prema jednom istraživanju čak 10 do 20% adolescenata Europske regije ima jedan ili više poremećaja mentalnoga zdravlja i ponašanja².

Razvoj školske medicine u svijetu, a i u Hrvatskoj doživljava svoj zamah u XX. stoljeću, kad se osnivaju prve ustanove za zdravstvenu zaštitu školske djece - školske poliklinike i ambulate⁷.

Osnivanjem domova zdravlja školski dispanzeri postaju nositelji zdravstvene zaštite školske djece i mladih. Bio je to period integriranog modela zdravstvene zaštite učenika temeljen na principu jedinstva kurativnog, preventivnog i socijalno-medicinskog rada. Od 1998. godine službe za školsku medicinu i sveučilišnu medicinu se izdvajaju iz domova zdravlja i prelaze u zavode za javno zdravstvo čime započinje vrijeme preventivnog modela zdravstvene zaštite školske djece, mladih i studenata⁸. Tim činom preventivni i socijalno-medicinski rad ostaju u nadležnosti školske medicine, dok kurativa prelazi u nadležnost izabranih liječnika obiteljske medicine (LOM) ili liječnika pedijataru kod kojih je dijete bilo na liječenju prije polaska u školu⁹.

Međutim, u dostupnoj literaturi nema istraživanja o sveukupnom zdravlju školske djece, a osobito nema onih koja bi dolazila iz obiteljske medicine. Upravo radi toga je ovo istraživanje poduzeto sa svrhom da se ispituju zdravstvene potrebe školske djece i razlozi zbog kojih školska djeca najčešće traže liječničku pomoć. Cilj istraživanja je bio ispitati pobol (morbiditet) školske djece u 2013. godini kao osnovno mjerilo zdravstvenih potreba, na temelju rutinski prikupljenih podataka.

Materijali i metoda

Istraživanje je opservacijsko i populacijsko na temelju rutinski prikupljenih podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2013. godinu prikupljeni su podaci o pobolu djece od 7 - 19 godina registriranih u OM i pedijatrijskoj djelatnosti jer se dio školske djece liječi i u pedijatrijskoj djelatnosti¹⁰. Za registraciju pobola se od 1995. godine koristi međunarodna klasifikacija bolesti i stanja, X revizija (MKB-X). Svaki prvi posjet pacijenta u kalendarskoj godini koji boluje od kronične bolesti se registrira kao pobol. Svi ostali posjeti tih pacijenata u tekućoj godini se ne bilježe kao pobol. Svaki prvi posjet pacijenta koji boluje od akutne bolesti se registrira kao pobol, a posjeti

radi praćenja te bolesti (kontrolni) se ne registriraju. Od 2008. godine kada je uvedena informatizacija cjelokupne PZZ, pobol se registrira na isti način, automatski, za obje grupe bolesti, s napomenom da je kod akutnih potrebno naznačiti da je liječenje te bolesti završeno¹¹. Pobol je u ljetopisima registriran po grupama bolesti od A do Z, a unutar grupe bolesti nisu prikazane sve dijagnoze pojedinačno nego su neke od njih prikazane u grupama. Iz prikupljenih podataka izračunat je udio pobola od pojedinih grupa bolesti u ukupnom pobolu i njihovo mjesto u skupini (rang), te udio pobola pojedinih bolesti unutar, pet po rangu, najčešćih grupa bolesti.

Podaci su obrađeni korištenjem Microsoft Office paketa (Excell). Rezultati obrade su prikazani tabelarno u obliku frekvencija i postotaka.

Rezultati

Vodeće mjesto u pobolu školske djece 2013. godine imale su bolesti dišnog sustava (J00-J99) - 37,5% (tbl. 1). Visoko drugo mjesto drži grupa bolesti simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje (R00-R99) sa 10,9% ukupnog pobola. Zatim slijedi grupa infekcijskih i parazitskih bolesti (A00-B99) sa 8,2%, grupa bolesti kože i potkožnog tkiva (L00-L99) sa 7,4% ukupnog pobola. Skupine bolesti koje su u školskoj dobi bile zastupljene s manje od 1% su: grupa stanja porođajnog perioda (P00-P96), grupa bolesti trudnoća i porođaj (O00-O99), te bolesti cirkulacijskog sustava (I00-I99), grupa bolesti krvi i krvotvornih organa i određeni poremećaji imunološkog sustava (D50-D89) i grupa prirođene malformacije, deformacije i kromosomske abnormalnosti (Q00-Q99).

Akutne infekcije gornjeg dišnog sustava (J00-J06) iznosile su 75,1% pobola školske djece unutar grupe bolesti dišnog sustava (tbl. 2).

Unutar grupe infekcijskih i parazitskih bolesti (tbl. 3) zarazne bolesti probavnog sustava (A0-A09, MKB-X) su najučestalije s 24,6%. Na visokom drugom mjestu su virusne zarazne bolesti varicela,

morbili i rubeola s udjelom od 9,4%. Česte su i helmintijaze (B65-B83, MKB-X) s 3,0% te kandidijaza (B37, MKB-X) s 1,8%. Ostale bolesti iz ove skupine su zastupljene s manje od 1%.

U 2013. godini zabilježeno je 85 788 slučajeva neke kožne bolesti (tbl. 4), a unutar te grupe bolesti na prvom mjestu od čak 48,3% su dermatitisi, ekcemi i urtikarije (L20-L30, L50, MKB-X), slijede infekcije kože i potkožnog tkiva s 20,8%.

Na ostale bolesti kože i potkožnog tkiva odlazi 30,9% zabilježenih slučajeva.

U 2013. godini 72 766 školske djece ili 6,3 % imalo je povredu ili trovanje (tbl. 5). Unutar te skupine najviše je bilo prijeloma, čak 15,0%, po učestalosti dalje slijede dislokacije, uganuća i nategnuća 14,9%, te opekline i korozije s 2,4%. Zabilježeno je samo 57 (0,1%) slučajeva trovanja lijekovima i biološkim tvarima.

Tablica 1. Bolesti školske djece u PZZ (OM i pedijatrija) u 2013. godini po grupama bolesti (MKB-X)

Table 1. Diseases of school children in primary health care (GP and pediatrics) in 2013. according to groups of diseases (ICD-10)

Šifra	Grupa bolesti	Broj	%	Rang
A00-B99	Određene infekcijske i parazitske bolesti	94 984	8,2	3
C00-D48	Neoplazme	12 698	1,1	13
D50-D89	Bolesti krvi i krvotvornih organa i određeni poremećaji imunološkog sustava	8 708	0,7	16
E00-E90	Endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti	11 672	1,0	15
F00-F99	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja	16 868	1,4	12
G00-G99	Bolesti živčanog sustava	12 584	1,1	14
H00-H59	Bolesti oka i adneksa	53 018	4,6	7
H60-H95	Bolesti uha i mastoidnih procesa	51 092	4,4	8
I00-I99	Bolesti cirkulacijskog (krvožilnog) sustava	5 728	0,5	18
J00-J99	Bolesti dišnog (respiracijskog) sustava	436 343	37,5	1
K00-K93	Bolesti probavnog sustava	23 275	2,0	11
L00-L99	Bolesti kože i potkožnog tkiva	85 788	7,4	4
M00-M99	Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva	39 753	3,4	9
N00-N99	Bolesti genitalno-urinarnog sustava	33 809	2,9	10
O00-O99	Trudnoća i porođaj	165	0,0	19
P00-P96	Određena stanja porođajnog perioda	10	0,0	20
R00-R99	Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje	126 645	10,9	2
Q00-Q99	Prirođene malformacije, deformacije i kromosomske abnormalnosti	8 135	0,7	17
S00-T98	Ozljeđe, trovanja i određene druge posljedice s vanjskim uzrokom	72 766	6,3	5
Z00-Z99	Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama	69 559	6,0	6
Ukupno		1 163 600	100	

Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (tbl. 6) u školskoj dobi čine 1,4% ukupnog pobola u 2013. godini. U toj skupini najčešće su bile neuroze i afektivni poremećaji povezani sa stresom i somatoformni poremećaji (F40-F48, MKB-X) s 20,4%.

Grupa neoplazmi i novotvorina (tbl.7) nalazi se na 13. mjestu prema učestalosti u ukupnom pobolu.

Unutar skupine najučestalije su novotvorine in situ i dobroćudne novotvorine nepoznate prirode (D00-D48, MKB-X) s udjelom od 95,0%. Od zloćudnih bolesti najučestalije su iz grupe (C81-C97, MKB-X) - zloćudne novotvorine limfnog, hematopoetičkog i srodnog tkiva gdje je u 2013. godini zabilježeno 186 slučajeva.

Tablica 2. Bolesti dišnog sustava (J00-J99, MKB-10) školske djece u PZZ 2013. godine

Table 2. Respiratory tract diseases (J00-J99, ICD-10) of school children in primary health care in 2013.

Šifra	Grupa bolesti	Broj	%	Rang
J00-J06	Akutne infekcije gornjeg dišnog sustava	327 853	75,1	1
J10-J11	Gripa (influenca)	11 061	2,5	4
J12-J18	Pneumonija	3 252	0,7	6
J20-J21	Akutni bronhitis i akutni bronhiolitis	27 217	6,2	3
J40-J44, J47	Bronhitis, emfizem, astma i druge kronične opstruktivne bolesti pluća	6 954	1,6	5
	Ostale bolesti dišnog sustava	60 006	13,8	2
	Ukupno	436 343	100	

Tablica 3. Zarazne i parazitarne bolesti (A00-B99, MKB-10) školske djece u PZZ 2013. godine

Table 3. Infectious and parasitic diseases (A00-B99, ICD-10) of school children in primary health care in 2013.

Šifra	Grupe bolesti	Broj	%	Rang
A00-A09	Zarazne bolesti probavnog sustava	23 364	24,6	2
A15-A16	Tuberkuloza dišnih putova	72	0,1	9
A17-A19	Tuberkuloza drugih organa	7	0,0	11
A37	Hripavac (pertussis)	105	0,1	8
A38	Šarlah (scarlatina)	912	1,0	6
A20-A49	Druge bakterijske bolesti (osim A37 i A38)	446	0,5	7
A50-A53	Sifilis	3	0,0	12
A54	Gonokokna infekcija	3	0,0	12
B01, B05, B06	Varicela, morbili i rubeola	8 892	9,4	3
B20-B24	Bolest uzrokovana HIV-om	10	0,0	10
B37	Kandidijaza	1 707	1,8	5
B65-B83	Helmintijaze	2 828	3,0	4
	Ostale zarazne i parazitarne bolesti	56 635	59,5	1
	Ukupno	94 984	100,0	

Unutar endokrinih, prehrambenih i metaboličkih bolesti (tbl. 8) najučestaliji su poremećaji štitnjače (E00-E07, MKB-X) s 41,8%. Iz tablice je vidljivo

da je na drugom mjestu pretilost (E65-E66, MKB-X) s 18,6%, a na visokom trećem mjestu je šećerna bolest (E10-E14, MKB-X) s 10,1% pobola.

Tablica 4. Kožne bolesti (L00-L99, MKB-X) školske djece u PZZ 2013. godine

Table 4. Skin diseases (L00-L99, ICD-10) of school children in primary health care in 2013

Šifra	Grupe bolesti	Broj	%	Rang
L00-L08	Infekcije kože i potkožnoga tkiva	17 875	20,8	3
L20-L30,L50	Dermatitis, egzemi i urtikarije	41 433	48,3	1
	Ostale bolesti kože i potkožnoga tkiva	26 480	30,9	2
	Ukupno	85 788	100,0	

Tablica 5. Povrede i trovanja (S00-T98, MKB-X) školske djece u PZZ 2013. godine.

Table 5. Injuries and poisonings (S00-T98, ICD-10) of school children in primary health care in 2013

Šifra	Grupe bolesti	Broj	%	Rang
Sx2	Prijelomi	10 891	15,0	2
Sx3	Dislokacije, uganuća i nategnuća	10 808	14,9	3
T20-T32	Opekline i korozije	1 714	2,4	4
T36-T50	Otrovanja lijekovima i biološkim tvarima	57	0,1	5
	Ostale ozljede, otrovanja i djelovanja vanjskih uzroka	49 296	67,6	1
	Ukupno	72 766	100,0	

Tablica 6. Duševne bolesti (F00-F99, MKB-X) školske djece u PZZ u 2012. godini

Table 6. Mental diseases (F00-F99, ICD-10) of school children in primary health care in 2013

Šifra	Grupe bolesti	Broj	%	Rang
F10	Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem alkohola	95	0,6	6
F11-F19	Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani psihoaktivnim tvarima	276	1,6	5
F20-F29	Shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji	355	2,1	4
F40-F48	Neuroze i afektivni poremećaji povezani sa stresom i somatoformni poremećaja	3442	20,4	2
F70-F79	Duševna zaostalost	728	4,3	3
	Ostali duševni poremećaji i poremećaji ponašanja	11972	71,0	1
	Ukupno	16868	100,0	

Tablica 8. Endokrine bolesti (E00-E90, MKB-10) školske djece u PZZ u 2013. godini.**Table 8.** Endocrine diseases (E00-E90, ICD-10) of school children in primary health care in 2013

Šifra	Grupe bolesti	Broj	%	Rang
E00-E07	Poremećaji štitnjače	4874	41,8	1
E10-E14	Diabetes melitus	1182	10,1	4
E65-E66	Pretilost	2167	18,6	3
	Ostale endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolest i metabolizma	3449	29,5	2
	Ukupno	11672	100,0	

Rasprava

Rezultati istraživanja pokazuju kako vodeće mjesto u pobolu školske djece ima grupa bolesti dišnog sustava (J00-J99) sa učestalosti od čak 37,5%, zatim ju slijedi grupa simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje (R00-R99) s 10,9%. Na visokom trećem mjestu nalazi se grupa određene infekcijske i parazitske bolesti (A00-B99) s udjelom od 8,2% u ukupnom pobolu djece školske dobi. Unutar prvih pet po rangi su se našle i skupina ozljede, trovanja i određene druge posljedice s vanjskim uzrokom (S00-T98) i grupa čimbenika s utjecajem na zdravstveni status i kontakt sa zdravstvenim ustanovama (Z00-Z99). Ovakvi rezultati potvrđuju tezu da se zaista radi o najzdravijoj populaciji obzirom da se unutar pet najčešćih grupa bolesti nalaze akutne bolesti dišnog sustava, akutne zarazne i parazitarne bolesti, različite ozljede i pregledi iz administrativnih razloga.

Od bolesti dišnog sustava najučestalije su akutne infekcije gornjeg dišnog sustava koje čine 75,1% pobola. Ovakav rezultat nije iznenađujući s obzirom da infekcije respiratornog sustava čine čak dvije trećine svih infekcija u čovjeka, te su najučestalije bolesti uopće, a djeca školske dobi oboljevaju češće od odraslih¹². Prema podacima iz 2009. godine u PZZ u Hrvatskoj godišnje je registrirano oko 2,5 milijuna bolesnika s akutnim respiratornim infekcijama, a od toga u dobnoj skupini od 7 do 19 godina 45-50%¹³. S druge strane,

naši rezultati pokazuju da je prevalencija kroničnih respiratornih bolesti, uključujući kronični bronhitis i astmu, relativno niska što se uvelike razlikuje od preliminarnih rezultata dobivenih u prvoj fazi ISAAC (prema eng. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) prema kojima se prevalencija piskanja (astme) u djece školske dobi kreće od 5,1-8,4%¹⁴.

Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje (R00-R99) su se nalazili na drugom mjestu s 10,9% učešća. I u istraživanja pobola sveukupne populacije u OM se ova grupa bolesti nalazila na četvrtom mjestu¹⁵. Soler i Okes su mišljenja da su R dijagnoze tipične za OM jer se radi o zdravstvenim problemima koji se nalaze u početnoj fazi i s visokom razinom neizvjesnosti oko točne dijagnoze. Tako se izbjegava korištenje dijagnoza koje još nisu dokazane, ali i prevenira slanje na dodatne dijagnostičke pretrage¹⁶.

Infekcijske i parazitske bolesti (A00-B99) su česte u školskoj dobi i čine 8,2 % pobola. Najučestalije su zarazne bolesti probavnog sustava (A00-A09) s 24,6%. Teško je reći je li visoka učestalost ovih bolesti posljedica neodgovarajućih higijenskih navika i prilika u pripremi i/ili korištenju hrane.

Četvrte su kožne i spolne bolesti (L00-L99, MKB-X) s učestalošću od 7,4%, a među njima su najzastupljeniji dermatitisi, ekcemi i urtikarije (L20-L30, L50) na koje odlazi 48,3% pobola unutar ove skupine. Atopični dermatitis je jedna od

najučestalijih neinfektivnih kožnih bolesti dječje dobi s prevalencijom od čak oko 20% u zemljama zapadne Europe¹⁷.

Visoko peto mjesto u ukupnom pobolu djece i mladih školske dobi zauzima grupa povreda i trovanja (S00-T98, MKB-X). U svijetu su prometne nesreće glavni uzrok smrti školske populacije i čine čak 10% svih uzroka mortaliteta mladih u dobi od 10 do 24 godine. Prema uzroku mortaliteta na drugome mjestu u svijetu su posljedice samoozljeđivanja (6.3%), a slijede posljedice raznih oblika nasilja (6,0%)³. Prema rezultatima ovog istraživanja u 2013. godini u PZZ zabilježeno je 72 766 (6,3%) slučajeva povreda i trovanja. Od povreda je najviše bilo prijeloma (15,0%) i dislokacija, uganuća i nategnuća (14,9%).

Zabilježeno je svega 1,4% mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Istraživanja u Europi ukazuju na činjenicu da čak 4% djece u dobi od 12 do 17 godina, i oko 9% osamnaestogodišnjaka boluje od nekog oblika depresije što je gura u sam vrh pobola školske dobi². Ovakvi rezultati nameću pitanje koji je uzrok da je u Hrvatskoj tako malo zabilježenih slučajeva mentalnih bolesti, osobito depresije. Radi li se o zanemarivanju dijagnoze zbog straha od stigmatiziranja ili je uzrok neprepoznavanje simptoma bolesti?

Problem prekomjerne tjelesne mase i pretilosti, uključujući i djecu školske dobi, je u porastu zadnja dva do tri desetljeća, a rezultati našeg istraživanja pokazuju da je u 2013. godini u Hrvatskoj 2167 (0,18%) djece u dobi od 7 do 19 godina bilo pretilo. Svjetska istraživanja su pokazala da je prevalencija prekomjerne tjelesne mase i pretilosti najveća u Sjevernoj Americi i Europi. Gledajući samo Europu, učestalost prekomjerne tjelesne mase i pretilosti iznosi 10-20% u zemljama sjeverne Europe, a u zemljama južne Europe čak 20-25%⁶. Vidljivo je da i za ovu skupinu bolesti postoje velika odstupanja između rezultata iz literature i podataka ovog istraživanja.

U novijoj literaturi nema mnogo radova o pobolu djece i mladih školske dobi. Osobito nema radova koji dolaze iz obiteljske medicine koja je od 1998. godine u RH preuzela skrb za bolesnu školsku djecu. Prednost istraživanja također proizlazi iz činjenice što je utemeljeno na službenim podacima zdravstvene statistike koji se i inače koriste za planiranje zdravstvene zaštite, i što se dobiveni podaci odnose na čitavu Hrvatsku. Međutim, dobiveni rezultati ne govore o stvarnom pobolu, nego više o razlozima dolaska školske djece u OM. Osim toga, iz podataka se može analizirati pobol po grupama bolesti, ali ne i pobol po pojedinim dijagnozama unutar grupa jer sve bolesti nisu pojedinačno prikazane.

Usprkos nedostacima istraživanja, rezultati bi mogli poslužiti kao poticaj LOM-ima da preispitaju jesu li neke od dijagnoza „zanemarene“ ili se ne prepoznaju simptomi određenih skupina bolesti. Rezultati bi također mogli poslužiti kao poticaj za daljnja istraživanja pobola školske djece, osobito sada kad se jedino LOM njima bavi u kurativnom smislu.

Zaključci

Rezultati istraživanja ukazuju na činjenicu da školska djeca najviše oboljevaju od akutnih dišnih i infektivnih bolesti. Na visokom drugom mjestu su i simptomi i znakovi te povreda i trovanja. Međutim, iznenađujuće je mali udio mentalnih poremećaja i poremećaja prehrane, uključujući i pretilost. Je li u pitanju zanemarivanje ovih problema (među roditeljima i djecom, ali i liječnicima) trebalo bi dodatno istražiti i primijeniti aktivniji pristup dijagnostici pa i liječenju..

Istraživanje je provedeno uz potporu Zaklade za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, Zagreb, a u sklopu Projekta: „Jesu li društvene promjene i reforme zdravstva utjecale na organizaciju i funkcioniranje PZZ i koji je učinak?“

Literatura

1. Wieske RC, Nijhuis MG, Carmiggelt BC, Wagenaar-Fischer MM, Boere-Boonekamp MM. Preventive youth health care in 11 European countries: an exploratory analysis. *Int J Public Health*. 2012;57:637–41.
2. Barnekow V, Muijen M. Child and adolescent health and development in a European perspective. *Int J Public Health*. 2009;54 Suppl 2:128–30.
3. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K i sur. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009;374: 881–92.
4. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Vurrie D, de Loze M, Roberts C i sur, editors. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012;139-200. (Health Policy for Children and Adolescents ; no. 6) Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za školsku i adolescentnu medicinu. Dostupno na: <http://hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-javno-zdravstvo/odjel-za-skolsku-i-adolescentnu-medicinu/>
6. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev*. 2004;5 Suppl 1:4-104..
7. Dabo J, Tomac V, Dragaš-Zzubalj N. Zdravstvena zaštitna školske djece, mladeži i studenata – devetogodišnjeg iskustvo. *HČJZ [časopis na Internetu]*. 2007;3(9):(oko 3 str.). Dostupno na: <http://www.izlog.info/tmp/hcjz/clanak.php?id=13111>
8. Lančić F. Zdravstvena zaštita školske djece – školska medicina nekad i danas. *Medicus*. 2009; 18: 237-41.
9. Jureša V, Musil V, Majer M, Petrović D. Prehrana i tjelesna aktivnost kao čimbenici rizika od srčanožilnih bolesti u školske djece i mladih. *Medicus*. 2010;19:35–9.
10. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 2013. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2014: 101-3.
11. Dečković-Vukres V, Kuzman M, Rodin U, Stevanović R. Upute za primjenu izvještajnih obrazaca za primarnu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. 2. dop. izmj. izd. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1999:9-12.
12. Monto AS. Epidemiology of viral respiratory infections. *Am J Med*. 2002;112 Suppl6A:4S-12S.
13. Kuzman I. Osobitosti akutnih respiratornih infekcija u starije djece i adolescenata. *Medicus*. 2010;19:41-9.
14. Ivković-Jureković I. Specifičnosti astme dječje dobi. *Medicus*. 2013;22:43-8.
15. Depolo T, Džono-Boban A, John O, Ćurlin M. Morbidity trends registered in Croatian family practice in the period 1995 – 2012. *Coll Antropol* 2014;38. [u tisku]
16. Soler JK, Okkes I. Reasons for encounter and symptom diagnoses: a superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS). *Fam Pract*. 2012;29 :272-82.
17. Lipozenčić J, Paštar Z, Marinović Kulišić S, Pavić I. Immunologic aspects of atopic dermatitis. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2009;17:226-34.

MEDICINSKA ETIKA

Razmišljajući o seminarskoj temi shvatila sam da tijekom studija nismo imali priliku čuti mnogo o etičkim problemima liječničkog poziva, odnosno o etici u širem smislu riječi. U svakodnevnoj praksi često se pitam: jesam li ispravno postupila, je li bilo opravdano? U ambulanti obiteljske medicine radim 4 godine, skrbim za otprilike 2100 pacijenata. Ovdje ću opisati slučaj koji vjerujem da smo svi imali.

U ambulantu mi je došla pacijentica stara 30 godina koja radi kao medicinska sestra u kirurškom šoku. Do tada je nisam nikada vidjela jer je bila zdrava. Počela je razgovor o bolovima u leđima, da ima upalu živca jer na poslu stalno dižu i okreću pacijente koji su teško pokretni i nisu u stanju nakon operativnog zahvata sami ustati, premjestiti se na drugi krevet. Pregledala sam je i kako nisam našla ništa patološko porazgovarale smo. Budući na narav posla te kako je to bilo prvi put nisam smatrala da treba daljnju obradu nego samo malo poštete od rada i eventualno analgetik. Predložila sam joj bolovanje što je ona odmah prihvatila i naručila sam ju na kontrolu za 7 dana. Na kontroli je stanje bilo isto bez imalo pomaka te sam indicirala obradu i liječenje. Odmah se usprotivila obradi i terapiji, smatrala je da će to proći ako još bude mirovala. Učinilo mi se da je problem ipak u nečem drugom pa sam ju odlučila otvoreno pitati što se događa prvenstveno sumnjajući možda na neki problem na poslu. Pognuta pogleda, priznala mi je da je lagala jer je saznala za trudnoću - napravila je test. Nije

bila na pregledu kod ginekologa, naručila se i mora čekati dva tjedna. Obzirom na radno mjesto te uvjete u kojima radi strah ju je da se nešto ne dogodi pa je mislila to tako riješiti. Negodovala sam jer mi je lagala i rekla sam da ubuduće, ako ima problem dođe i iskreno mi kaže te ćemo pokušati naći najbolje rješenje što sasvim sigurno nije laganje jer dovodi u nezgodnu situaciju i mene i nju. Ostavila sam je na bolovanju i dalje, upisala u karton mirovanje i poštedu od statodinamičkih opterećenja. Jesam li ispravno postupila?

Postoje opća pravila moralnog ponašanja i činjenica da je moral pojedinca subjektivan i individualan kao što su karakter i ličnost čovjeka. Stoga smatram da mi, liječnici, trebamo pokušati učiniti sve za dobrobit svog pacijenta te se neki put ne uvijek strogo držati pravila koja nam nameće poslodavac. Jedan od razloga zbog kojih donosimo takve odluke je i taj što dobro poznajemo svoje pacijente. Ne gledamo ih samo kroz njihov izdvojeni simptom i zadovoljavajući stroga pravila koja su nam nametnuta od strane poslodavca već ih nastojimo sagledati kroz njihove stavove, strahove, očekivanja. Upravo smo zbog toga ponekad dovedeni u situaciju da prekršimo zakone kako bismo zaštitili svoje pacijente.

Završit ću riječima jednog od najvećih mislilaca Kanta „...dvije stvari ispunjavaju mi dušu sve većim divljenjem i strahopoštovanjem: zvjezdano nebo iznad mene i moralni zakon u meni.“

Tamara Bosak, dr. med.

STARI LJUDI

Razmišljajući o temi za esej zapravo sam shvatila da svakodnevno radimo uglavnom sa starijim ljudima, a o njihovim potrebama, problemima, željama, mogućnostima zapravo jako malo znamo odnosno nikada nas nitko za to nije pripremio.

Ljudi starije životne dobi predstavljaju vrlo specifičnu i vulnerabilnu dobnu skupinu. To je osobito važno zbog porasta incidencije kroničnih bolesti kod starih ljudi i pojave multimorbiditeta. Slušajući kolegij zdravstvena zaštita starih ljudi počela sam razmišljati o njima i gledati ih nekako drugačije. Iznenadio me podatak koliko zapravo o toj temi malo znamo s psihičkog aspekta. Kad mi u ordinaciju uđe stariji pacijent koji se žali na tegobe zaboravljanja, nesanicu, gubitak interesa za sebe i stvari oko sebe, izgleda apatičan, psihomotorno usporen, prvo pomislim na demenciju. Nikad do sada nisam prvo pomislila da su možda u depresiji jer su ostali sami, izgubili nekog od dragih ljudi kraj sebe, ne mogu uživati u ranijim aktivnostima i počinju sebe gledati na drugačiji način. Postanu zahtjevni i obitelji i nama liječnicima, stalno se žale, nisu zadovoljni, ništa što se učini nije dobro.

Trebali bi zajedno s njima razmišljati o zdravom starenju, predložiti im neke aktivnosti koje su njima primjerene, zainteresirati ih za novitete koje koristimo u životu, npr. kompjuter, predložiti druženja, putovanja ili slično ovisno o afinitetu i mogućnostima. Potrebno je naglasiti edukaciju liječnika obiteljske medicine u provođenju zdravstvenih mjera za starije ljude. Njihov ih liječnik mora poticati na fizičku i psihičku aktivnost, educirati o potrebi pridržavanja uputa koje dobiju u ambulant, važnosti pravilnog i kontroliranog uzimanja lijekova, održavanju higijene. Time možemo pokušati odgoditi smanjenje funkcionalne sposobnosti, spriječiti fizičku i psihičku dekompenzaciju s ciljem da starost aktivno dožive, a ne pasivno prožive.

Moramo promijeniti sliku koju je društvo stvorilo o ovom periodu čovjekova života. Ako stariji ljudi na starost počnu gledati pozitivnije, a i njihova okolina postane naklonjenija, otvorit će se mnoga vrata za nova iskustva.

Završit ću citatom M. Twaina: "Bore samo označavaju mjesto na kojem je bio osmijeh".

Tamara Bosak, dr. med.

Vasco da Gama Movement- prvih 10 godina

Vasco da Gama Movement (VdGM) radna je grupa WONCA-e Europe za nove i buduće liječnike obiteljske medicine (specijalizanti i prvih pet godina rada specijalista obiteljske medicine). Ove je godine proslavila svojih prvih 10 godina postojanja. Tim povodom prenosimo osvrt Harrisa Lygidakisa, trenutnog prošlog predsjednika VdGM-e, na Pretkonferenciju VdGM-e održanu u sklopu Konferencije WONCA-e u srpnju u Lisabonu te objavljenju knjigu "The Vasco da Gama Movement Anniversary Book: 10 years sailing, much more to discover".

Idejni začetak rada VdGM-e počinje tijekom WONCA Europe konferencije održane 2004. godine u Amsterdamu. Pokret je osnovan sa ciljem promocije obiteljske medicine kroz internacionalnu platformu koja pruža niz mogućnosti za razmjenu iskustava, te aktivnosti za unapređenje novim i budućim liječnicima obiteljske medicine Europe, pa tako i Hrvatske- svi smo članovi! Bez formalnosti učlanjenja, upustite se u Pokret VdGM-e! Sve informacije dostupne na web stranici www.vdgm.eu, twitter-u @vdgmeu, facebook „Vasco da Gama Movement“, i niz ostalih socijalnih medija. Osnovne tematske grupe unutar VdGM-e su: Research, Education and Training, Exchange, Image and Beyond Europe (Istraživanje, Edukacija i trening, Razmjena, Prezentacija i Izvan Europe).

Zahvalu za širenje ideje VdGM-e u svijetu i kod nas dugujemo nizu pojedinaca, aktivnih obiteljskih liječnika, te udruzi obiteljske medicine. Kod nas,

ograničenjem teksta, ovom prilikom spominjući samo neke od njih, kolegici Jasni Vučak koja je sudjelovala u radu grupe inicijatora, kasnije i kroz funkciju tajnika i člana izvršne grupe VdGM-e, te našeg Nacionalnog koordinatora za razmjene; kasnije aktivno sudjelovanje kolega u međunarodnim razmjenama pa i organizaciji niza Konferencija za strane sudionike od strane organizacijskih odbora Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) i timovima na čelu sa Predstavnicom za VdGM-u za Hrvatsku kolegicom Dijanom Ramić Severinac, kasnije kolegicom Renatom Pavlov. Posebna zahvala i svim kolegicama i kolegama „domaćinima“, stranim sudionicima razmjena.

Uz pomoć kao i nadalje aktivnog vodstva kolegica Vučak i Ramić Severinac, te kroz svekoliku pomoć KoHOMa, nadamo se da ćemo dostojno moći nastaviti njihov rad. Uz isprike na eventualno ne-namjernom izostavljanju, želja nam je upotpuniti ovaj osvrt na 10 godina VdGM-e u Hrvatskoj i Vašom dopunom sjećanja na to vrijeme, a s obzirom da je bilo prije našeg.

Ivana Babić,
VdGM Izvršna grupa, Predstavnica za Hrvatsku

Vlatka Hajdinjak Trstenjak,
koordinator za razmjene

Korespondencija na: ivana.babicdr@gmail.com,
vhajdin2@gmail.com

10-ta Pretkonferencija VdGM-e

Dakle, brod se na kraju vraća u svoju luku; kako bi donio natrag iskustva s putovanja, da se osvrne na trenutke koji su ga definirali, bez obzira jesu li bili dobri, loši, strastveni, uzbudljivi, nesavršeni, poticali na razmišljanje ili bili iracionalni, i da gradi na njima. Krug je završen, još toliko toga za otkriti!

Zapanjujući grad Lisabon koji je bio domaćin 10-te obljetničke pretkonferencije Vasco da Gama Pokreta (VdGM), koja je održana 1. i 2. srpnja 2014., ostvarena zahvaljujući trajnom trudu i strasti pretkonferencijskog organizacijskog tima, kojeg je vodila Catarina Matias, uključeni Ana Nunes Barata, Pedro Azevedo, Nuno Cardoso Jacinto, Rita Lopes, i Ana Margarida Cruz, uz bezuvjetnu podršku portugalske Udruge za obiteljsku medicinu (APMGF). Dva dana prije nego što je glavni događaj započeo, organiziran je program razmjene za sudionike iz cijele Europe, koji su imali priliku prisustvovati kratkoj prezentaciji portugalskog sustava primarne zdravstvene zaštite, te posjetiti portugalske prakse.

Tema ovogodišnje pretkonferencije bila je "Novi putevi za opću praksu i obiteljsku medicinu". Na ovu temu, dvojica čelnika obiteljske medicine pozvani su prenijeti razmišljanja i inspiraciju sudionicima sa svojim vizionarskim govorima. Dr. João Sequeira Carlos, predsjednik 19-te WONCA Europa konferencije i u prošlosti predsjednik našeg pokreta, započeo je pretkonferenciju pronicljivim putovanjem u prošlost. Njegov govor, pod nazivom "VdGM - kroz mora kojima se nikad prije nije plovilo", prenio je vrijednosti i strast osnivača našeg pokreta, koji su dokazali da su neuništivi kroz vrijeme. U svom predavanju, dr. Per Kallestrup, 'otac' Hippokrates Programa razmjene, potaknuo je publiku na razmišljanje o svojim težnjama i strastima, i pozvao ih da iskoriste svoj potencijal da učine svijet boljim mjestom, a našu profesiju jačom.

Ovogodišnja tema djelovala je kao inspirativni čimbenik koji je okupio gotovo 150 novih i budućih liječnika opće prakse i obiteljske medicine iz različitih dijelova svijeta, i omogućila im da podijele iskustva, izraze se i sanjare. Sudionici su bili podijeljeni u male radne skupine i dobili zadatak da rasprave o inovacijama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kroz pogled nove generacije obiteljskih liječnika, prije predstavljanja u završnoj plenarnoj sjednici. Kao što se očekivalo, uskoro su počeli govoriti o svojim životima, o tome kako su postali zainteresirani za obiteljsku medicinu, o problemima s kojima se suočavaju kod kuće, ali i o svojim težnjama i beskrajnoj želji da se promjene dogode. Naglašen je širok spektar zajedničkih problema, uključujući zdravstvene nejednakosti, birokraciju i opterećenje poslom kao i borbu kako uravnotežiti profesionalni i osobni život.

Razmatrane su razne mogućnosti rješenja usmjerena na područja kao što su preddiplomska edukacija iz obiteljske medicine, stručno osposobljavanje i kontinuirana medicinska edukacija, medicina temeljena na dokazima i vrebajuća opasnost od 'godlines' (igra riječi, između „guidelines“ i „Bog“ - što znači da ne bismo trebali slijediti smjernice kao religiju, kao „naš Bog“), komunikacijske vještine i edukaciju pacijenata.

Tri dodatna aspekta često su se spominjala u raspravama i zaključcima radnih skupina:

- Pacijenti koji su u stvarnoj potrebi za skrbi, univerzalna zdravstvena zaštita;
- Zagovaranje, nužnost za poboljšanjem naše slike u javnosti i poticanje osnivanja stupova za učinkovitu, bilateralnu, interprofesionalnu, interdisciplinarnu i međugeneracijski interaktivnu komunikaciju;

- inovacije, tehnologije i komunikacija koje mogu funkcionirati kao dopuna široj strategiji koji ima za cilj osnaživanje pacijenata, pružaoca skrbi i zajednica, čak i u najruralnijim područjima svijeta

Kreativnost je zasjala, sudionici su otkrili iznenađujuće načine da prezentiraju svoje zaključke, kao što su lansiranje nove skupine, VdGMChangeMakers, kako bi usporedili resurse i razvili materijale koji bi mogli pomoći novim i budućim liječnicima opće prakse i obiteljske medicine da adresiraju zajedničke izazove obiteljske medicine u svojim zemljama.

Konačno, tijekom pretkonferencije, Europsko Vijeće, vladajuće tijelo VdGM-e, održalo je produktivan sastanak za procjenu protekle godine i evaluaciju nove strategije. Čelnici ostalih „peer“ pokreta vršnjaka diljem svijeta pružili su nam čast svojom nazočnošću, uključujući dr. Raman Kumar, dr. Scott MacLean, dr. Victor Ng, dr. Kayode Alao i dr. Kyle Hoedebecke; njihovo prisustvo ojačalo je naš odnos u sve široj globalnoj obitelji WONCA-e. Konačno, tijekom tog sastanka, VdGM se oprostio od dr. Sare Rigon, dr. Raquel Gomez Bravo, dr. Zuzane Svadlenkova, i dr. Tobiasa Freund, izražavajući zdušno zahvalnost, i pozdravio dr. Petar-a Sloane, dr. Berka Geroglu, dr. Rosu Avino, dr. Ivanu Babić i dr. Enrique Alvarez Porta kao nove članove Izvršne Grupe.

Publikacija prilikom 10-godišnjice VdGM-e

Sukus obilježavanja godišnjice je prezentacija knjige „The Vasco da Gama Movement Anniversary Book: 10 years sailing, much more to discover“ („Knjiga godišnjice Vasco da Gama Pokreta: 10 godina jedrenja, mnogo više još za otkrivanje“ tijekom posebne svečanosti održane u srijedu, 2. srpnja 2014.

Knjiga je fantastičan primjer odozdo prema gore inicijative unutar VdGM-e, koja je vođena vizijom Catarine Matias, Rite Lopes, Patricie Amaral i Zelal Akbayin, te je postala stvarnost zahvaljujući velikodušnom sponzorstvu i podršci Portugalske Udruge za obiteljsku medicinu (APMGF).

Skupljene su priče pripovijedane od osnivača i vođa našeg pokreta i prikupljeni doprinosi iz različitih nacija kako bi pružili brzi pogled na raznolikost europskog konteksta. U uvodnom slovu u knjizi, Catarina Matias kaže: “ S velikim zadovoljstvom predstavljamo ovu knjigu, kojoj je cilj ispričati priču o prvih 10 godina Vasco da Gama Pokreta. Od ideje do projekta, prelazeći na izvršenje, odražava se današnji kontinuum više ideja i projekata. Ta kontinuirajuća i intenzivna aktivnost pridonosi razvoju obiteljske medicine / opće prakse i odražava oduševljenje europskih specijalizanata i mladih obiteljskih liječnika. Poput virusa, pokušava se proširiti diljem globusa, potičući i podržavajući stvaranje sličnih pokreta na drugim kontinentima - to je istinski Vasco da Gama duh! “

WONCA vođe, prof. Job Metsemakers i prof. Michael Kidd, počastili su nas svojim prisutvom na predstavljanju knjige. Dr. Fons Sips, jedan od osnivača našeg pokreta, autor je možda najemocionalnijeg citata: “Ako je sreća kada vaše fantazije postanu stvarnost ... Ja sam sretan!“

Harris Lygidakis,
Trenutni prošli predsjednik VdGM-e

Objavljeno u: WONCA News, Volume 40, Number 9, October 2014, dostupno na: <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/email%20Newsletters/14Oct.pdf>, pristupljeno 12.10.2014.

Lisabonska deklaracija

Zajednička izjava povodom devetnaeste konferencije WONCA Europe

Europska regija Svjetske organizacije nacionalnih koledža, akademija i akademskih udruženja
(WONCA Europe)

Portugalsko udruženje opće/obiteljske medicine (APMGF)

Vasco da Gama pokret (udruga) (VdGM)

Novi putevi opće/obiteljske medicine

Bolje zdravlje za sveukupnu zajednicu

Posljednjih desetljeća, moderno društvo u većini europskih zemalja znatno je razvilo zdravstvene sustave i njihovi su građani ostvarili visoki standard i kvalitetu života sa povećanjem prosječnog očekivanog trajanja života. Danas se ta postignuća suočavaju sa ozbiljnim poteškoćama i moglo bi se desiti da se, u narednom periodu, ne održe s obzirom na trajnu socioekonomsku krizu i financijsku ranjivost mnogih zemalja.

Iako visokokvalificirana i široko rasprostranjena mreža primarne zdravstvene zaštite u Europskim zemljama koja trenutačno pokriva najveći broj zdravstvenih potreba populacije, postoji opravdani rizik da bi primarna zdravstvena zaštita mogla postati ranjiva i potplaćena zbog ograničenja zdravstvenih proračuna i upitnih političkih odluka.

Kreatori zdravstvene politike i politički vođe trebali bi, jednom zauvijek, poštivati činjenice utemeljene na znanstvenim dokazima i voditi se potrebama i očekivanjima pacijenata, posebno kada se uzme u obzir nova uloga pacijenta kao ravnopravnog partnera u zdravstvenoj zaštiti. Zdravstveni sustavi bazirani na dostupnoj i sveobuhvatnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koju provode educirani i kvalificirani liječnici obiteljske medicine su učinkovitiji, garantiraju jednakost i pravednost kao dio svoje društvene odgovornosti, imaju manji trošak i veće zadovoljstvo korisnika u uspoređi sa zdravstvenim sustavima sa slabo razvijenom primarnom zdravstvenom zaštitom.

Dakle, gore imenovane institucije ohrabruju sve Europske vlade da provedu konkretne mjere za promociju, obranu i razvoj snažnije i održivije primarne zdravstvene zaštite za sve građane, baziranoj na interprofesionalnoj i transgeneracijskoj suradnji svih profesionalaca koji u njoj rade.

Primarna zdravstvena zaštita je, sada više nego ikad, osnovno ljudsko pravo u svakoj društvenoj zajednici u svakom društvu.

Lisabon, 5. 7. 2014.

João Sequeira Carlos
President APMGF

Job Metsemakers
President WONCA Europe

Peter Sloane
President APMGF

Provjerimo svoje znanje (jedan odgovor je točan)

Priredila: prim. dr. Suzana Kumbrija, spec. opće medicine

1. Koja tvrdnja nije točna za akutni nekomplikirani cistitis?

- a) simptomi su disurija, polakisurija, urgencija, suprapubična bol
- b) to su oni cistitisi koji se javljaju u žena koje nisu u menopauzi, nisu trudnice i nemaju komplicirajućih čimbenika za infekcije mokraćnog sustava
- c) simptomi traju kraće od 7 dana
- d) obavezno treba učiniti urinokulturu
- e) terapija izbora je Nitrofurantoin 2x100 mg kroz 7 dana

2. Rekurentne mokraćne infekcije (jedna tvrdnja nije točna)

- a) infekcije koje se javljaju više od 2 puta unutar 6 mjeseci odnosno 3 ili više puta u godini dana
- b) kod mladih žena rizik je u učestalim spolnim odnosima, upotrebi dijafragme i spermicidnih sredstava
- c) žene u postmenopauzi su u riziku radi rezidualnog urina, inkontinencije, cistokele i urogenitalnih operacija
- d) infekcije klamidijom, ureaplazmom i mikoplazmom mogu imitirati rekurentne infekcije mokraćnog sustava
- e) liječe se kao i nekomplikirani cistitis

3. Urinokulturu ne treba raditi kod:

- a) trudnica
- b) dijabetičara
- c) sumnji na pijelonefritis
- d) nekomplikiranog cistitisa mladih žena
- e) rekurentne infekcije

4. Asimptomatska bakteriurija ne liječi se kod:

- a) trudnica
- b) prije invazivnih uroloških, ginekoloških i ortopedskih zahvata
- c) dijabetičara
- d) primaoca transplantiranih organa
- e) žena s bakteriurijom koja traje 48 sati nakon odstranjenja trajnog katetera

5. Infekcije mokraćnog sustava (jedna tvrdnja nije točna)

- a) liječe se samo simptomatske infekcije i asimptomatske određenih skupina
- b) za empirijsko liječenje potrebno je poznavanje lokalne situacije u rezistenciji
- c) ako je rezistencija na lijek veća od 10% lijek se ne daje empirijski
- d) E coli je uzročnik u 70-95% epizoda nekomplikiranog cistitisa i pijelonefritisa
- e) nalaz leukociturije i bakteriurije znači da je prisutna infekcija bez obzira na simptome i znakove

6. Rezistencija na E coli najmanja je na:

- a) ampicilin
- b) amoksiklav
- c) nitrofurantoin
- d) norfloksacin
- e) trimetoprim / sulfametoksazol

7. Koji od antibiotika uopće ne djeluje na enterococcus:

- a) ampicilin
- b) gentamicin
- c) nitrofurantoin
- d) cefiksim
- e) ciprofloksacin

8. Akutni prostatitis karakterizira:
(jedna tvrdnja nije točna)

- a) bol u perineumu i zdjelici
- b) bolno i otežano mokrenje
- c) izrazito bolan DRP
- d) terapija izbora su fluorokinoloni-ciprofloksacin 2x500 mg 4 tj.
- e) PSA je normalan

9. Akutni nekomplikirani pijelonefritis
(jedna tvrdnja nije točna)

- a) prate ga temperatura > 38, zimica i tresavica, mukla bol lumbalno
- b) česta je bol u epigastriju, poliurija i nikturija
- c) terapija izbora je koamoksiklav 1 gr 2x1 tbl 10-14 dana
- d) obavezno učiniti urinokulturu
- e) alternativno liječenje Trimetoprim / sulfametoksazol 960 mg 2x1 10-14 dana

10. Terapija cistitisa u trudnoći
(jedna tvrdnja nije točna)

- a) obavezno se liječi kroz 7 dana
- b) lijek izbora su cefalosporini II. i III. generacije
- c) može se liječiti koamoksiklavom
- d) mogu se koristiti cefalosporini I. generacije
- e) smije se uzimati nitrofurantoin bez obzira koji je trimestar trudnoće

Odgovori: 1d, 2e, 3d, 4c, 5e, 6c, 7d, 8e, 9e, 10e

Rumboldt M, Petric D i sur.

OSCE/OSKI (Objective Structured Clinical Examination /
Objektivno strukturirani klinički ispit)

Praktikum vještina za studente i specijalizante obiteljske medicine

II. dopunjeno izdanje.

Postavlja se retoričko pitanje: treba li diplomirani liječnik znati suzbiti anafilaktički šok, provesti kardiorespiracijsko reanimiranje ili izvršiti neophodnu paracentezu? Naravno da treba, ali studenti medicine nerijetko dolaze u završnu godinu studija, a da uz teorijsku podlogu nisu ovladali i vještinom takvih i sličnih zahvata. Zato je u sumacijski ispit iz obiteljske medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu, uz pismeni i usmeni, uveden još i praktični dio (OSKI), za koji se kandidati, uz rad s pacijentima, pripremaju i u vježbaonici, laboratoriju opremljenom različitim modelima, uređajima i drugim nastavnim pomagalicama. Kako bi ovladavanje tim vještinama bilo potkrijepljeno i odgovarajućim priručnikom, Katedra obiteljske medicine je 2012. godine objavila knjižicu pod gornjim naslovom, vodeći se latinskom uzrečicom „*Theoria sine praxi sicut currus sine axi*“.

Ubrzo nakon tog, prvog izdanja, po nabavci novih vježbovnih modela, po utvrđivanju nepokrivenosti određenih područja te na temelju argumentiranih zahtjeva studenata, javila se nastavna potreba za novim, dopunjenim i proširenim izdanjem tog praktikuma.

Riječ je o brošuri džepnog formata (20,5 x 12,5 cm), koju je opet priredilo osmero suradnika Katedre obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu, a uredili prof. Mirjana Rumboldt i prim. Dragomir Petric. Prikazano je preko pedeset zahvata, vještina i pretraga neophodnih za pružanje primarne zdravstvene zaštite. Posebno poglavlje posvećeno je sadržaju suvremene liječničke torbe. Knjižica je ilustrirana s 83 crno-bijele slike (fotografije i crteži) te 6 tablica, a priložen je i CD

Split:
Redak, 2014.
Meki, plastificirani
uvez,
158 stranica,
83 slike,
6 tablica,
CD sa slikama u
boji;
cijena 100 kn



sa svim spomenutim slikama u boji. Literaturne referencije su osuvremenjene (sada ih je 28), a dodano je i abecedno kazalo pojmova.

Po čemu se ovo, dopunjeno izdanje razlikuje od prethodnoga? U prvom redu po znatno većem broju poglavlja (53: 37, tj. 16 novih), ilustracija (83: 66), pa i stranica (158: 118). Primjerice, pridodana su nova poglavlja o antropometriji, o pranju ruku, o orijentacijskoj analizi urina, o određivanju glikemije ili o pregledu i repoziciji iščašenog ramena. Gradivo je iz didaktičkih razloga podijeljeno u tri zasebne cjeline: hitne intervencije (8 poglavlja), zahvati (20 poglavlja) i pretrage (25 poglavlja).

U Hrvatskoj takvog priručnika nema, a ni u dostupnoj svjetskoj literaturi nisam našla nastavni tekst koji bi studente i specijalizante obiteljske medicine sustavno pripremao za praktičnu provedbu najvažnijih zahvata i pretraga. Odabrani sadržaji su primjereno predočeni uz pomno prikazana potrebna tvoriva i postupke, kao i svrsishodan redoslijed neophodnih radnji. Rukopis je metodički u potpunosti prilagođen predmetu, a izneseni sadržaji su znalački napisani jasnim i razumljivim jezikom, tako da ovaj praktikum predstavlja bitan doprinos u izboru sveučilišnih priručnika, kako za studente, tako i za specijalizante i specijaliste obiteljske medicine.

Urednica

SVI SMO SVOJIM PUTEM POŠLI...

Željko Ključević, Josipa Glavaš, Davorka Kovačić Borković, Ivana Sikirica, Mirela Grbić, Marija Dabro, Diana Nonković

Priručnik *Svi smo svojim putem pošli...* (dim. 20 x 20 cm), u izdanju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo (NZJZ) Splitsko-dalmatinske (S-D) županije, obuhvaća 28 kartica teksta i strukturalno je podijeljen na 6 glavnih cjelina, koji se dalje dijele u više potpoglavlja. Namijenjen je djelatnicima odgojno-obrazovnih ustanova koji provode zdravstveni odgoj u školama, ali i adolescentima te njihovim roditeljima. Osnovni cilj je edukacija o utjecaju različitih rizičnih ponašanja na reproduktivno zdravlje te važnosti njegova očuvanja i unapređenja.

U prva dva poglavlja, *Druga prigoda - dominacija Erosa* te *Adolescencija – što mi se događa i zašto baš sad?*, skreće pozornost na brojne promjene na tjelesnom, društvenom i emocionalnom planu, koje direktno utječu na razvoj i funkcioniranje adolescenata. U poglavlju *Rizična ponašanja mladih*, nudi se sažet prikaz različitih problematičnih ponašanja među mladima, koja povećavaju opasnost neželjenih posljedica, ali i sklonost drugim rizicima. Poglavlje *Odgovorno spolno ponašanje* govori o tome kako procijeniti kada je pravo vrijeme za spolne odnose, koje su metode kontracepcije najprimjerenije za mlade te kada i kako se pripremiti za prvi ginekološki pregled. O mogućim posljedicama koje se mogu odraziti na reproduktivnom zdravlju, govori poglavlje *Što se može dogoditi?* te ukazuje na najučestalije spolno prenosive bolesti, neplaniranu trudnoću, ali i na sve prepoznatljiviji problem, nasilje u mladenačkim vezama. U konačnici, dio *Kome se obratiti?* pruža informacije gdje potražiti pomoć te usmjerava na postojanje savjetovašta otvorenih vrata koja djeluju pri NZJZ S-D županije: Savjetovašte za reproduktivno zdravlje pri Službi za školsku i sveučilišnu medicinu te Savjetovašte za zaštitu zdravlja djece i mladih pri Službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti. Slična savjetovašta postoje i u



drugim većim gradovima kao dio djelatnosti školskih liječnika.

Tiskan je u siječnju 2013., u nakladi od 500 primjeraka, a prvi put je predstavljen zdravstvenim djelatnicima, na simpoziju „Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih“ povodom obilježavanja Svjetskog dana spolne i reproduktivne svijesti, na Zavodu za pomorsku medicinu u Splitu. Iste godine, predstavljen je i na seminaru za stručne suradnike osnovnih i srednjih škola S-D županije, u organizaciji Agencije za odgoj i obrazovanje. Također, pokazao se kao korisno pomagalo u radu vršnjačkih edukatorica Ženskog đačkog doma Split, koje u sklopu projekta vršnjačke edukacije „Nešto ću ti reć“ provodi Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti.

O korisnosti primjene ovog priručnika, namijenjenog široj publici, govori i kratak izvadak iz recenzije prof. dr. sc. Denija Karelovića (KBC Split – Klinika za ženske bolesti i porode), čije su konstruktivne primjedbe i prijedlozi itekako pomogli u osmišljavanju sadržaja: „Priručnik NZJZ S-D županije *Svi smo svojim putem pošli...* vrijedan je i koristan tekst za mlade u razdoblju adolescencije. Tekst je pisan razumljivo i sadrži najvažnije podatke o adolescenciji, rizičnom ponašanju, spolnim odnosima, kontracepciji, ginekološkom pregledu, spolno prenosivim bolestima, trudnoći, nasilju u vezi i navodi adrese na kojima se mladi mogu obratiti za pomoć.“

ODRASTI (NI)JE LAKO, ZAR NE?

Josipa Glavaš, Davorka Kovačić Borković

Priručnik *Odrasti (ni)je lako, zar ne?* (dim. 23,5 x 16,5 cm), u izdanju Grada Splita (Vijeće za provedbu programa prevencije kriminaliteta na području grada Splita) tiskan je prvi put 2012. g., a do kraja 2014. g. će izići iz štampe dopunjeno izdanje. Namijenjen je edukaciji roditelja učenika osnovnih škola, koja se provodi u sklopu nacionalnog projekta primarne prevencije ovisnosti „Zajedno možemo više“.

Priručnik obuhvaća 19 kartica teksta i strukturalno je podijeljen u 6 glavnih cjelina i nekoliko potpoglavlja. Razdoblje bura i oluja govori o prijelaznom razdoblju između djetinjstva i odraslog doba, adolescenciji. Uloga obitelji u prevenciji rizičnih ponašanja ukazuje na brojne čimbenike koji utječu na odluku adolescenata hoće li ući u svijet ovisnosti i rizičnog ponašanja te naglašava zaštitne faktore među kojima su najbitniji harmonični obiteljski odnosi. Također ukazuje na prava i obveze roditelja sukladno postojećoj zakonskoj regulativi. U poglavlju *Rizična ponašanja mladih* prikazani su podatci o prevalenciji zlouporabe različitih psihoaktivnih tvari (duhan, alkohol, marihuana), novih ovisnosti i međuvršnjačkog nasilja, sukladno nacionalnom istraživanju na reprezentativnom uzorku djece i mladih, HBSC – Ponašanje u svezi sa zdravljem u školske djece 2009./2010. te statistički pokazatelji PU SD o počinjenim kaznenim djelima od strane maloljetnika. Osim toga, u poglavlju se govori o znakovima koji ukazuju na određenu problematiku, načinima ranog prepoznavanja te neposrednim posljedicama na zdravlje. Na kraju, u dijelovima *Nekoliko rečenica za kraj...* i *Kome se obratiti?* nude se praktični savjeti roditeljima te informacije gdje mogu potražiti pomoć ukoliko primjete da njihovo dijete iskazuje određene poteškoće ili promjene ponašanja.



S obzirom da je obitelj ključni čimbenik u razvoju djeteta, odgovorna za izgradnju odgovarajućeg sustava vrijednosti, već odavno se ukazuje na potrebu aktivnijeg uključivanja roditelja u preventivni rad. U sklopu projekta „Zajedno možemo više“ i njegove podkomponente „Mogu ako hoću 2“ namijenjene roditeljima, na edukaciji roditelja zajednički surađuju dvije institucije: Policijska uprava Splitsko-dalmatinska i Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije. U protekle dvije godine održano je 61 predavanje na tematskim roditeljskim sastancima, na kojima je obuhvaćeno oko 2000 roditelja, u 27 splitskih škola. Prilikom tematskih roditeljskih sastanaka govori se o problematici zlouporabe psihoaktivnih sredstava među mladima, sa stajališta policije i zdravstvenog djelatnika uz podjelu priručnika, u kojem je sažeto prikazana cjelokupna problematika. Unutarnja evaluacija projekta pokazala je da je ovakva vrsta edukacije dobro prihvaćena među roditeljima te se čak 98% roditelja izjasnilo za nastavak sličnih projektnih aktivnosti. Posebno ih je interesirao način kako se postaviti prema djeci u određenim situacijama (uspostava pravila i granica, načini komunikacije), prepoznavanje znakova zlouporabe različitih psihoaktivnih sredstava, načini testiranja, policijsko postupanje glede dostupnosti alkohola mladima i sl., a to su sve pitanja na koje ovaj priručnik daje odgovore.

HUOM Split 2014.

Poštovane kolegice i kolege,

Iza nas je uspješno završen XXI. Kongres obiteljske medicine u organizaciji HUOM-a, ove godine održan u Splitu, od 24. do 26. travnja 2014. godine u hotelu „Le Méridien Lav“.

Na svečanom otvaranju prvog dana, sudionike Kongresa su pozdravili uzvanici: prof. dr. Dragan Ljutić, dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu, doc. dr. Ivo Jurić, predsjednik županijskog povjerenstva HKL i HLZ, doc. dr. Sanda Pribić u ime četiri Katedre obiteljske medicine (Osijek, Zagreb, Rijeka i Split), Natalia Bralić, voditeljica regionalnog ureda HZZO-a, mr. sc. Jasna Ninčević, ravnateljica županijskog NZZJZ-a, te prim. mr. sc. Josip Lončar u ime HDOD-a. Nakon prigodnog programa u izvedbi klape „Šušur“ sudionike i goste je pozdravio i otvorio Kongres predsjednik HUOM-a, prim. dr. Dragomir Petric. Govoreći o stručnom usavršavanju obiteljskih liječnika naglasak je stavio na potrebu za usmjerenom i svrsishodnom doedukacijom, prilagođenom različitim potrebama obiteljskog liječnika koje proizlaze iz okolnosti u kojima svakodnevno rade. Obrazlažući glavne teme Kongresa, posebno se osvrnuo na potrebu dobre organizacije palijativne skrbi naših bolesnika u čijoj je osnovi prava, svrsishodna suradnja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite koja bi trebala rezultirati boljom organizacijom vanbolničke službe. Nakon otvaranja Kongresa, prim. Petric je, umjesto prof. M. Rumboldt koju je spriječila bolest, dao kratki presjek razvoja Obiteljske medicine u Hrvatskoj, koljevcu te specijalnosti, kao podsjetnik kolegama, a napomena uzvanicima, pod naslovom „Obiteljska medicina od struke do akademije ...“

Kao što je to uobičajeno na kongresima HUOM-a, u radnom dijelu, okosnice bile su dvije glavne teme: Zdravlje muškaraca i Palijativna skrb. Uvodno predavanje za temu „Zdravlje muškaraca“ priredila je prof. dr. Mirjana Rumboldt, a održao ga je prim. dr. med. Petric. Težište izlaganja stavljeno je

na specifičnost muške populacije glede korištenja zdravstvene zaštite, uz osvrt na najčešće poteškoće i bolesti muškaraca, kako one vezane isključivo uz spol, tako i one koje zahvaćaju oba spola, ali su češće, zastupljene u muškaraca bilo radi genetske predispozicije ili radi rizičnijeg ponašanja. Radovi napisani na ovu temu obuhvatili su preventivno djelovanje liječnika OM u dijagnosticiranju i liječenju te održavanju zdravlja muškaraca, evaluaciju nekih preventivnih programa, te su obrađene teme važne za svakodnevnicu LOM-a kao npr. erektilna disfunkcija, inkontinencija, muška neplodnost. Prezentacijom prof. dr. Mladenke Vrcić-Keglević o suvišnom korištenju medicine (*overdiagnosis, overtreatment*) u svakodnevnoj praksi specifično prikazanom na primjeru muškog zdravlja, završena su izlaganja unutar prve teme ovogodišnjeg Kongresa.

U uvodnom predavanju na temu „Palijativne skrbi“ koje je održao prim. Petric dan je uvid u trenutne mogućnosti organizacije, ali i buduće potrebe za palijativnom skrbi u Republici Hrvatskoj (RH) sa naglaskom na Splitsko-dalmatinsku županiju. U osnovi liječenja je poboljšanje kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji u trenutku kada su suočeni sa svim problemima koji nosi bolovanje od smrtonosne ili neizlječive bolesti. Za uspješno provođenje palijativne skrbi u kući bolesnika važno je znanje i vještine medicinskih djelatnika, pristanak obitelji i implementacija modela podijeljene skrbi, dok je za institucionalno liječenje važan doprinos sustava koji bi trebao opremiti dovoljan broj kreveta u ustanovama /hospicijima ovisno o specifičnostima potreba pojedine županije. Među radovima unutar ove teme Kongresa prikazana je organizacija palijativne skrbi na primjerima pacijenata (u kući i bolnici), te specifičnosti njene provedbe na određenim područjima RH (Imotski, Osijek, Split) i Bosne i Hercegovine (Lukavac). Tematski dio završen je s obiteljskim liječnicima zanimljivim i važnim informacijama iz Cochrane kolaboracije za prevenciju i liječenje bolesti prostate i muške sterilnosti, te pravilnog liječenja niza tegoba terminalnih pacijenata.

Među slobodnim temama prikazani su radovi o liječenju dijabetičara, probiru te populacije na kardiovaskulne rizike i kako jednostavnim mjerama smanjenja soli u hrani smanjiti arterijski tlak, prevenciji pretilosti kod djece, uloge edukacije LOM-a u cilju promicanja dojenja i utjecaju osobnog stila života LOM-a na savjete date pacijentima. Radni dio Kongresa završen je zanimljivom prezentacijom prof. dr. M. Rumboldt o znanstvenom radu i angažmanu obiteljskih liječnika te o mogućim razlozima zaziranja od istog.

Tijekom trajanja Kongresa polaznici su mogli sudjelovati u radu niza ponuđenih radionica:

- spirometrija
- korištenje TENS-a
- kabinet kliničkih vještina (model ramena, koljena i lakta)
- dermatoskopija
- intubacija i rad s defibrilatorom.
- reanimacija (elektronski nadzirani model)
- kateterizacija mokraćnog mjehura
- digitorektalni pregled
- prirodno planiranje obitelji

Iskustva XXI. Kongresa govore u prilog ovakvog načina doedukacije, gdje svatko može unutar ponuđenih tema odabrati one koje su za njega i specifičnost okruženja u kojem radi, najznačajnije. Korišteni modeli za vježbanje raznih kliničkih vještina su suvremeni, sa razvijenim tehničkim mogućnostima praćenja uspješnosti izvođenja određene vještine gdje polaznik dobiva odgovor o pravilnosti izvođenja.

Na zatvaranju Kongresa, predsjednik HUOM-a prim. D. Petric pozvao je sve obiteljske liječnike na XXII. Kongres obiteljske medicine koji se održava od 09. - 11. travnja 2014. godine u Varaždinu, sa dvije glavne teme: Metabolički poremećaj i Polipragmazija.

Marion Tomičić, dr. med.

WONCA Europe 2014.

Lisabon, 2-5.7.2014. – Osobne refleksije

19. Kongres Wonca Europe održan je u Lisabonu od 2. - 5. 7. 2014. Tema je bila „New Routes for General Practice and Family Medicine“. Bilo je očigledno da su kolege iz Portugala radili entuzijastično na stručnoj pripremi skupa, ali su ujedno pokazali sve ljepote svoje zemlje i ukazali na tradiciju primarne zdravstvene zaštite i obiteljske medicine u Portugalu. Skupu je prisustvovalo preko 4000 liječnika obiteljske medicine, pretežito iz Europe, ali smo susretali kolega iz Sjeverne i Južne Amerike, Australije, Novog Zelanda, te iz mnogih Afričkih i Azijskih zemalja. Rad u službenom dijelu se odvijao kroz uvodna predavanja, usmene prezentacije, poster prezentacije, workshope i sastanke tematskih grupa i satelitskih simpozija.



Posebno je bilo interesantno uvodno predavanje Joane Carneiro, dirigentice i ravnateljice Berkeley simfonijskog orkestra, koje je ujedno predstavljalo uvodno predavanje i muzičku performansu na temu timskog rada, tipičnog i za obiteljsku medicinu i za simfonijski orkestar. Kroz muzički izričaj nam je pokazala kako to izgleda kada je tim „raštiman“, a kako nebeski zvuči kada su svi članovi tima usredotočeni na zajednički cilj. Profesor Michael Kidd, predsjednik Svjetske WONCA je još jednom upozorio da se

ne zaboravi razvoj struke temeljene na „primjerima bolesnika“, individualnom i sustavnom učenju i unapređenju kvalitete rada temeljenom na iskustvu u radu s bolesnicima, koje je možda i najspecifičnije za našu struku. Dr. Margaret McCartney, liječnik obiteljske medicine iz Glasgowa i redoviti suradnik British Medical Jurnala, je govoreći o potrebi činjenja dobra bolesnicima, naglasila da: „socijalna pravednost ponekad može učiniti većeg dobra nego sve preventivne mjere“. Mnogi preventivni programi čine dobra, ali je dokazano da čine i mnogo „nedobrog“ u vidu „*overdiagnosis and overtreatment*“, njezino je završno mišljenje i apel kolegama da o tome razmisle. Kamran Abassi, međunarodni urednik British Medical Jurnala je podsjetio na potrebu i načine stjecanja znanja, a Carl Edvard Rudebeck je slikovito opisao kako su u obiteljskoj medicini, pored znanja, važni i osjećaji, poštivanje i respekt prema bolesniku. Posebno važno, i za našu situaciju je možda čak i poučno, bilo izlaganje Richarda Roberta, profesora na Medicinskom fakultetu iz Wiskonsina i bivšeg predsjednika Svjetske WONCAe, koji je govoreći o temi učenja i poučavanja novih generacija, podsjetio da se usprkos globalizaciji ne smiju zaboraviti individualne potrebe pacijenata i mladih liječnika, s posebnim osvrtom na bojazan od

opće univerzalnosti i jednoznačnosti, uzevši kliničke smjernice kao primjer.

Imali smo priliku slušati 404 usmena izlaganja i pregledavati 997 postera o različitim kliničkim sadržajima, ali i organizaciji i načinu rada u obiteljskoj medicini. Teško je bilo naći vremena i za 99 workshopa i 22 tematska skupa, ali oni koji su sudjelovali kažu da je bilo veoma korisno iskustvo. Ove godine je proslavljena i 10-godišnjica Vasco da Gama Projekta, u čijoj smo realizaciji bili vrlo aktivni.

Hrvatska grupa je bila mnogobrojna, kažu neki da smo bili drugi po broju sudionika, mogla se čuti naša riječ i vidjeti poznata lica na svakom koraku. Bilo je 13 prezentacija naših kolega, od kojih 10 (4 usmene prezentacije i 6 postera) pod pokroviteljstvom Zaklade za razvoj obiteljske medicine. Uživali smo u druženju s kolegama, istraživali grad i okolicu, probali specijalitete od bakalara na 500 i još poneki način (pogledajte fotografije!). Vratili smo se kući puni entuzijazma i s nadom da će nas slijedeće godine u Istambul biti još više, a svake naredne godine još i više.

Vlatka Topolovec-Nižetić,
Dobrislav Šimić i Renata Pavlov



Kongres Udruženja liječnika opće/obiteljske medicine Jugoistočne Europe

Sarajevo, 18.-21. 9. 2014., kratak izvještaj

Tema ovogodišnjeg kongresa Association of General Practice / Family Medicine South-East Europe (dostupno na: www.agpfmsee.org), je bila „Tko smo mi i kakva je naša budućnost“, u kojoj se željela preispitati društvena uloga i mjesto liječnika obiteljske medicine u sustavu zdravstvene zaštite. Kolege iz Federacije Bosne i Hercegovine su se potrudili da nas privuku, ne samo s temom kongresa, nego i s dobro poznatom gostoljubljivošću. Kongresu je nazočilo oko 250 europskih kolega iz Albanije, Bosne i Hercegovine, Bugarske, Crne Gore, Hrvatske, Makedonije, Moldove, Rusije, Slovenije, Srbije, Turske, ali i iz Kanade. Pored ostalih, u uvodnim predavanjima, Geoffrey Hodgetts, Muharem Zildžić i Olivera Batić Mujanović prikazali su rezultate revitalizacije specijalizacije iz obiteljske medicine u Bosni i Hercegovini pod vodstvom Sveučilišta Queens iz Kanade. Ostale teme su bile posvećene organizaciji i funkcioniranju, te metodama i najčešćim kliničkim



sadržajima rada liječnika obiteljske medicine. Imali smo priliku prisustvovati usmenim izlaganjima, razgledavanju postera, radionicama (workshops) i specifičnim forumima. Vrijedno bi bilo istaknuti poseban trud kolega iz BiH, koji su, samostalno ili u suradnji s drugim kolegama, priredila 63, od ukupno 209 prezentacija.

Velika grupa kolega iz Hrvatske je sudjelovala u radu Kongresa, priredivši između ostaloga tri usmene prezentacije, jedan workshop i jednu poster prezentaciju. Dvije prezentacije, usmena i poster prezentacija, bile su pod pokroviteljstvom Zaklade za razvoj obiteljske medicine. Razmijenili smo iskustva i uživali u druženju s kolegama, ali i u razgledavanju Sarajeva i njegovih delicija.

Gordana Prljević

HRVATSKA UDRUŽBA
OBITELJSKE MEDICINE



CROATIAN ASSOCIATION
OF FAMILY MEDICINE

XXII. KONGRES LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE Varaždin, 09.04. - 11.04.2015.

pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja RH

Teme kongresa:

- 1) Metabolički sindrom
- 2) Polipragmazija



KOTIZACIJA (pdv uključen)

Rana kotizacija do 31.12.2014.	Kasna kotizacija od 01.01.2015. do 31.03.2015.	Kotizacija od 01.04.2015. do početka Kongresa	Studenti, umirovljenici, dodatne akreditacije uz izložbeni prostor, osobe u pratnji
1.500,00 kn	1.700,00 kn	1.900,00 kn	50,00%

ROK ZA DOSTAVU RADOVA: 01.02.2015.

na e-mail kongresa: kongres2015.varazdin@gmail.com

SMJEŠTAJ:

Detaljne informacije o ponudi i cijenama smještaja dostupne su na web stranici www.horizont-travel.hr.
Zahtjev za rezervaciju smještaja molimo uputite isključivo pisanim putem na kontakt službene agencije Kongresa:

HORIZONT d.o.o. Varaždin

Aleja kralja Zvonimira 1, 42000 Varaždin, Hrvatska

tel: 00385 42 395 111/ fax: 00385 42 395 112

OIB: 85339174260/ IBAN: HR332340009110422655

kontakt osoba: Ivana Jergan /gsm: 091 1 487 729

e-mail: ivana@horizont-travel.hr



Kongres obiteljskih liječnika Varaždin



HORIZONT putnička agencija d.o.o. Varaždin, Aleja kralja Zvonimira 1, 42000 Varaždin,
tel: 00385 42 395 111, fax: 00385 42 395 112, ID HR-AB-42-070091899, OIB: 85339174260