

Zagreb, 2015  
Med Fam Croat  
**Vol 23**  
**No 1**  
1-112

# Medicina Familiaris Croatica



UDK 61:36.058  
ISSN 1330-1527

ČASOPIS HRVATSKE UDRUŽBE OBITELJSKE MEDICINE

## IZVORNI RADOVI

Razvoj sposobnosti istraživanja  
tijekom specijalizacije iz  
obiteljske medicine

Laktacijski mastitis:  
Dijagnostički izazov za  
liječnika obiteljske medicine  
Republike Hrvatske

## STRUČNI RADOVI

Projekt specijalizacija iz  
obiteljske medicine -  
Što je učinjeno?

Mentori - važna karika u  
izvođenju programa  
specijalizacije iz obiteljske  
medicine

## PREGLEDNI ČLANCI

Prednosti liječenja moždanog  
udara intravenskom  
sistemskom trombolizom

## IZ PRAKSE U PRAKSU

Prikaz rada specijalističke  
ordinacija opće  
medicine u koncesiji



**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****IZVORNI RADOVI**

Razvoj sposobnosti istraživanja tijekom specijalizacije iz  
obiteljske medicine

*Mladenka Vrcić Keglević, Milica Katić, Đurđica Lazić,  
Hrvoje Tiljak, Renata Pavlov, Vlatka Hajdinjak Trstenjak ...* 5

Laktacijski mastitis: Dijagnostički izazov za liječnika  
obiteljske medicine Republike Hrvatske

*Željka Topić, Irena Zakarija Grković.....* 11

**STRUČNI RADOVI**

Projekt specijalizacija iz obiteljske medicine -  
Što je učinjeno?

*Mladenka Vrcić-Keglević, Hrvoje Tiljak .....* 20

Mentori - važna karika u izvođenju programa  
specijalizacije iz obiteljske medicine

*Mladenka Vrcić Keglević, Hrvoje Tiljak .....* 40

Uloga duhovnika u timu palijativne skrbi

*Josip Krpeljević .....* 51

Psihijatrijski pristup oboljelima od malignih  
bolesti u terminalnom stadiju bolesti

*Branimir Rančić, Slobodanka Nedeljković, Ivan Rančić.....* 55

**PREGLEDNI ČLANCI**

Prednosti liječenja moždanog udara intravenskom  
sistemskom trombolizom

*Irena Gašparić.....* 61

**PRIKAZI SLUČAJEVA**

Prikaz slučaja: Hipotireoza (Hashimotov tiroiditis)

*Tatjana Cikač, Kristina Sambol .....* 67

**OBNOVIMO ZNANJE**

Pristup pacijentu s fibrilacijom atrijske

*Tatjana Cikač, Kristina Sambol.....* 71

Akutni infarkt miokarda

*Tatjana Cikač, Kristina Sambol.....* 77

**IZ PRAKSE U PRAKSU**

Prikaz rada specijalističke ordinacija opće medicine u koncesiji <i>Antonio Kobaš, Marija Vrca Botica</i> .....	81
SWOT analiza ordinacije obiteljske medicine <i>Maja Kožljan</i> .....	87

**ŠTAMPAROVİ DANI 2014.**

Stručno edukacijski simpozij Štamparovi dani, 09.-14. prosinca 2014. godine .....	90
Nutricionističke potrebe u palijativnoj medicini .....	92
Ljudska prava u sferi pružanja palijativne skrbi .....	93
Palijativna skrb u srčanom popuštanju .....	94
Iskustva organizacije palijativne skrbi u Dubrovačko-neretvanskoj županiji .....	95
Najčešći psihijatrijski poremećaji u palijativnoj medicini ...	97
Perkutana bilijarna drenaža kao palijativna metoda .....	98
Rehabilitacija u palijativnoj skrbi.....	99
Primjena logoterapije u palijativnoj skrbi .....	100
Palijativni pacijent u službi hitne medicinske pomoći u Požegi .....	101
Uloga nevladinih organizacija u razvoju sustava palijativne skrbi .....	102
Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne medicine .....	103
Palijativna skrb hemodijaliziranog bolesnika .....	104
Primjena opioida u palijativnoj skrbi .....	105
Uloga liječnika obiteljske medicine u palijativnoj skrbi .....	106
Prevenција međuvršnjačkog nasilja .....	110
Najčešći kirurški zahvati u palijativnoj skrbi .....	111

Drage kolegice i kolege !

Pred vama je novi broj našeg časopisa koji eto ipak uspjeva opstati. Moram vam najprije priopćiti radosnu vijest da se naš časopis nalazi na portalu znanstvenih časopisa Republike Hrvatske –HRČAK. <http://hrcak.srce.hr/medicina-familiaris-croatica>

Iako se čini da među vama ne postoji interes za slanje radova za časopis koji nije bio indexiran, rad naših profesora o istraživanju u obiteljskoj medicini govori da ste u dvadeset godina objavili u časopisu 113 radova.

Ovaj broj časopisa posvećen je našoj specijalizaciji i specijalistima obiteljske medicine. Prof. Vrcić-Keglević i profesor Tiljak vode nas kroz Projekt specijalizacije od 2003. do 2105., govore o istraživanju, očekivanjima i mentorskom sustavu. Osnovni cilj Projekta specijalizacije je bio da svi liječnici mlađi od 50. godine života koji rade u OM i u ugovornom su odnosu s HZZO-om postanu specijalisti do kraja završetka Projekta, odnosno do 2015. godine. O tome kako je projekt tekao i što je učinjeno možete pročitati u ovom broju. Slijedi popis svih kolega koji su specijalizirali obiteljsku medicinu od 2003. do 2015., kao i popis njihovih mentora.

U radu o laktacijskom mastitisu kolegica zaključuje da on nije rijetka pojava u ordinacijama liječnika obiteljske medicine kod nas te im ne predstavlja značajni dijagnostički izazov.

U radovima koji slijede govori se o danas vrlo aktualnoj palijativnoj skrbi u kojoj značajnu ulogu ima i duhovnik, što nam u svom radu približava velečasni Josip Krpeljević.

Dušobrižništvo u palijativnoj skrbi je interkonfesionalno, odnosno nadkonfesionalno, što znači da se duhovnik, kao član tima palijativne skrbi, stavlja na raspolaganje svakom pacijentu, članovima njegove obitelji i ostalim članovima palijativnog tima, bez obzira na njihovu dob, spol, svjetonazor, vjersku pripadnost ili kakva druga osobna uvjerenja i stavove.

Profesionalni duhovnici sve se više prihvaćaju kao integralni članovi interdisciplinarnog tima palijativne skrbi.

U radu o psihijatrijskom pristupu palijativnom bolesniku još jednom uviđamo važnost holističkog pristupa i stoga moramo razvijati svoju medicinsku aktivnost tako da se u oboljelih od raka neutralizira uništavajuća i razorna snaga prisutnih emocija. Treba znati da to nije samo znanost koja traži od liječnika neko posebno znanstveno obrazovanje, već je to i jedna vrsta umjetnosti (umijeće).

O liječenju moždanog udara trombolizom govori se u zanimljivom prikazu kolegice Gašparić.

Danas se smatra da je tromboliza jedino učinkovito liječenje ishemijskog moždanog udara, uz pažljivi odabir bolesnika prema smjernicama za uključivanje bolesnika u terapiju.

U rubrici obnovimo znanje možemo se podsjetiti fibrilacije atrijske i terapije antikoagulansima što je dio našeg posla iako nažalost dio kolega i dalje upućuje takve bolesnike transfuziologu.

I članak o infarktu miokarda vrlo je koristan u obnovi našeg znanja.

U prikazu slučaja na primjeru pacijentice s hipotireozom kolegica ističe kako liječnici obiteljske medicine imaju dovoljno znanja i iskustva kako bi mogli prepoznati, dijagnosticirati i liječiti hipotireozu.

Zanimljiv je prikaz sadržaja i načina rada jedne ordinacije u koncesiji iz kojega svi možemo ponešto naučiti. Pogotovo što nakon prikaza slijedi SWOT analiza iste ordinacije. SWOT (S - Strengths → snaga; W - Weaknesses → slabosti; O - Opportunities → prilike / mogućnosti; T - Threats → prijetnje) je kvalitativna analitička metoda koja se u poslovnom svijetu koristi za analizu i planiranje kroz 4 čimbenika. Treba naglasiti kako je ovo subjektivna, a ne objektivna metoda. Isto tako svaka SWOT analiza

ima i svoju vremensku komponentu koja se može promijeniti. Obično se smatra da su snage i slabosti interni za organizaciju, a mogućnosti i prijetnje dolaze izvana (organizacija bi ovdje bila ordinacija obiteljske medicine). Snage i slabosti predstavljaju sadašnjost, a mogućnosti i prijetnje predstavljaju budućnost.

Na kraju opet palijativa, slijede sažeci radova sa stručno edukacijskog simpozija Štamparovi dani koji je održan 09.-14. prosinca 2014. godine u Požegi. Riječ je o troetapnom simpoziju koji se iz godine u godinu održava u okolici Brodskog Drenovca, rodnog mjesta Andrije Štampara. Udruga narodnoga zdravlja Andrija Štampar ove je godine organizirala Simpozij u suradnji s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatskim društvom za palijativnu medicinu, Hrvatskim liječničkim zborom, Hrvatskim društvom mladih liječnika, te Požeškom biskupijom uz brojne druge suorganizatore a tema je bila palijativna skrb.

U nadi da ćete i u ovom broju našeg časopisa pronaći nešto što će vam pomoći u svakodnevnom radu želim svima puno snage i hrabrosti u daljem radu.

Vaša urednica

## RAZVOJ SPOSOBNOSTI ISTRAŽIVANJA TIJEKOM SPECIJALIZACIJE IZ OBITELJSKE MEDICINE

### DEVELOPMENT OF RESEARCH CAPACITIES DURING SPECIALTY TRAINING IN FAMILY MEDICINE: CROATIAN EXPERIENCE

Mladenka Vrcic Keglevic<sup>1</sup>, Milica Katić<sup>2</sup>, Đurđica Lazić<sup>2</sup>, Hrvoje Tiljak<sup>2</sup>,  
Renata Pavlov<sup>3</sup>, Vlatka Hajdinjak Trstenjak<sup>4</sup>

#### Sažetak

**Uvod:** Osim osposobljavanja za kvalitetan praktičan rad, jedan od ciljeva specijalizacije iz obiteljske medicine (OM) je i osposobljavanje za istraživanje i publiciranje. To se nastojalo postići kroz kolegij Istraživanje u OM-u, iako je i cjelokupni program specijalizacije usmjeren tom cilju.

**Cilj:** Željeli smo istražiti što su i u kolikom broju publicirali specijalizanti, deset godina prije i deset godina od početka specijalizacije, s ciljem evaluacije uspješnosti programa specijalizacije, a osobito kolegijem Istraživanje u OM-u.

**Metoda:** Povodom 20-godišnjice Hrvatske udružbe obiteljske medicine, HUOM-a, u MFC-u je objavljen popis svih naslova radova publiciranih u MFC-u i Zbornicima HUOM-a u zadnjih 20 godina (1993.-2013.), s imenima autora i godinom publiciranja. Budući da je popis radova završavao s 2013. godinom, pregledani su još i svi radovi objavljeni u MFC-u i Zbornicima u 2014. godini. Za ovo istraživanje odabran je period od deset godina

prije početka Projekta specijalizacije, od 1995. do 2004., i deset godina nakon početka specijalizacije, od 2005. do 2014. godine. Prikupljeni su podatci o radovima čiji su autori bili specijalizanti, pri čemu smo koristili popise specijalizanata po Projektu specijalizacije. U analizi sadržaja koristili smo tematsku analizu naslova i sažetaka radova.

**Rezultati:** U dvadesetogodišnjem periodu, 113 radova koje su napisali specijalizanti je publicirano u MFC-u i 251 rad u Zbornicima. Prije početka Projekta specijalizacije (1995.-2004.), specijalizanti su publicirali 42 rada u MFC-u, a 71 rad nakon početka Projekta specijalizacije (2005.-2014.), što predstavlja povećanje broja publiciranih radova za 69%. Prije početka specijalizacije, specijalizanti su publicirali 85 radova u Zbornicima HUOM-a, a nakon početka 166, što predstavlja povećanje za 66,2%. Prije početka projekta specijalizacije, u 50% radova obrađivane su kliničke teme, a nakon početka u 32% radova. U 47,6% radova obrađivani su sadržaji specifični za OM prije početka, a 49% nakon početka Projekta specijalizacije.

<sup>1</sup> Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevce 32, 10 000 Zagreb, e-mail: mvrcic@snz.hr

<sup>2</sup> Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar",  
Katedra za obiteljsku medicinu, Rockefellerova 4. Zagreb, e-mail: httiljak@snz.hr

<sup>3</sup> Renata Pavlov, Ordinacija obiteljske medicine "Dr. Renata Pavlov", Aleja lipa 2, 10 000 Zagreb

<sup>4</sup> Vlatka Hajdinjak Trstenjak, Ordinacija obiteljske medicine "Dr. Vlatka Hajdinjak Trstenjak",  
Maršala Tita 44, Šenkovec, 40 000 Čakovec

**Zaključci:** Rezultati pilot istraživanja su ukazali na veliku vjerojatnost da specijalizacija, u cjelini ili kolegij istraživanja kao zasebna cjelina, osposobljava LOM, ne samo za praktičan klinički rad, nego i za istraživanje i publiciranje.

**Ključne riječi:** specijalizacija OM-a, Projekt specijalizacije, istraživanje, publiciranje, Hrvatska

## Summary

**Introduction:** Development of research capacities is one of the aims of the New Croatian Speciality Training (ST) in Family Medicine (FM). The whole speciality curriculum, especially the research module within the postgraduate course, was designed for the achievement of this aim.

**Aim:** In order to evaluate the outcomes of the curriculum and research module, this pilot study was aimed to investigate whether more articles are published by speciality trainees after than before the training.

**Methods:** We analysed the authors, titles and abstracts of articles, written by FM specialty trainees published in the Croatian journal *Medicina Familiaris Croatica* (MFC) and in the Proceedings of the Croatian Association of Family Medicine (HUOM) conferences from 1995 to 2014, using content analysis method. The new program was introduced in 2003, so we compared the number of published articles and topics in 10 years period before (1995-2004) and 10 years period after (2005-2014) it.

**Results:** During the period of 20 years 90 trainees published 113 articles in MFC and 251 in the Proceedings. Only 42 articles were published by specialist trainees in MFC before the new ST started and 71 after what is 69% increase. Before the New ST 50% of the content related to clinical issues and 32% after. Specific FM topics remained almost the same while other topics increased from 2.8% to 18%. In 66.1% articles published in the

Proceedings increase was also noticed after the beginning of New ST. Most of the articles were related to clinical themes (63% before 2005 and 65% after 2005), 21% related to FM topics and cca 14% to the others before and after 2005.

**Conclusion:** The results clearly indicated positive outcomes of New ST curriculum, especially of the research module, in the development of trainees' research competences and motivation to publish more.

**Key words:** speciality training, family medicine, research competences, publishing, Croatia

## Uvod

Specijalističko je obrazovanje, u doba opće, a sa-da obiteljske medicine (OM), započelo na Školi narodnog zdravlja "Andrija Štampar" u školskoj godini 1960/61. Međutim, mnoge su zemlje, ne samo dostigle, nego značajno prestigle taj, u početku uspješan pokušaj. Bilo je godina kada je i više od 40% liječnika opće medicine (LOM) završilo specijalizaciju i kada se nastavni program u cjelosti ili djelomično izvodio u različitim djelovima Hrvatske<sup>1</sup>. Početni entuzijizam, ne samo liječnika, nego i šire, stručne ali i društvene zajednice, osobito onih koji donose odluke i osiguravaju financijska sredstva, polako je jenjavao. Već 80-tih godina počeo se smanjivati postotak specijalista u cjelokupnoj populaciji LOM-a, a osobito mali broj specijalizanata zabilježen je od početka 90-tih godina. Razlozi su bili različiti, a među važnijima je svakako rat, ali i druge, često kontroverzne odluke onih koji odlučuju u zdravstvu. Međutim, to je praktično značilo obustavljanje procesa specijalističkog usavršavanja LOM-a, a rezultat je bio pružanje suženog opsega zdravstvene zaštite, nazadovanje profesije u znanstvenom i akademskom smislu, i zaostajanje od Europskih standarda. Svjesni ovih problema, sveukupna stručna i akademska zajednica obiteljske medicine je, nakon dugogodišnjih pregovora<sup>2</sup>, uspjela ishoditi revitalizaciju specijalizacije.

Godine 2003. prihvaćen je Projekt: "Usklađivanje obiteljske medicine s Europskim standardima uvođenjem obvezne specijalizacije"<sup>3, 4</sup>. Osnovni cilj Projekta specijalizacije bio je da svi liječnici mlađi od 50 godine života koji rade u OM i u ugovornom su odnosu s HZZO-om postanu specijalisti do kraja završetka Projekta, odnosno do 2015. godine. Unutar sadržaja Projekta specijalizacije definiran je, između ostalog, Plan i program specijalizacije iz OM, koji je trajao 3 godine (36 mjeseci), a sastojao se od tri dijela: poslijediplomskog specijalističkog studija (u trajanju od 7 mjeseci), rada na bolničkim odjelima, specijalističkim ambulancama i laboratorijima (u trajanju od 14,5 mjeseci), te jednogodišnjeg staža u oglednim ordinacijama OM-a pod vodstvom posebno educiranih mentora<sup>3</sup>.

Sukladno promjenama Plan i program specijalizacije iz OM-a, promijenio se i nastavni plan poslijediplomskog studija (PDS) iz OM-a. Međutim, i dalje su zadržane tri glavne cijeline: sadržaji specifični za OM kao zasebna znanstvena i stručna medicinska disciplina, sadržaji javnozdravstvenih disciplina i klinički sadržaji, ali samo oni koji su specifični LOM-u i na način potreban u svakodnevnom radu liječnika<sup>5</sup>. Unutar specifičnih sadržaja OM-a, uvedena su dva nova kolegija: Istraživanje u OM-u i Unapređenje kvalitete u OM-u. Sukladno našim prethodnim iskustvima i pregledom literature, u kolegij Istraživanje u OM su uključeni ovi sadržaji: specifičnosti istraživanja u OM-u, najčešće korištene metode istraživanja: kvantitativne i kvalitativne, kako čitati i interpretirati članak, pretraživanje i citiranje literature, planiranje istraživanja: određivanje cilja i definiranje istraživačkog pitanja, odabir metoda, prikupljanje podataka te oblikovanje baze podataka, priprema podataka za statističku analizu, najčešće korištene statističke metode, interpretacija dobivenih rezultata, zaključivanje, pisanje i objavljivanje znanstvenog rada, te kako prezentirati rad na stručnom skupu<sup>6-9</sup>. Navedeni su se sadržaji obrađivali kroz predavanja, seminare

i rad u malim grupama tijekom 40 sati direktne nastave. Dodatnih 60 sati nastave je bilo predviđeno za samostalan rad pod vodstvom mentora na izradi poslijediplomskog rada; najčešće istraživanja, a rjeđe preglednog članka. Poslijediplomski rad bio je sastavni dio završnog, poslijediplomskog ispita pred komisijom od tri ispitivača. Kolegijem Unapređenje kvalitete rada u OM-u obuhvaćeni su ovi sadržaji: ciljevi i metode unapređenja kvalitete rada, audit i peer review, standardi, protokoli, smjernice, algoritmi; EBM i POEMs, CME/CPD – trajno medicinsko učenje i unapređenje kvalitete rada; metode i organizacijski oblici, uspješnost, licenciranje i relicenciranje. Tijekom nastave svaki je polaznik imao zadatak napraviti seminarski rad u kojem bi evaluirao vlastiti rad i predložio metode unapređenja<sup>5</sup>.

Međutim, 2007. godine započela je izrada novog Plana i programa specijalizacija i užih specijalizacija na razini Republike Hrvatske, kojim su redefinirane mnoge specijalizacije, uključujući i specijalizaciju iz OM-a<sup>10</sup>. U sklopu promijenjenog nastavnog plana i programa specijalizacije iz OM-a, došlo je i do nekih promjena u sadržaju i PDS-a, ali su zadržani kolegiji Istraživanja i Unapređenja kvalitete rada. Generacija specijalizanata po novom nastavnom planu započela je specijalizaciju u školskoj godini 2012/13. Budući da je zadnja generacija specijalizanata po „starom“ nastavnom planu i programu obuhvaćenim Projektom specijalizacije završila specijalizaciju krajem 2014. godine, započeli smo kompleksnu evaluaciju cjelokupnog Projekta.

Cilj ovog pilot istraživanja je bio istražiti specifične učinke Projekta specijalizacije iz OM-a, one koji se odnose na sposobnosti istraživanja. Željeli smo istražiti što su i u kolikom broju publicirali specijalizanti, deset godina prije i deset godina od početka specijalizacije, a u radu su prikazani preliminarni rezultati.

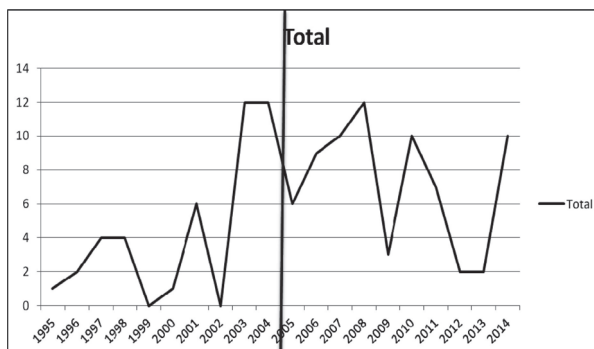


## Materijal i metode

Analizirali smo naslove i sažetke radova koje su napisali specijalizanti, a koji su bili publicirani u časopisu *Medicina Familiaris Croatica* (MFC) i u Zbornicima radova kongresa koje je organizirala Hrvatska udružba obiteljske medicine (HUOM). Povodom 20-godišnjice HUOM-a objavljen je u MFC-u popis svih naslova tih radova u zadnjih 20 godina (1993.-2013.), s imenima autora i godinom publiciranja. Taj popis je služio kao osnova za prikupljanje podataka<sup>11</sup>. Budući da je popis radova završavao s 2013., pregledani su još i svi radovi objavljeni u MFC-u i Zbornicima u 2014. godini. Za ovo istraživanje odabran je period od deset godina prije započinjanja Projekta specijalizacije, od 1995. do 2004., i deset godina nakon početka specijalizacije, od 2005. do 2014. godine. Iako je Projekt specijalizacije započeo školske godine 2003/04., odabrana je 2005. godina zbog toga što su prve grupe specijalizanata te godine položile specijalistički ispit, iako postoji mogućnost da su publicirali radove i prije položenog ispita. U prikupljanje podataka, krenuli smo od imena autora i izdvojili radove čiji su autori bili specijalizanti, pri čemu smo koristili popise specijalizanata po Projektu specijalizacije. U analizi sadržaja publiciranih radova, koristili smo tematsku analizu naslova i sažetaka radova i sadržaje grupirali u ove tematske cjeline: a) specifični OM sadržaji kao što su: organizacija, unapređenje kvalitete, propisivanje lijekova...; b) klinički sadržaji, kao što je: hipertenzija, dijabetes i sl. c) ostali sadržaji su prikupljeni kao cjelina<sup>12</sup>. Prikupljeni podaci su analizirani uz pomoć Microsoft Office (Excel), a rezultati su prikazani grafički, kao linijski dijagrami.

## Rezultati

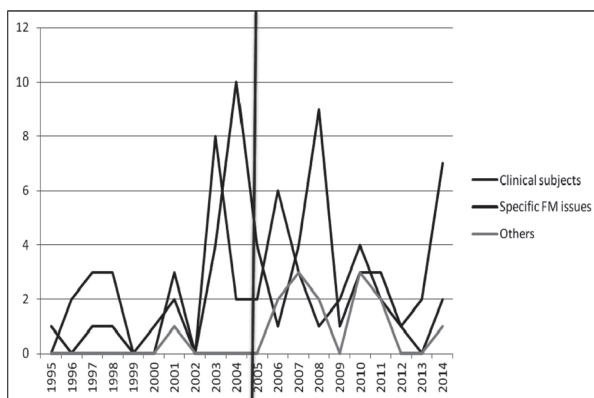
U dvadesetogodišnjem periodu, 113 članaka koje su napisali specijalizanti publicirano je u MFC-u i 251 članak u Zbornicima. Na Slici 1 i 2 prikazani su radovi publicirani u MFC-u prije i poslije započinjanja Projekta specijalizacije.



**Slika 1.** Ukupan broj radova koji su napisali specijalizanti OM-a i koji su publicirani u MFC-u, deset godina prije (1995.-2004.) i deset godina poslije (2005.-2014.) početka Projekta specijalizacije

**Figure 1.** Total number of articles written by FM specialty trainees published in MFC ten years before (1995-2004) and ten years after (2005-2014) the beginning of the New Specialization Project

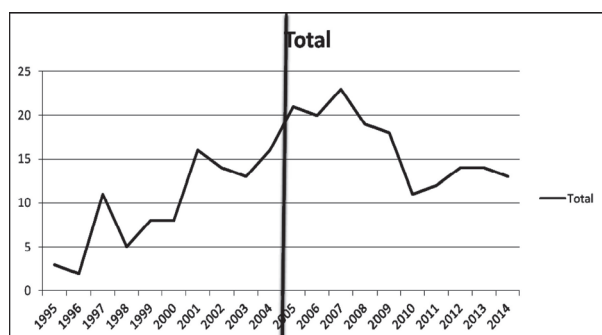
Prije početka Projekta specijalizacije (1995.-2004.), specijalizanti su publicirali 42 rada u MFC, a 71 rad nakon početka Projekta specijalizacije (2005.-2014.), što predstavlja povećanje broja publiciranih radova za 69%.



**Slika 2.** Sadržaj radova koji su napisali specijalizanti OM-a i koji su publicirani u MFC-u, deset godina prije (1995.-2004.) i deset godina poslije (2005.-2014.) početka Projekta specijalizacije

**Figure 2.** Contents of articles written by FM specialty trainees published in MFC ten years before (1995-2004) and ten years after (2005-2014) the beginning of the New Specialization Project

Prije početka projekta specijalizacije, u 50% radova obrađivane su kliničke teme, a nakon početka u 32% radova. U 47.6% radova obrađivani su sadržaji specifični za OM prije početka, a 49% nakon početka Projekta specijalizacije. Postotak radova u kojima su se prikazivali ostali sadržaji porastao je za 18% nakon početka Projekta specijalizacije. Publiciranih radova s temom unapređenja kvalitete rada bilo je 10 prije početka Projekta (9 radova u 2004., započeo Projekt), a 8 radova nakon početka Projekta. Na Slici 3 i 4 prikazani su radovi publicirani u kongresnim Zbornicima, prije i poslije započinjanja Projekta specijalizacije.

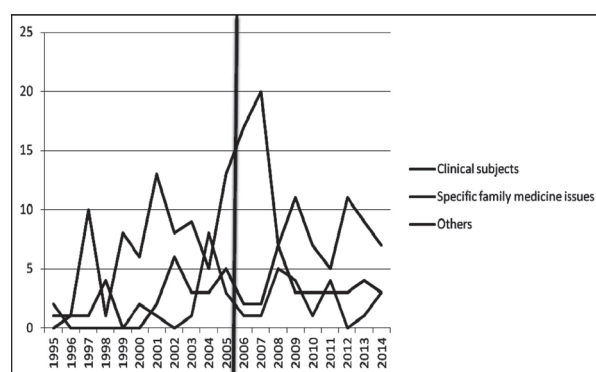


**Slika 3.** Ukupan broj radova koji su napisali specijalizanti OM-a i koji su publicirani u Zbornicima kongresa HUOM-a, deset godina prije (1995.-2004.) i deset godina poslije (2005.-2014.) početka Projekta specijalizacije

**Figure 3.** Total number of articles written by FM specialty trainees published in the Proceedings of the Croatian Association of Family Medicine (HUOM) conferences ten years before (1995-2004) and ten years after (2005-2014) the beginning of the New Specialization Project

U desetogodišnjem periodu prije početka Projekta specijalizacije, specijalizanti su publicirali 85 radova u Zbornicima HUOM-a, a nakon početka 166, što predstavlja povećanje za 66,1.9%.

Najveći broj članaka obrađivao je kliničke sadržaje (63% prije i 65% poslije), u 21% su obrađivani specifični sadržaji OM-a, a u 14% ostali sadržaji, u podjednakom postotku prije i poslije početka Projekta specijalizacije. Radova na temu unapređenja kvalitete bilo je jedan rad prije i jedan rad nakon početka Projekta specijalizacije.



**Slika 4.** Sadržaj radova koji su napisali specijalizanti OM-a i koji su publicirani u kongresnim Zbornicima HUOM-a, deset godina prije (1995.-2004.) i deset godina poslije (2005.-2014.) početka Projekta specijalizacije

**Figure 4.** Contents of articles written by FM specialty trainees published in the Proceedings of the Croatian Association of Family Medicine (HUOM) conferences ten years before (1995-2004) and ten years after (2005-2014) the beginning of the New Specialization Project

## Rasprava

Rezultati ovog pilot istraživanja nedvojbeno upućuju na činjenicu da su specijalizanti publicirali značajno veći broj radova u Medicini Familiaris Croatica (MFC) i u Zbornicima kongresa (Zbornici) koje je organizirao HUOM nakon uključenja u Projekt specijalizacije. Broj radova publiciranih u MFC-u je porastao za 69%, a u Zbornicima za skoro 66%. Rezultati pokazuju da bi broj publiciranih radova bio još i veći da smo uključili i 2004. godinu kao godinu početka Projekta. Teško je reći je li cjelokupni nastavni plan i program specijalizacije sam po sebi utjecao na publiciranje radova ili su važniji utjecaj imali kolegiji Istraživanja u obiteljskoj medicini i Unapređenje kvalitete rada u OM-u.

Međutim, treba naglasiti da su u ovom istraživanju prikupljeni samo podaci iz navedena dva izvora, MFC-a i Zbornici sa HUOM-ovih kongresa. Stoga bi u daljnim istraživanjima bilo poželjno prikupiti podatke o publiciranim radovima specijalizanata u ostalim, domaćim i međunarodnim, časopisima, radove publicirane u Zbornicima kongresa koje su

organizirali Hrvatsko društvo obiteljskih doktora i Hrvatska koordinacija obiteljske medicine, te sažetke radova publiciranih na međunarodnim kongresima, osobito na kongresima WONCA. Također smo pri tematskoj analizi nastojali obuhvatiti što manji broj sadržajnih cjelina, što nije dalo kompletnu sliku o sadržajima istraživanja koji su specijalizantima bili interesantni. Međutim, bez obzira na nedostake analize, dobiveni su sadržaji u skladu sa Europskim preporukama o sadržajima istraživanja u OM-u, a i onima koje navodi Vrdoljak<sup>13,14</sup>. U daljnjim istraživanjima bi ove tematske cjeline trebalo prikazati značajno specifičnije. Osim toga, sadržaji radova publiciranih u kongresnim Zbornicima, su donekle bili zadani unaprijed definiranom kongresnom temom pa nije sigurno da je to i stvarni znanstveni interes specijalizanata.

Uprkos navedenim nedostacima, ovo pilot istraživanje ukazalo je na veliku vjerojatnost da specijalizacija, u cjelini ili kolegij Istraživanja kao zasebna cjelina, osposobljava LOM, ne samo za praktičan klinički rad, nego i za istraživanje. Na taj način se ostvaruje akademski napredak, ne samo pojedinca nego OM-a kao znanstvene discipline, jer su istraživanja i publiciranje dobivenih rezultata preduvjet za stručno (primarius) ili akademsko napredovanje (fakultetski nastavnici).

## Zaključci

Rezultati ovog pilot istraživanja nedvojbeno ukazuju da su specijalizanti OM-a nakon završene specijalizacije osposobljeni za istraživanje i publiciranje. Stoga je potrebno zadržati sadržaje koji su navedeni u postojećem Planu i programu specijalizacije, a osobito kolegij Istraživanje u OM-u, s ciljem unapređenja istraživačkih kapaciteta LOM-a u RH.

## Literatura

1. Jakšić Ž, urednik. Ogleđi o razvoju opće/obiteljske medicine. Zagreb: Hrvatska udruga obiteljske medicine; 2001.
2. Vrcić-Keglević M, Petric D, Katić M, Tiljak H, Lovasić S, Mazzi B, i sur. Program specijalizacije opće medicine-je li moguće i kako nadoknaditi propušteno? U: Materljan E, urednik. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite Labin 2002. Zbornik. Labin: Dom zdravlja Dr. Lino Peršić; 2002. Str. 282-90.
3. Projekt usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s Europskim standardima. *Medicina Familiaris Croatica*. 2003;11: 65-71.
4. Vrcić Keglević M. Šimunović R. Projekt specijalizacije: neka praktična iskustva. *Medicina Familiaris Croatica*. 2006;14:32-4.
5. Vrcić-Keglević M. Vodič kroz specijalizaciju i edukativni ciljevi. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Katedra obiteljske medicine; 2003.
6. Katić M, Budak A, Vrcić-Keglević M, Blažeković-Milaković S, Bergman-Marković B, Tiljak H, i sur. Znanstvenoistraživački projekti Katedre za obiteljsku medicinu – doprinos određenju opće/obiteljske medicine kao znanstvene discipline. *Lijec Vjesn*. 2002;124 Suppl 2:S32-6.
7. Howie JGR. *Research in general practice*. London: Chapman Hall; 1989.
8. Armstrong D, Grace J. *Research methods and audit in general practice*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
9. Hesse-Biber S, Leavy P. *Approches to qualitative research. A reader on theory and practice*. New York, NY: Oxford University Press; 2002.
10. Plan i program specijalizacija i užih specijalizacija. *Narodne novine* (100);2011.
11. Teuber M. Pregled sadržaja svih časopisa i zbornika HUOM-a. Dvadeset godina Hrvatske udružbe obiteljske medicine. *Medicina Familiaris Croatica*. 2013;21:42-103.
12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77-101.
13. Vrdoljak D, Petric D. A proposal for enhancement of research capacities in Croatian general practice. *Acta Med Acad*. 2013;42:71-9.
14. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, i sur. The research agenda for general practice/ family medicine and primary health care in Europe. Maastricht: European General Practice Research Network EGPRN; 2009. Dostupno na: [http://www.egprn.org/files/userfiles/file/research\\_agenda\\_for\\_general\\_practice\\_family\\_medicine.pdf](http://www.egprn.org/files/userfiles/file/research_agenda_for_general_practice_family_medicine.pdf)

# LAKTACIJSKI MASTITIS: DIJAGNOSTIČKI IZAZOV LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE REPUBLIKE HRVATSKE

## LACTATION MASTITIS: DIAGNOSTIC CHALLENGE FOR CROATIAN GENERAL PRACTITIONERS

Željka Topić<sup>1</sup>, Irena Zakarija-Grković<sup>2</sup>

### Sažetak

**Uvod:** Laktacijski mastitis (LM) je česta komplikacija koja se javlja za vrijeme dojenja, a koja, ako se ispravno ne liječi, može imati ozbiljne posljedice po zdravlje majke i djeteta kao što su razvoj apscesa dojke i privremeni ili trajni prekid dojenja. Iako su liječnici obiteljske medicine (LOM) često osobe prvog kontakta kojima se doji obraćaju za savjet i stručnu pomoć, nema istraživanja o pojavnosti, postavljanju dijagnoze i liječenju LM-a u njihovim ordinacijama.

**Cilj:** Ovim istraživanjem željeli smo utvrditi: predstavlja li LM dijagnostički izazov LOM-ovima Republike Hrvatske (RH) i koliko često se doji obraćaju izabranim LOM-ovima u RH za savjet i stručnu pomoć.

**Ispitanici i rezultati:** U istraživanju je sudjelovalo 268 LOM-ova RH. Prema mišljenju ispitanika, najvažniji uzroci LM-a su: zastoj mlijeka (77/140 = 55%), nepripremljenost/ neobrazovanost doji (21/140 = 15%) i bakterijska infekcija dojke (19/140 = 14%). Dijagnozu LM-a ispitanici najčešće postavljaju na temelju prisutnosti: boli u dojci (139/152

= 91,4%), crvenila kože dojke (125/152 = 82,2%) i povišene tjelesne temperature (100/152 = 66%). Ukupno 171 (64%) ispitanik imao je, u posljednjih 12 mjeseci, u svojoj ordinaciji pacijenticu s LM-om.

**Zaključak:** LM nije rijetka pojava u ordinacijama LOM-ova RH te im ne predstavlja značajniji dijagnostički izazov.

**Ključne riječi:** laktacijski mastitis, dojenje, obiteljski liječnici, Hrvatska

### Summary

**Introduction:** Lactation mastitis (LM) is a common inflammatory condition of the breast which, if not treated promptly and properly, can result in serious complications such as breast abscess or cessation of breastfeeding. General practitioners (GPs) are often mother's first choice to call when in need for professional advice and help during an episode of LM. However, there are no relevant studies on the prevalence and management of LM in GPs' offices.

<sup>1</sup> studentica, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

<sup>2</sup> Katedre obiteljske medicine i javnog zdravstva, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Kontakt adresa: Željka Topić, studentica, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Šoltanska 2, 21000 Split; e-mail: ztopic8@gmail.com

**Objectives:** We wanted to determine whether LM presents a diagnostic challenge for Croatian GPs and how often Croatian breastfeeding mothers with LM consult their GPs for advice and professional help.

**Participants and results:** The study included 268 GPs. There was 64% of the total number of respondents (171/268) who actually saw a patient with LM in the previous 12 months. According to respondents' opinion, the most important causes of LM are: milk stasis (77/140 = 55%), lack of mothers' preparation/education (21/140 = 15%) and bacterial infection of the breast (19/140 = 14%). Most common clinical signs and/or symptoms for LM diagnosis were breast pain (139/152 = 91.4%), erythema (125/152 = 82.2%) and fever (100/152 = 66%).

**Conclusion:** LM is a common condition among Croatian GPs and does not represent a diagnostic challenge for them.

**Key words:** lactation mastitis, breastfeeding, general practitioners, Croatia

## Uvod

Prehrana novorođenčeta i dojenčeta majčinim mlijekom predstavlja normalan, fiziološki način prehrane djeteta. Majčino mlijeko, svojim sadržajem, osigurava djetetu zaštitu od brojnih zaraznih i nezaraznih bolesti, a sam čin dojenja omogućava stvaranje i produblivanje emocionalne povezanosti majke i djeteta. Budući da osviještenost o važnosti dojenja raste, trenutačno svjedočimo porastu broja majki koje žele dojiti svoju djecu. Ipak, različite poteškoće koje se javljaju za vrijeme dojenja, mogu ga značajno otežavati i, pri tome, negativno utjecati na zdravlje majke i novorođenoga djeteta. S ciljem uspješnog svladavanja navedenih poteškoća, majke se često za savjet i stručnu pomoć obraćaju izabranim liječnicima obiteljske medicine (LOM-ovima). Ovo posebno do izražaja dolazi u udaljenim i/ili izoliranim područjima gdje LOM-

ovi vrlo često, uslijed pomanjkanja zdravstvenoga kadra, skrbe i o djeci i majkama.

Jedna od komplikacija koja se javlja za vrijeme dojenja, a koja, ukoliko se ne prepozna i ne liječi na vrijeme, može imati teške posljedice po zdravlje majke i djeteta kao što su razvoj apscesa dojke i privremeni ili trajni prekid dojenja je upala dojke - laktacijski mastitis (LM)<sup>1,2</sup>. Bolest se javlja u svim populacijama svijeta s prosječnom incidencijom od 10% i najčešćim pojavljivanjem u prva tri mjeseca nakon poroda<sup>3,4</sup>. Budući da predstavlja bolno i frustrirajuće iskustvo za majku, njegovo liječenje, osim konzervativnih i medikamentoznih mjera podrazumijeva i pružanje emocionalne podrške i ispravno savjetovanje o dojenju<sup>5</sup>.

Preduvjet optimalnog liječenja LM-a je točno i rano postavljanje dijagnoze bolesti, pri čemu se ona najčešće postavlja na temelju kliničkoga pregleda pacijentice<sup>1,2,6</sup>. Na žalost, klinički kriteriji za postavljanje dijagnoze LM-a još uvijek nisu jasno definirani, a različiti autori navode čitav spektar kliničkih znakova i simptoma na temelju kojih zdravstveni djelatnici postavljaju dijagnozu ove bolesti<sup>6</sup>. Upravo zbog nedostatka jasnih kriterija za postavljanje dijagnoze LM-a, ali i preklapanja simptomatologije različitih bolesnih stanja koja se mogu javiti u razdoblju babinja, postavljanje dijagnoze LM-a LOM-ovima bi moglo predstavljati pravi izazov. Čak i u slučaju ispravno postavljene dijagnoze bolesti, dodatnu dijagnostičku prepreku moglo bi predstavljati razlikovanje neinfektivnog od infektivnog razvojnog stadija ove bolesti, što je ključno za daljnje preporuke i liječenje pacijentice<sup>1,2</sup>.

## Ciljevi rada

Ovim istraživanjem željeli smo utvrditi: koliko često se doji s LM-om obraćaju svojim LOM-ovima za savjet i pomoć, koji su najvažniji uzroci LM-a prema mišljenju LOM-ova RH te na temelju kojih kliničkih znakova i/ili simptoma LOM-ovi RH postavljaju dijagnozu LM-a. Na osnovi prethodno

navedenoga, željeli smo utvrditi predstavlja li LM dijagnostički izazov LOM-ovima RH.

## Ispitanici i metode

Ovaj rad je dio istraživanja provedenog u sklopu izrade diplomskoga rada „Laktacijski mastitis - terapijski i dijagnostički izazov liječnika obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj“, na Medicinskom fakultetu (MF) Sveučilišta u Splitu pri Katedri za obiteljsku medicinu<sup>7</sup>. U razdoblju od sredine srpnja do kraja kolovoza 2013., među LOM-a RH (n = 2338), provedeno je presječno, on-line istraživanje o LM-u. Kontaktni podaci za distribuciju upitnika, dobiveni su putem mrežnih stranica HZZO-a i HAK-a (HAK-ova Interaktivna karta Republike Hrvatske)<sup>8,9</sup>. Od ukupnoga broja registriranih LOM-a, elektroničke adrese ordinacija bile su dostupne za njih 2186.

Za potrebe istraživanja sastavljen je upitnik koji se sastojao od uvodnog pisma i 43 pitanja (36 pitanja zatvorenog i 7 pitanja otvorenog tipa). Pitanjima su bile obuhvaćene sljedeće grupe podataka: sociodemografske karakteristike ispitanika (n=12); prevalencija, postavljanje dijagnoze i liječenje LM-a (n=18); osobno iskustvo LM-a (n=5) i obrazovanje u području medicine dojenja (n=8). Upitnik je sastavljen tako da ispitanici nisu bili obvezni odgovoriti na sva pitanja. Kraj upitnika bio je za komentare.

Elektronička inačica upitnika izrađena je na MF Sveučilišta u Splitu primjenom računalnog programa za izradu i provođenje anketnih upitnika<sup>10</sup> te je, s jedinstvene elektroničke adrese računala MF u Splitu, 15. srpnja 2013. poslana u ordinacije LOM-a. Ispitanicima koji nisu odgovorili, poslana su tri podsjetnika (svakih 10 dana od prvog slanja upitnika).

Istovjetna pismena (poštanska) inačica upitnika poslana je LOM-ima bez dostupnih elektroničkih adresa ordinacija (n=152). Dva tjedna nakon poštanskog slanja upitnika, provedeno je telefonsko informiranje o primitku i podsjećanje LOM-ova na

datum povratnog slanja ispunjenog upitnika (31. kolovoza 2013.).

Ispunjeni upitnici zaprimani su, do kraja kolovoza 2013., na poštansku adresu Medicinskog fakulteta u Splitu i na jedinstvenu elektroničku adresu računala pri Fakultetu nakon čega su podaci statistički obrađeni. Statistička obrada podataka izvršena je pomoću softverskog paketa: Statistica 7.0 (SPSS, Chicago, IL). Kategorijske varijable prikazane su kao cijeli brojevi i postotci, a za analizu kvalitativnih vrijednosti upotrijebljen je  $\chi^2$  test. Vrijednosti  $P < 0,05$  smatrane su statistički značajnima.

Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno. Ispitanici su uvodnim pismom obaviješteni o ciljevima i postupcima istraživanja te im je zajamčena potpuna anonimnost dobivenih podataka. Provođenje istraživanja odobreno je od strane Etičkog povjerenstva MF u Splitu (broj odobrenja: 2181-198-03-04-13-0025).

## Rezultati

### Sociodemografske karakteristike ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 268 LOM-ova (11,4% ispitanika). Na pitanja o sociodemografskim karakteristikama odgovorila su ukupno 264 (99%) ispitanika. Prosječnog ispitanika predstavlja specijalistica obiteljske medicine (OM) životne dobi od 45-54 godine koja je diplomirala prije 20-29 godina, završila specijalizaciju iz OM-e prije manje od 10 godina i radi u gradskoj ordinaciji u zakupu (tbl. 1).

U seoskim ordinacijama radi dva puta veći broj ispitanika muškoga spola, u odnosu na gradske ordinacije ( $\chi^2=6,84$ ;  $P=0,033$ ). Dobnu kategoriju  $\geq 65$  god. spojili smo, zbog maloga broja ispitanika koji joj pripada, s dobnom kategorijom 55-64 god. U seoskim ordinacijama, u odnosu na gradske, radi dva puta više ispitanika mlađih od 35 god. te tri puta manje ispitanika starijih od 55 god. ( $\chi^2=23,6$ ;  $P=0,001$ ). Među ispitanicima koji rade u seoskim

ordinacijama je dva puta više LOM-ova koji su diplomirali prije manje od deset godina i 4,3 puta manje onih koji su diplomirali prije  $\geq 30$  godina u odnosu na ispitanike zaposlene u gradskim ordinacijama ( $\chi^2=23,3$ ;  $P=0,001$ ) (tbl. 1).

Obzirom na stupanj medicinskog obrazovanja, u seoskim ordinacijama, u odnosu na gradske, radi 1,7 puta više LOM-ova koji su prema najvišem stupnju medicinskog obrazovanja doktori medicine. Razdioba ispitanika koji su po najvišem stupnju obrazovanja specijalisti obiteljske medicine ili specijalisti drugih medicinskih grana ujednačena je bez obzira na lokalizaciju ordinacije ( $\chi^2=19,4$ ;  $P=0,001$ ) (tbl. 1).

U skupini specijalista OM-e kategoriju  $\geq 30$  god. od specijaliziranja spojili smo, zbog maloga broja ispitanika koji joj pripada, s kategorijom 20-29 god. od specijaliziranja. Iz analize su isključena i dva ispitanika zaposlena u otočkim ordinacijama. U seoskim ordinacijama radi dva puta više specijalista OM-e koji su specijalizirali prije 10-19 godina, a 4,8 puta manje onih koji su specijalizirali prije više od 20 godina ( $\chi^2=8$ ;  $P=0,017$ ) (tbl.1). Seoske ordinacije su, u odnosu na gradske, 1,8 puta češće pri Domu zdravlja ( $\chi^2=12,4$ ;  $P=0,002$ ) (tbl.1).

Nešto manje od polovice ( $104/264=44\%$ ) ispitanika koji su odgovorili na pitanja o sociodemografskim karakteristikama trenutačno skrbi za 1500 - 1999 pacijenata, a samo 6 (3%) ispitanika ima manje od 500 pacijenata. Više od polovice ( $134/264 = 67\%$ ) njih skrbi za manje od 500 pacijentica životne dobi od 18-45 godina (tbl. 2). Razdioba ispitanika prema dobnim skupinama u odnosu na spol nije se statistički značajnije razlikovala ( $\chi^2=1,45$ ;  $P=0,694$ ) (tbl. 3).

Više od polovice ( $199/268 = 74\%$ ) ispitanika ima djecu od čega je velika većina ispitanika ( $188/199 = 94\%$ ) (ili njihovih partnerica) došlo djecu. U ovoj skupini ispitanika, 73% ( $136/187$ ) ispitanika nije imalo osobno iskustvo LM-a, dok je njih 27% ( $51/187$ ) imalo to iskustvo.

### Pojavnost LM-a u ordinacijama LOM-ova RH

Od ukupnoga broja ( $n = 268$ ) ispitanika, 171 (64%) ispitanik imao je, u posljednjih 12 mjeseci, u svojoj ordinaciji, pacijenticu s LM-om. U ovoj skupini ispitanika, 164 (96%) ispitanika imala su manje od 5 a njih 7 (4%) imalo je od 5-10 pacijentica s LM-om. Ispitanicima se, u posljednjih 12 mjeseci, ukupno javilo 376 pacijentica s LM-om.

Dob djeteta njihove posljednje pacijentice s LM-om bila je kod 52% ( $80/155$ ) ispitanika manja od 1 mjeseca, a kod 37% ( $57/155$ ) ispitanika od 1-3 mjeseca. Kod 5,5 % ( $9/155$ ) ispitanika dob djeteta bila je od 4-6 mjeseci, a kod istog broja ispitanika ( $9/155 = 5,5\%$ ) dob djeteta bila je veća od 6 mjeseci.

### Postavljanje dijagnoze LM-a u ordinacijama LOM-ova RH

Prema mišljenju ispitanika koji su u posljednjih 12 mjeseci imali pacijenticu s LM-om, najvažniji uzroci ove bolesti su: zastoj mlijeka ( $77/140 = 55\%$ ), nepripremljenost/neobrazovanost dojilje ( $21/140 = 15\%$ ) i bakterijska infekcija dojke ( $19/140 = 14\%$ ) (tbl. 4).

Dijagnozu LM-a ispitanici su većinom temeljili na fizikalnom pregledu pacijentice, pri čemu su se najčešće vodili prisutnošću sljedećih kliničkih simptoma i/ili znakova bolesti: bol u dojci ( $139/152 = 91,4\%$ ), crvenilo kože dojke ( $125/152 = 82,2\%$ ) i povišena tjelesna temperatura ( $\uparrow TT$ ) ( $100/152 = 66\%$ ) (tbl. 5).

Među ispitanicima koji su, u posljednjih 12 mjeseci imali pacijenticu s LM-om, njih 27 (16%) preporučilo je svojim pacijenticama dodatnu dijagnostičku obradu. U ovoj skupini ispitanika, 19 (70%) ispitanika uputilo je svoje pacijentice na laboratorijske pretrage krvi (KKS, DKS i CRP), a njih 5 (19%) preporučilo je UZV pregled dojke. Kombinaciju navedenih metoda preporučila su 2 (7%) ispitanika, a 1 (4%) ispitanik, svoju posljednju pacijenticu s LM-om uputio je na pregled ginekologa.

## Rasprava

Ovo je prvo istraživanje o pojavnosti, postavljanju dijagnoze i liječenju LM-a u ordinacijama LOM-ova RH.

Od ukupnoga broja ispitanika, njih 64% imalo je u posljednjih 12 mjeseci u svojoj ordinaciji pacijenticu s LM-om. U ovoj skupini ispitanika, više od polovice njih najvažnijim uzrokom LM-a smatralo je zastoje mlijeka, dok je na drugom mjestu, prema mišljenju ispitanika, bila nepripremljenost/neobrazovanost dojilje. Dijagnozu LM-a ispitanici su postavljali na temelju fizikalnog pregleda pacijentice, pri čemu su se najčešće vodili prisutnošću: boli u dojci, crvenila kože dojke i povišene tjelesne temperature. Dodatnu dijagnostičku obradu svojoj posljednjoj pacijentici s LM-om preporučilo je 16% ispitanika.

Velika većina ( $224/264 = 85\%$ ) ispitanika bila je ženskoga spola, što je u skladu s pozitivnim trendom upisivanja sve većeg broja studentica na medicinske fakultete RH11. Rezultati istraživanja pokazali su da u seoskim ordinacijama radi dva puta više LOM-ova muškoga spola, dva puta više onih mlađih od 35 godina i dva puta više onih koji su diplomirali prije manje od 10 godina. Također, u seoskim ordinacijama radi 1,7 puta više LOM-ova koji su po najvišem stupnju obrazovanja doktori medicine. Ovi podaci ne iznenađuju, s obzirom na ustaljenu praksu upućivanja mlađih LOM-ova na rad u seoske i otočke ordinacije, uslijed pomanjkanja zdravstvenih djelatnika u tim područjima RH. Međutim, postavlja se pitanje koliko je opravdano i smisleno upućivati mlađe LOM-ove bez specijalizacije iz OM-e na rad u udaljena/izolirana područja? U nedostatku radnoga iskustva, ovo može biti obeshrabrujuće iskustvo za LOM-a, ali može imati i više ili manje negativne posljedice po pacijente. Na žalost, pregledom dostupne literature nismo pronašle podatke o sociodemografskim karakteristikama LOM-ova RH, usporedbom s kojima bismo procijenili reprezentativnost našega uzorka.

Budući da većina pacijentica generativne dobi u RH ima izabranoga ginekologa, bilo je za očekivati da se dojilje s LM-a u RH ne obraćaju LOM-ovima.

Iznenaduje, stoga, podatak dobiven istraživanjem, da je čak 64% ispitanika, u proteklih 12 mjeseci imalo pacijenticu s LM-om od čega je njih 4% imalo 5-10 pacijentica s LM-om. Ispitanicima se u posljednjih 12 mjeseci javio neočekivano veliki broj (376) pacijentica s LM-om, što upućuje na to da LM nije rijetka pojava u njihovim ordinacijama. Dob djeteta njihove posljednje pacijentice s LM-om u 89% slučajeva bila je manja od tri mjeseca što je u skladu s rezultatima sličnih istraživanja koja upućuju na to da se 74-95% epizoda LM-a najčešće javlja u prva tri mjeseca života djeteta<sup>3,4</sup>.

Više od polovice ispitanika najvažnijim uzrokom ove bolesti smatra zastoj mlijeka što je u skladu sa suvremenim spoznajama o patogenezi LM-a<sup>1,2,6</sup>. Naime, dva najvažnija uzroka LM-a su zastoj mlijeka i infekcija tkiva dojke pri čemu infekcija najčešće nije osnovno patološko zbivanje već se razvija sekundarno, kao posljedica zastoja mlijeka i stvaranja uvjeta pogodnih za razmnožavanje bakterija<sup>1,2,6</sup>. Pohvalna je činjenica da ispitanici glavnim uzrokom LM-a smatraju zastoj mlijeka, dok svega 14% njih glavnim uzrokom LM-a smatra bakterijsku infekciju dojke. Međutim, neočekivan je i zanimljiv rezultat da 15% ispitanika drugim najvažnijim uzrokom bolesti smatraju neobrazovanost i nedovoljnu pripremljenost trudnica i majki na dojenje.

Ovaj podatak možemo promatrati u svjetlu komentara ispitanika na Upitnik. Naime, neki komentari upućuju na to da hrvatski LOM-ovi misle da je priprema majki za dojenje i zbrinjavanje bolesnih stanja dojke, zadaća drugih zdravstvenih djelatnika, prvenstveno pedijataru i ginekologu. Nažalost, previđa se činjenica da i LOM-ovi mogu značajno doprinijeti informiranosti i pripremi trudnica i majki za dojenje. Pri tome, jedan od praktičnih i jednostavnih načina pomoći dojiljama je upućivanje na tečajeve o dojenju, koje u RH pohađa svega 20% dojilja<sup>12</sup>. Veliku ulogu u povećanju skromne posjećenosti ovakvih tečajeva trebali bi imati upravo LOM-ovi koji bi češćim upućivanjem trudnica i majki na tečajeve pridonijeli razbijanju



**Tablica 1.** Sociodemografske karakteristike ispitanika u odnosu na lokalizaciju ordinacije u kojoj rade (n=264)**Table 1.** Participant characteristics according to practice localization (n = 264)

Varijable Variable		Ukupno Total N (%)	Lokalizacija ordinacije Practice localization			P	
			Grad City (N=161)	Selo Rural (N=88)	Otok Remote (island) (N=15)		
Spol Gender	Ž (F)	224 (85)	144 (89)	68 (77)	12 (80)	0,033*	
	M (M)	40 (15)	17 (11)	20 (23)	3 (20)		
Dob (god.) Age (years)	<35	30 (12)	13 (8)	15 (17)	2 (13)	0,001*	
	35-44	49 (19)	24 (15)	25 (29)	0		
	45-54	119 (46)	74 (47)	38 (44)	7 (47)		
	55-64	59 (23)	45 (28)	8 (9)	6 (40)		
	≥65	4 (2)	3 (2)	1 (1)	0		
Godine od diplomiranja Years since graduation	<10 10-19	31 (12) 51 (20)	14 (9) 26 (17)	15 (18) 24 (29)	2 (13) 1 (7)	0,001*	
	20-29	113 (45)	68 (43)	37 (45)	8 (53)		
	≥30	59 (23)	49 (31)	6 (7)	4 (27)		
Stupanj obrazovanja Qualifications	Doktor medicine MD	106 (40)	50 (31)	46 (52)	10 (67)	0,001*	
	Specijalist OM** GP	132 (50)	94 (58)	36 (41)	2 (13)		
	Drugo (Other)	26 (10)	17 (11)	6 (7)	3 (20)		
Godine od specijaliziranja Years since GP training completed	<10 10-19	89 (67) 16 (12)	60 (64) 9 (10)	27 (75) 7 (19)	2 (100) 0	0,017*	
	20-29	25 (19)	23 (25)	2 (6)	0		
	≥30	2 (2)	2 (2)	0	0		
Status ordinacije Practice set-up	Privatno Private	U zakupu Leased	164 (63)	111 (71)	44 (50)	9 (64)	0,002*
		Vlastiti prostor Owned	4 (2)	4 (3)	0	0	
		Pri Domu zdravlja Community centre	91 (35)	42 (27)	44 (50)	5 (36)	

\* $\chi^2$  test.; \*\*Specijalist obiteljske medicine

ukorijenjenih predrasuda, zabluda i pogrešnih informacija vezanih za dojenje i komplikacije koje se mogu pojaviti tijekom dojenja. U suprotnome, njihov trenutačni stav mogao bi voditi daljnjem produbljivanju preventivnog, dijagnostičkog i terapijskog jaza u kojem se nalaze dojilje RH, kao skupina pacijentica na razmeđu triju medicinskih specijalnosti.

Većina ispitanika koja je u posljednjih 12 mjeseci u svojoj ordinaciji imala pacijenticu s LM-om, dijagnozu bolesti postavljala je na temelju fizikalnog pregleda pacijentice. Pri tome, najčešće su se vodili prisutnošću lokalnih znakova upalne bolesti dojke: bol u dojci i crvenilo kože dojke izraženih samostalno i/ili u kombinaciji s općim znakovima infektivne bolesti kao što je povišena tjelesna temperatura. Budući da službeni dokument Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) o LM-u predlaže ovaj način postavljanja dijagnoze<sup>1</sup>, možemo zaključiti da LM ne predstavlja dijagnostički izazov LOM-ovima RH.

Ipak, zanimljivo je da je čak 16% ispitanika koji su u posljednjih 12 mjeseci imali pacijenticu s LM-om, svoju posljednju pacijenticu uputilo na dodatnu

dijagnostičku obradu. Budući da se dijagnoza LM-a razmjerno jednostavno postavlja na temelju kliničkog pregleda pacijentice, izvođenje navedenih pretraga rutinski se ne preporučuje<sup>1,2</sup>. Naime, osim što nema opravdanih kliničkih indikacija za njihovo izvođenje, ove pretrage predstavljaju, kako financijsko opterećenje zdravstvenog sustava tako i nepotrebno fizičko opterećenje, ionako iscrpljene, pacijentice.

Na žalost, u ovoj skupini ispitanika, niti jedan LOM nije svoju posljednju pacijenticu s LM-om uputio na davanje uzorka mlijeka za izradu antibiograma; jedinu pretragu koja bi bila korisna i opravdana pri potvrđivanju dijagnoze LM-a<sup>1,2</sup>.

### Nedostaci istraživanja i preporuke

Glavni nedostatak istraživanja je skroman odaziv ispitanika (11,4%) zbog čega je reprezentativnost dobivenog uzorka upitna. Skroman odaziv mogao bi biti posljedica distribucije upitnika u ljeto ili nedostatka interesa LOM-ova za temu istraživanja. Osim toga, ispunjavanju upitnika vjerojatno su pristupili LOM-ovi zainteresirani za ovu tematiku ili oni s osobnim iskustvom LM-a, zbog čega

**Tablica 2.** Prikaz ispitanika prema broju pacijenata u odnosu na lokalizaciju ordinacije u kojoj rade (n = 264)

**Table 2.** Respondents according to number of patients in relation to practice localization (n = 264)

		Lokalizacija ordinacije <i>Practice localization</i>			
		Ukupno <i>Total</i> N (%)	Grad <i>City</i> (N=161)	Selo <i>Rural</i> (N=88)	Otok <i>Remote (island)</i> (N=15)
<b>Broj pacijenata</b> <i>Number of patients</i>	<500	6 (3)	0	3 (4)	3 (23)
	500-999	18 (8)	2 (1)	11 (13)	5 (39)
	1000-1499	47 (20)	19 (13)	23 (28)	5 (39)
	1500-1999	104 (44)	71 (50)	33 (40)	0
	≥2000	62 (26)	50 (35)	12 (15)	0
<b>Broj pacijentica životne dobi od 18-45 god. /</b> <i>Number of female patients age 18-45</i>	<500	134(67)	75 (60)	51 (80)	8 (90)
	500-999	54 (27)	41 (33)	12 (19)	1 (11)
	1000-1499	9 (5)	8 (6)	1 (2)	0
	≥1500	2 (1)	2 (2)	0	0

**Tablica 3.** Prikaz ispitanika prema dobnim skupinama u odnosu na spol (n = 264)**Table 3.** Respondents according to age groups in relation to gender (n = 264)

		Ukupno Total N (%)	Lokalizacija ordinacije Practice localization		
			Grad City (N=161)	Selo Rural (N=88)	Otok Remote (island) (N=15)
<b>Broj pacijenata Number of patients</b>	<500	6 (3)	0	3 (4)	3 (23)
	500-999	18 (8)	2 (1)	11 (13)	5 (39)
	1000-1499	47 (20)	19 (13)	23 (28)	5 (39)
	1500-1999	104 (44)	71 (50)	33 (40)	0
	≥2000	62 (26)	50 (35)	12 (15)	0
<b>Broj pacijentica životne dobi od 18-45 god. Number of female patients age 18-45</b>	<500	134(67)	75 (60)	51 (80)	8 (90)
	500-999	54 (27)	41 (33)	12 (19)	1 (11)
	1000-1499	9 (5)	8 (6)	1 (2)	0
	≥1500	2 (1)	2 (2)	0	0

\* $\chi^2$  test.**Tablica 4.** Najvažniji uzroci LM-a prema mišljenju ispitanika (n =140)**Table 4.** Main causes of LM according to respondents (n = 140)

Uzrok* Cause (unprompted)*	N (%)
Zastoj mlijeka / Milk stasis	77 (55)
Nepripremljenost/neobrazovanost dojilje / Lack of mothers' preparation	21 (15)
Bakterijska infekcija / Bacterial infection	19 (14)
Nepravilna tehnika dojenja / Incorrect breastfeeding technique	18 (13)
Oštećenja bradavica dojki / Nipple trauma	13 (9,2)
Teškoće s dojenjem (neodređeno) / Breastfeeding difficulties	8 (6)
Nepravilna njega dojki / Improper care of the breasts	8 (6)
Prekratki/neredoviti podoji / Short and/or irregular breastfeeds	8 (6)
Neizdajanje / Didn't express/pump milk	5 (4)

\*Ispitanici su mogli navesti više od jednog odgovora / \*More than 1 answer was possible

rezultati vjerojatno pokazuju puno bolju sliku od realnoga. Ipak, rezultati istraživanja Holbrooka i suradnika iz 2007.<sup>13</sup> upućuju na to da skroman odaziv ispitanika utječe na reprezentativnost uzorka, ali ne u velikoj mjeri, pa smo mišljenja da bi istraživanje provedeno na većem broju LOM-ova RH vjerojatno rezultiralo sličnom distribucijom rezultata.

Ispitanici su izrazili želju za sudjelovanjem u organiziranim događanjima vezanima za medicinu dojenja<sup>7</sup> pa vjerujemo da bi provođenje sličnih upitnika i organiziranje događanja vezanih za medicinu dojenja povećalo opseg njihovih znanja i vještina u području medicine dojenja i podiglo razinu zdravstvene skrbi za dojilje i njihovu djecu. Istraživanja slična ovome mogla bi se provesti i

među patronažnim sestrama RH budući da upravo one svakodnevno ostvaruju blizak kontakt i vode brigu o zdravlju dojilja i njihove djece.

## Zaključak

Ovim istraživanjem pokušali smo utvrditi koliko često se dojilje s LM-om obraćaju svojim LOM-ovima te predstavlja li LM dijagnostički izazov LOM-ovima RH. Na temelju dobivenih rezultata zaključujemo da LM nije rijetka pojava u ordinacijama LOM-ova RH. Naprotiv, čak 64% ispitanika imalo je u posljednjih 12 mjeseci u svojoj ordinaciji pacijenticu s LM-om, a ukupno im se u posljednjih 12 mjeseci javilo 376 pacijentica s LM-om. Budući da su dijagnozu bolesti ispitanici mahom postavljali na temelju kliničkoga pregleda pacijentice, pri čemu su se vodili prisutnošću lokalnih i sistemskih znakova upalne bolesti dojke, što je u skladu sa trenutačnim preporukama SZO o postavljanju dijagnoze LM-a, zaključujemo da im LM ne predstavlja dijagnostički izazov.

## Literatura

- Mastitis. Causes and management. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO/FCH/CAH/00.13) Dostupno na: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf)
- Amir LH, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. *Breastfeed Med.* 2014;9:239-43.
- Amir LH, Forster DA, Lumley J, McLachlan H. A descriptive study of mastitis in Australian breastfeeding women: incidence and determinants. *BMC Public Health.* 2007;7:62-71.
- Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. *Am J Epidemiol.* 2002;155:103-14.
- Amir LH, Lumley J. Women's experience of lactational mastitis - 'I have never felt worse'. *Aust Fam Physician.* 2006;35:745-47.
- Zakarija-Grković I. Puerperalni mastitis. U: Karelović D i sur. *Infekcije u ginekologiji i perinatologiji.* Zagreb: Medicinska naklada; 2012. str. 296-307.
- Topić Ž. Laktacijski mastitis: dijagnostički i terapijski izazov liječnika obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj [diplomski rad]. Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2013.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [citirano 10. veljače 2015.]. Dostupno na: [http://www.hzzo-net.hr/16\\_01\\_01.php](http://www.hzzo-net.hr/16_01_01.php)
- Hrvatski autoklub [Internet]. Zagreb: Hrvatski autoklub [citirano 10. veljače 2015.]. Dostupno na: <http://www.hak.hr/>
- Upitnik o laktacijskom mastitisu. Survey Monkey, Inc. US. Dostupno na: <https://www.surveymonkey.com/r/?sm=s901xwTqvF1Twq%2fF12E%2blg%3d%3d>
- Maslov Kružičević S, Barišić KJ, Banozić A, Esteban CD, Sapunar D, Puljak L. Predictors of attrition and academic success of medical students: A 30-year retrospective study. *PLoS One.* 2012;7(6):e39144. [Epub 2012 Jun 18] Dostupno na: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039144>
- Stanojević M, Grgurić J, Vojvodić Schuster S, Finderle A, Elvedi-Gašparović V, Pavičić Bošnjak A, i sur. Rezultati ankete polaznika o tečaju za edukatore na trudničkim tečajevima. *Gynaecol Perinatol.* 2013;22:115-16.
- Holbrook AL, Krosnick JA, Pfent A. The causes and consequences of response rates in surveys by the news media and government contractor survey research firms. U: Lepkowski JM i sur. *Advances in telephone survey methodology.* Hoboken, New Jersey: J. Wiley and Sons; 2007. str. 499-528.

## PROJEKT SPECIJALIZACIJA IZ OBITELJSKE MEDICINE – ŠTO JE UČINJENO?

### PROJECT OF SPECIALIZATION IN FAMILY MEDICINE – WHAT HAS BEEN DONE?

Mladenka Vrcić Keglević<sup>1</sup>, Hrvoje Tiljak<sup>2</sup>

#### Sažetak:

**Uvod:** Nakon dvanestogodišnje stanke u procesu specijalizacije iz obiteljske medicine (OM), 2003. godine prihvaćen je Projekt: “Usklađivanje obiteljske medicine s Europskim standardima uvođenjem obvezne specijalizacije”. Osnovni cilj Projekta bio je da svi liječnici mlađi od 50 godina koji rade u OM-u i u ugovornom su odnosu s HZZO-om postanu specijalisti do 2015. godine.

**Cilj rada** bio je istražiti jesu li, tijekom devetogodišnjeg trajanja Projekta, ostvareni planovi u odnosu na broj specijalizacija, uspjeh na specijalističkom ispitu i učinak Projekta na postotak specijalista OM-a u Republici Hrvatskoj i po županijama.

**Metoda:** Podatci o broju specijalizanata, kao i podatci o specijalističkom ispitu prikupljeni su iz arhive Katedre obiteljske medicine, Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Na temelju Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa, prikupljeni su podatci i izračunati su postoci specijalizanata OM-a u RH i po županijama, počevši od 2003. godine kada je specijalizacija započela pa do 2013. godine.

**Rezultati:** U devetogodišnjem periodu, Projektom specijalizacije obuhvaćen je 751 specijalizant, dok je planom trebalo biti obuhvaćeno njih 1350,

što je 55,6% od planiranog. U prve tri godine, broj ostvarenih specijalizacija je skoro identičan planiranom broju. U svim ostalim godinama, broj ostvarenih specijalizacija je daleko ispod planiranog broja. Najmanje je ostvareno specijalizacija po izvedbenom programu A (50.0%), po programu B (52.2%), a najviše po izvedbenom programu C (83,3%). 698 (89,7%) specijalizanata završilo je specijalizaciju položivši specijalistički ispit. Postotak specijalista OM-a u RH je porastao za skoro 20% (od 30.5% na 49.3%). Najveći porast je zabilježen u Šibensko-kninskoj županiji, Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji. Najmanji porast zabilježen je u Sisačko-moslavačkoj, Istarskoj, Karlovačkoj i Ličko-senjskoj županiji. U Zadarskoj županiji je došlo i do smanjenja postotka specijalista OM.

**Zaključak:** Rezultati su nedvojbeno pokazali da je ostvareni broj specijalizacija ispod planiranog. Međutim, uprkos tome, postotak specijalista OM-a u RH je porastao za oko 30%. Iskustva ukazuju na potrebu, ne samo da se Projekt nastavi, nego da se njegovo izvođenje planira na drugačiji način. U Aneksu ovom radu nalazi se popis svih specijalizanata.

**Ključne riječi:** obiteljska medicina, Projekt specijalizacije, postotak specijalista, Hrvatska

<sup>1</sup>Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb, e-mail: mvrcic@snz.hr

<sup>2</sup>Sveučilišta u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja “Andrija Štampar”, Katedra za obiteljsku medicinu, Rockefellerova 4. Zagreb, e-mail:htiljak@snz.hr

## Summary

**Introduction:** After a break of almost 13 years, speciality training (ST) in FM was restored introducing the Project: “Harmonisation of Croatian Family Medicine with European Standards Introducing Speciality Training“. The Project started in school year 2003/04. Its main aim was to obligate all working family doctors (FD), younger than 50 years of age, to finish ST until 2015.

**Aim:** The aim of this study was to investigate whether the Project plans were achieved during the nine-year period, regarding the number of trainees, results from the speciality exams and effect to the percentage of specialist in FM in Croatia.

**Methods:** Data on the number of trainees and results of speciality final exams were obtained from the archive of the Department of Family Medicine, Medical School, University of Zagreb. The number of specialists in FM was obtained from the Croatian Health Statistic Yearbook and the percentages of FM specialists was calculated.

**Results:** During the nine-year period, 751 trainees participated in ST, although participation of 1350 trainees was planned i.e. 55.6% of anticipated number. Best results were achieved in the Program C, 83.3% of the planned number of participants, 52.2% in the Program B and the smallest number participated in the Program A, only 50.0% of the planned number of trainees. 89.7% of trainees passed the final speciality exam. The percentage of specialty trained family doctors in Croatia is increasing for almost 20%. This percentage is higher in some Counties and smaller in the others.

**Conclusion:** The results clearly indicated that the number of trainees, who finished ST in FM, was below the planned number. There were many reasons for that and they should be taken into consideration in the preparations of similar projects necessary for Croatia. Names of all trainees are listed in the Annex.

**Key words:** family medicine, speciality training in family medicine, Project of specialisation, Croatian experiences.

## Uvod

Prema dokumentima Svjetske zdravstvene organizacije<sup>1</sup>, istraživanja o učinkovitosti primarne zdravstvene zaštite<sup>2,3,4</sup>, te dokumentima europskih udruženja liječnika opće/obiteljske medicine<sup>5,6,7,8</sup>, specijalističko usavršavanje liječnika opće/obiteljske medicine (LOM) osnovni je preduvjet unaprijeđenja kvalitete primarne zdravstvene zaštite, a posredno i cijelokupnog zdravstvenog sustava. Prema Direktivi 16/93/EEC sve zemlje članice Europske Unije (EU) morale su do 1995. godine uvesti obvezno trogodišnje specijalističko obrazovanje za LOM<sup>9</sup>. Obvezno trogodišnje specijalističko obrazovanje je, sukladno toj direktivi i direktivi iz 2005. godine, preduvjet za slobodno zapošljavanje LOM-a unutar prostora EU<sup>10</sup>. Iskustvu zemalja EU, osobito tranzicijskih, u postizanju ovih ciljeva su različita, međutim, u svima je uvedeno specijalističko usavršavanje kao preduvjet ili poželjna kvalifikacija za rad u obiteljskoj medicini (OM)<sup>11,12,13</sup>.

Naše iskustvo u razvoju specijalizacije iz OM-a je prikupljeno kroz 40-godišnje razdoblje. Specijalističko je obrazovanje iz, u to doba opće, a sada obiteljske medicine, započelo na Školi narodnog zdravlja “A. Štampar” u školskoj godini 1960/61. Pravni prostor za razvoj specijalizacije omogućio je Savezni propis iz 1959. godine, kojim je opća medicina definirana kao samostalna medicinska disciplina, izjednačena s drugim medicinskim specijalnostima. To je bilo prvo i u svijetu jedinstveno, sveobuhvatno obrazovanje tog profila zdravstvenih radnika, kojeg su slijedile druge zemlje<sup>14</sup>. Međutim, mnoge su zemlje, ne samo dostigle, nego značajno prestigle taj, u početku uspješan pokušaj. Osamdesetih godina počeo se smanjivati postotak specijalista u cjelokupnoj populaciji LOM-a, a osobito mali broj

specijalizanata je zabilježen devedesetih godina. Razlozi su bili različiti, a među važnijima je svakako rat, ali i „neusaglašenost“ pravnog okvira te nevoljkost onih koji odlučuju u zdravstvu. Od 1996. godine LOM-ovi su postali privatnici koji sklapaju ugovore sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) za provođenje zdravstvene zaštite pacijenata koji su ih odabrali slobodnim izborom. Istovremeno je prihvaćen Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika prema kojem privatni liječnici ne mogu samostalno ishoditi rješenje o specijalističkom usavršavanju<sup>15</sup>. LOM-ovi su dovedeni u kontradiktorni položaj, postali su privatnici, često i protiv vlastite volje, a kao privatnici nisu mogli ishoditi rješenje o specijalizaciji. To je praktično značilo obustavljanje procesa specijalističkog usavršavanja LOM-ova od 1990. do 2003. godine. Tako npr. od 2425 doktora medicine s kojima je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) sklopio ugovor za 2002. godinu, samo njih 639 (26,3%) su bili specijalisti OM-a<sup>16</sup>.

Svjesni ovih problema, sveukupna stručna i akademska zajednica OM-a je, nakon dugogodišnjih pregovora<sup>17</sup>, uspjela ishoditi revitalizaciju specijalizacije. 2003. godine prihvaćen je Projekt: „Usklađivanje obiteljske medicine s Europskim standardima uvođenjem obvezne specijalizacije“<sup>18</sup>. Osnovni cilj Projekta specijalizacije je bio da svi liječnici mlađi od 50 godine života koji rade u OM-u i u ugovornom su odnosu s HZZO-om postanu specijalisti do 2015. godine, do kada je Projekt trebao trajati. Financiranje projekta je osigurano djelomično iz budžeta RH, preko HZZO-a, a djelomično iz osobnih sredstava polaznika specijalizacije ili njihovih domova zdravlja, ovisno jesu li ugovorni-privatni liječnici ili uposlenici. Potpisnici Projekta specijalizacije su bili Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), Hrvatska liječnička komora (HLK), Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora (HDOD), Hrvatska udružba obiteljske

medicine (HUOM), a Katedra obiteljske medicine, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu potpisnik u ime katedri obiteljske medicine svih medicinskih fakulteta u Hrvatskoj<sup>18, 19</sup>.

### Osnovne karakteristike programa specijalizacije

Sadržaj specijalizacije iz OM-a definiran je sukladno tada važećem Planu i programu specijalizacija i užih specijalizacija u RH te planu i programu poslijediplomskog specijalističkog studija iz obiteljske medicine<sup>20</sup>. Program je trajao 3 godine (36 mjeseci), a sastojao se od tri dijela: poslijediplomskog specijalističkog stručnog studija (7 mjeseci), rada na bolničkim odjelima, specijalističkim ambulancama i laboratorijima (14,5 mjeseca), te jednogodišnjeg staža u ogleđnoj ambulanti OM-a pod vodstvom mentora. Tijekom trogodišnjeg trajanja programa specijalizacije predviđena su i 2,5 mjeseca godišnjeg odmora. Program specijalizacije je završavao specijalističkim ispitom koji se sastojao od pismenog, praktičnog i usmenog načina provjere znanja<sup>20</sup>.

Međutim, u prijelaznom razdoblju do 2015. godine do kada je Projekt specijalizacije trebao trajati, postojala je potreba za različitim izvedbenim programima, slično kao i u drugim tranzicijskim zemljama koje su se suočile sa sličnim problemom kao što je: a) potreba obrazovanja velikog broja liječnika OM-a; b) činjenica da postoji različito iskustvo i obrazovna struktura doktora medicine koji rade u OM-u; c) ograničena financijska sredstva; d) raspoloživim nastavnim resursima: katedrama-nastavnim centrima, nastavnicima i mentorima; e) potreba ugovornih liječnika da tijekom specijalizacije ostanu u što tješnjem kontaktu s pacijentima koji su se za njih opredijelili; f) iskustvima drugih europskih zemalja, osobito onih u tranziciji. Međutim sva tri izvedbena programa su bila sadržajno identična i u potpunosti su odgovarala Planu i programu specijalizacija i užih specijalizacija i Europskim standardima<sup>7</sup>.

<sup>20</sup>. Izvedbeni program A je bio osnovni program specijalizacije i trajao je 36 mjeseci, a namijenjen je bio mladim liječnicima, do 34 godina starosti ili onima koji imaju manje od 5 godina iskustva u struci. Za vrijeme specijalističkog usavršavanja specijalizanti tog izvedbenog programa su bili u potpunosti odsutni sa svojih radilišta, iz ordinacija. Izvedbeni program B bio je namjenjen liječnicima između 35 i 39 godina, s 5 do 10 godina radnog staža i trajao je 36 mjeseci. Međutim, program se djelomično odvijao uz rad i to na način da se poslijediplomski studij odvijao uz rad kao i staž u OM-u. Od 12 mjeseci staža u OM-u, specijalizant je 9 mjeseci provodio radeći u vlastitoj ordinaciji pod vodstvom mentora, a 3 mjeseca u ambulanti mentora. 14,5 mjeseci specijalizanti su bili u na bolničkom dijelu staža, kompletno odsutni iz svojih ordinacija. Izvedbeni program C bio je namjenjen liječnicima starijim od 40 godina, s više od 10 godina iskustva. Sukladno Planu i programu specijalizacija i užih specijalizacija, priznato im je 12 mjeseci specijalizantskog staža na temelju prethodnog iskustva i edukacije, pa je trajao 19 mjeseci. Kao i kod izvedbenog programa B, specijalizantski staž se djelomično odvija uz rad za vrijeme poslijediplomskog studija i staža u mentorskoj ambulanti OM-a. Liječnici stariji od 51 godine nisu bili obuhvaćeni Projektom specijalizacije. Međutim, specijalizacija im nije bila onemogućena, te su mogli specijalizirati za vlastite potrebe i o svom trošku<sup>18</sup>. Da bi specijalističko usavršavanje bilo što dostupnije LOM-ovima, pored Zagreba, osigurano je izvođenje specijalizacije i u Osijeku, Rijeci i Splitu, kao i izvođenje poslijediplomskog studija petkom, subotom i nedjeljom. Međutim, od školske godine 2006/07. nije bilo dovoljnog broja kandidata pa se nastava održavala samo u Zagrebu.

Za provođenje Projekta specijalizacije do 2015. godine, bila su osigurana sredstva iz državnog proračuna, a isplaćivala su se preko HZZO-a. Troškovi specijalizacije su uključivali refundiranje u bruto iznosu obračunate i isplaćene plaće

zamjenskom doktoru. Za izvedbeni program A to je iznosilo ukupno 36 plaća, a izvedbeni program B 18 plaća, izvedbeni program C 9 plaća. Za sve izvedbene programe predviđena je plus jedna plaća za pripremu specijalističkog ispita. Dvije trećine cijene poslijediplomskog studija također su bile refundirane iz troškova Projekta specijalizacije<sup>18</sup>. Jednu trećinu cijene poslijediplomskog studija kao i sve ostale troškove specijalizacije snosio je sam kandidat ako je bio ugovorni-privatni doktor ili njegov dom zdravlja ako je specijalizant bio uposlenik.

### Planiranje godišnjeg broja specijalizanata

Kako bi se ostvario cilj da svi liječnici koji rade u OM-u, a mlađi su od 50 godina, završe specijalizaciju do 2015. godine, određen je godišnji plan potreba. Plan je obuhvaćao potreban broj liječnika po pojedinom izvedbenom programu i njihovu raspodjelu prema županijama. Plan je temeljen na broju liječnika koji su u 2002. godini sklopili ugovor o provođenju zdravstvene zaštite s HZZO-om i postotku specijalista među tim liječnicima. Od 2425 liječnika koji su sklopili te godine ugovor, bilo je 639 specijalista opće/obiteljske medicine, 262 specijalista medicine rada i školske medicine, te 62 specijalista različitih kliničkih specijalnosti koji su također obuhvaćeni Projektom. Sukladno kriterijima za izvedbenim programom B planirano je obuhvatiti 496 liječnika, a izvedbenim programom C 722 liječnika. Broj liječnika koji bi specijalizirali po izvedbenom programu A izračunat je na temelju broja liječnika koji bi u određenoj godini trebao otići u mirovinu, a iznosio je 720<sup>18</sup>. Planiranje godišnjih potreba rađeno je na razini HZZO-a koji jedini raspolažu točnim brojem i strukturom ugovornih LOM-ova, osobito onoj koja se odnosi na LOM-privatnike. U planiranju se također vodilo računa i o neravnomjernoj geografskoj raspodjeli specijalista OM-a, a taj se postotak trebao usklađivati iz godine u godinu. Stoga se, u prvoj godini trajanja Projekta željelo postići da svaka županija postigne barem 28% posto specijalista. Zbog usklađivanja postotka



specijalista OM-a, broj kandidata u pojedinoj županiji nije bio proporcionalan broju LOM-ova u toj županiji. Također je napravljen i godišnji plan broja liječnika prema pojedinom izvedbenom programu (A, B, C) za svih 13 godina trajanja Projekta. Izvedbenim planom A bilo bi obuhvaćeno 60 liječnika godišnje, izvedbenim programom B 30, a izvedbenim programom C njih 60. Definirani su kriteriji za izbor kandidata koji su obuhvaćali godine života, duljinu radnog staža, uspjeh na dodiplomskom studiju i završene druge oblike edukacije. Godišnji natječaj raspisivan je na dvije razine, na razini HZZO-a za LOM-privatnike, na temelju planiranih potreba za tu godinu. Za liječnike koji su bili uposlenici domova zdravlja natječaj su raspisivali domovi zdravlja (DZ), također na temelju planiranih potreba.

Međutim, od 2007. godine započela je izrada novog Plana i programa specijalizacija i užih specijalizacija na razini RH, kojim su redefinirane mnoge specijalizacije, uključujući i specijalizaciju iz OM-a. Novim Planom i programom, trajanje specijalizacija iz OM-a je produženo na 4 godine (48 mjeseci), dosadašnja tri izvedbena programa su zamjenjena jednim programom namjenjenim svim specijalizantima neovisno o dobi i radnom iskustvu. Jedino je način financiranja ostao isti, onakav kako je bio definiran Projektom specijalizacije<sup>21</sup>. Budući da je zadnja generacija specijalizanata po opisanom Projektu završila specijalizaciju krajem 2014. godine, započeli smo kompleksnu evaluaciju cjelokupnog Projekta.

**Tablica 1.** Planirani i ostvareni broj specijalizacija po pojedinim izvedbenim programima specijalizacije iz obiteljske medicine u razdoblju od 2003. godine do 2013.godine.

**Table 1.** Planned and realised number of specialization per Programs of specialization in family medicine from 2003 to 2013.

Školska godina	Program A (planirano)	Program B (planirano)	Program C (planirano)	Ukupno ostvareno	Planirano - A60+B30+C60
2003/04.	26 (60)	22 (30)	91 (60)	139	150
2004/05.	35 (60)	23 (30)	116 (60)	174	150
2005/06.	18 (60)	18 (30)	91 (60)	127	150
2006/07.	16 (60)	22 (30)	46 (60)	84	150
2007/08.	9 (60)	7 (30)	30 (60)	46	150
2008/09.	11 (60)	8 (30)	19 (60)	38	150
2009/10.	11 (60)	14 (30)	26 (60)	51	150
2010/11.	29 (60)	9 (30)	12 (60)	50	150
2011/12.	15 (60)	3 (30)	11 (60)	29	150
Završen PDS		5 (30)	8	13	
<b>Ukupno Projekt</b>	<b>170 (540) (50,0%)</b>	<b>131 (270) (52,2%)</b>	<b>450 (540) (83,3%)</b>	<b>751</b>	<b>1350</b>
Osobne potrebe	4	2	1	7	
Potrebe DZ	3			3	
<b>Ukupno</b>	<b>177</b>	<b>133</b>	<b>451</b>	<b>761</b>	

## Cilj rada

U ovom su radu prikazani osnovni podaci o broju planiranih i ostvarenih specijalizacija iz OM-a u RH po županijama u proteklom devetogodišnjem razdoblju, rezultatima specijalističkih ispita, učinku Projekta na postotak specijalista OM-a u RH i po županijama, te nekim pokazateljima o radu u OM-u.

## Materijal i metode

Podatci o broju specijalizanata, po pojedinim izvedbenim programima, po grupama i godinama započinjanja specijalizacije prikupljeni su iz arhive Katedre obiteljske medicine, Medicinskog fakulteta u Zagrebu koja je izvodila Projekt specijalizacije. Iz arhive su također prikupljeni podaci o rezultatima završnog specijalističkog ispita, međutim neki su nedostajali. Na temelju podataka Hrvatskog zdravstvenog-statističkog ljetopisa, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, prikupljeni su podaci i izračunati su postoci specijalizacijalista OM-a u RH i po županijama, počevši od 2003. godine kada je specijalizacija započela do 2013. godine<sup>22</sup>.

Podatci za zadnju godina Projekta bit će dostupni tek u 2015. godini. S ciljem da se procjeni učinak Projekta specijalizacije, iz ljetopisa su također prikupljeni podaci o nekim elementima funkcioniranja djelatnosti OM<sup>22</sup>.

## Rezultati

U radu su najprije prikazani rezultati koji prikazuju broj planiranih i ostvarenih specijalizacija po pojedinim izvedbenim programima i po pojedinim godinama početka specijalizacije, kao i planirani i ostvareni broj specijalizacija ovisno o raspisanim natječajima (HZZO ili domovi zdravlja). U drugom dijelu su prikazani rezultati specijalističkog ispita, a u trećem dijelu neki pokazatelji o ishodima, učincima Projekta specijalizacije.

### 1. Planirani i ostvareni broj specijalizanata

U devetogodišnjem periodu, Projektom specijalizacije obuhvaćen je 751 specijalizant, uključujući i kolege s prethodno završenim poslijediplomskim

**Tablica 2.** Pregled planiranog i ostvarenog broja specijalizacija na temelju natječaja HZZO-a (ugovornih liječnika u zakupu) i natječaja koje su raspisivali domovi zdravlja (liječnici – zaposlenici domova zdravlja).

**Table 2.** Review of planned and realized number of specialization based on competition by the Croatian Institute for Health Insurance (contracted physician in lease) and on competitions of announced vacancies by medical centres (physicians – medical centre's employees)

	Natječaj HZZO – ostvareno (planirano)				Natječaj DZ – ostvareno (planirano)			
	A	B	C	Ukupno	A	B	C	Ukupno
2003/04	9 (12)	25 (30)	94 (60)	128(150)	8 (48)			8 (48)
2004/05	2 (16)	26 (30)	121(60)	176(150)	27 (44)			27 (44)
2005/06	4 (11)	13 (21)	67 (58)	84 (90)	12 (22)	6 (9)	14 (22)	32 (53)
2006/07	3 (11)	16 (24)	29 (38)	48 (64)	11 (34)	5 (21)	17 (22)	33 (77)
2007/08	0 (10)	3 (14)	16 (43)	19 (67)	8 (30)	7 (16)	11 (37)	26 (83)
2008/09	0 (8)	5 (15)	14 (39)	19 (62)	10 (42)	5 (25)	3 (21)	18 (88)
2009/10	1 (4)	5 (21)	15 (42)	21 (64)	11 (46)	9 (19)	13 (18)	33 (83)
2010/11	2 (7)	0 (12)	6 (37)	8 (56)	26 (43)	9 (28)	6 (23)	41 (94)
2011/12	0 (10)	0 (10)	5 (40)	5 (60)	14 (50)	3 (20)	6 (20)	25 (90)
Ukupno	21(89)	93(177)	367(416)	481(482)	127(359)	44(128)	70(153)	241(640)

studijem, njih 13. Prethodnim planom trebalo je biti obuhvaćeno 1350 LOM-ova, što je 55,6% od planiranog. U prve tri godine, broj ostvarenih specijalizacija je skoro identičan planiranom broju. U svim ostalim godinama, broj ostvarenih specijalizacija je daleko ispod planiranog broja. Najmanje je ostvareno specijalizacija po izvedbenom programu A, svega 50.0%, zatim po programu B, 52.2%, a najviše po izvedbenom programu C, njih 83,3%. Na specijalizaciju su se dodatno uključili i LOM-ovi koji su specijalizirali za vlastite potrebe, njih 7, ili potrebe domova zdravlja, njih 3, pa je ukupan broj LOM koji su završili specijalizaciju bio 761. Nastava je bila organizirana za 28 grupa specijalizanata, za 21 grupu bila je organizirana u Zagrebu, za 4 grupe u Splitu, 2 grupe u Osijeku i za jednu grupu u Rijeci.

U prve tri generacije, skoro je u cijelosti ispunjen planiran broj specijalizanata. Natječajni su se raspisivali uglavnom preko HZZO-a koji su bili namijenjeni liječnicima-privatnicima, jer ih je u to vrijeme bilo više od 70%. Preostali LOM-ovi bili su zaposlenici DZ-a i bili su mlađi, pa je to razlog

zbog kojeg su natječajni za izvedbeni program A bili raspisivani i preko DZ-a.

Međutim od četvrte generacije koja je specijalizaciju započela školske godine 2006/07., interes za specijalizacijom je naglo opao. U početku je interes bio manji među zaposlenicima DZ-a (ili samih DZ-a, a ne zaposlenika), ali se tijekom vremena interes ipak povećao, osobito za Izvedbeni program A. Interes LOM-privatnika bio je u početku vrlo velik da bi vremenom izrazito opao. Osobito je oslabio interes za izvedbenim programom C namijenjen liječnicima starijim od 40 godina, a ti su liječnici pretežito privatnici koji bi trebali konkurirati na natječaj raspisan na razini HZZO-a. U školskoj godini 2010/11. od 37 kandidata za izvedbeni program C raspisan na razini HZZO-a, javilo se 6 kandidata, a u školskoj godini 2011/12. od 40 kandidata na natječaj se javilo samo 5 kandidata. Međutim, usprkos smanjenom interesu LOM-privatnici su bili više zainteresirani za specijalizaciju, ukupno 100% potreba je i ostvareno na natječajima HZZO-a, pretežito C programa, dok je samo 37,7% potreba i ostvareno sukladno natječajima DZ.

**Tablica 3.** Uspješnost na specijalističkom ispitu iz obiteljske medicine

**Table 3.** Efficacy on family medicine specialization exam

Školska godina	Ukupno specijalizanata	Položili iz prvog puta	Neke djelove ispita ponavljali	Položili spec. ispit	(Odustali), nisu još položili ispit
2003/04.	139	116	18	134	5
2004/05.	174	131	38	169	5
2005/06.	127	89	29	118	9
2006/07.	84	60	15	75	9
2007/08.	46	31	6	37	9
2008/09.	38	30	8	38	0
2009/10.	51	37	9	46	5
2010/11.	50	28	6	34	16
2011/12.	29	24	1	24	5
Završen PDS	13	12	1	13	0
Osobne potrebe	10	9	1	10	0
<b>Ukupno</b>	<b>761</b>	<b>567</b>	<b>132</b>	<b>698-91,7%</b>	<b>63</b>

Treba napomenuti da se brojevi kandidata prikazanih na tablicama 1 i 2 neznatno razlikuju, a razlike su nastale zbog toga što su na tablici 1 prikazani kandidati koji su stvarno započeli program specijalizacije, a na tablici 2 i kandidati koji su se prijavili na natječaj, ali neki od njih nisu započeli program specijalizacije te, nego slijedeće školske godine.

## 2. Rezultati specijalističkog ispita

Od 761 specijalizanta, njih 698 (91,9%) je i završilo specijalizaciju položivši specijalistički ispit. Od 63 specijalizanta najveći broj njih još nije izišlo na ispit, najčešće kolegice zbog porodiljnog dopusta te mali dio kolega koji su izgleda odustali od specijalizacije. Od 698 specijalizanata koji su položili ispit njih 81,2% je ispit položilo iz

prvog pokušaja, dok su ostali ispit naknadno položili. Na tablici 4 su prikazani djelomični rezultati o uspješnosti polaganja pojedinih djelova specijalističkog ispita (prikazan samo dio podataka, ostali se obrađuju).

Od 582 kandidata čiji su nam podaci bili dostupni, a koji su pristupili završnoj fazi specijalističkog ispita, njih 84,4% je taj ispit položilo u prvom pokušaju, a 15,6 je ponavljalo pojedine djelove ispita. Najčešće se ponavljao pismeni dio ispita, 17,1% kandidata. Neuspjeh na usmenom ispitu je zabilježen kod 3,8% kandidata, a neuspjeh na praktičnom dijelu ispita (OSKI-ju) je bio najrjeđi, kod 2,1% kandidata. Od te grupe polaznika koju smo analizirali, njih 96,9 je taj ispit i položilo, a 3,1% kandidata je ponavljalo pojedine djelove ispita.

**Tablica 4.** Uspješnost na pojedinim djelovima specijalističkog ispita iz obiteljske medicine

**Table 4.** Efficacy on individual parts of family medicine specialization exams

Djelovi specijalističkog ispita iz OM	Broj kandidata	%
Ukupan broj kandidata koji su pristupili završnoj fazi specijalističkog ispita (pismeni, OSKI i usmeni)	582	100
Broj kandidata koji su položili ispit iz prvog puta	491	84.4
Broj kandidata koji su ponavljali pojedine djelove ispita	91	15.6
Ukupan broj kandidata koji su položili specijalistički ispit	564	96.9
Broj kandidata koji nisu položili pojedine djelove specijalističkog ispita	12	3.1
Ukupan broj kandidata koji su pristupili pismenom ispitu - testu	675	100
Broj kandidata koji su položili test iz prvog puta	560	82.9
Broj kandidata koji su ponavljali test jednom ili više	115	17.1
Ukupan broj kandidata koji su pristupili praktičnom ispitu - OSKI	582	100
Broj kandidata koji su položili OSKI iz prvog puta	570	97.9
Broj kandidata koji su ponavljali OSKI	12	2.1
Ukupan broj kandidata koji su pristupili usmenom ispitu	547	100
Broj kandidata koji su položili usmeni ispit iz prvog puta	526	96.2
Broj kandidata koji su ponavljali usmeni ispit	21	3.8

### 3. Ishodi Projekta specijalizacije

Ishodi ili učinci Projekta specijalizacije su procjenjivani na dva načina, na temelju postotka specijalista koji rade u OM-u u odnosu na broj nespecijalista i broja upućivanja u specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. Na temelju podataka iz Hrvatskog zdravstveno-statističkih ljetopisa izračunati su postotci specijalista u pojedinim županijama i u pojedinoj godini počevši od 2003. godine kada je započeo Projekt specijalizacije. Rezultati su prikazani na Tablici 5. Na temelju broja posjeta u OM-a i broja izdanih uputnica izračunat je postotak upućivanja u

specijalističko-konzilijarnu zaštitu, kao i broj upućivanja po jednom pacijentu-korisniku koji je te godine došao u ordinacije OM-a u RH (Tablica 6).

Tijekom trajanja Projekta specijalizacije, postotak specijalista OM-a u RH porastao je za skoro 20% (od 30.5 na 49.3%). Najveći porast je zabilježen u Šibensko-kninskoj županiji (od 27.0% na 59.4%), Gradu Zagrebu (od 31.8% na 57.4%) i Zagrebačkoj županiji (od 32.8% na 58.3%). Najmanji porast zabilježen je u Sisačko-moslavačkoj, kao i u Istarskoj, Karlovačkoj i Ličko-senjskoj županiji. U Zadarskoj županiji je došlo i do smanjenja postotka

**Tablica 5.** Postotak specijalista obiteljske medicine u ukupnom broju liječnika koji rade u OM-u prije (2003. godina) i nakon početka Projekta specijalizacije po županijama (Podaci - HZJZ)

**Table 5.** Percentage of family medicine specialists in total number of physicians working in family medicine (year 2003) and after the beginning of Specialization project by counties (Data HZJZ)

	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bjelovarsko-bilogorska	25.7	23.3	21.1	29.6	33.3	31.9	40.6	42.4	35.8	35.8
Brodsko-posavska	39.4	39.2	36.4	40.3	43.4	46.2	48.1	54.5	51.9	52.6
Dubrovačko-neretvanska	22.1	23.3	24.7	28.4	32.9	37.3	38.7	35.1	39.5	44.0
Istarska	36.7	36.7	42.4	45.4	45.5	46.2	45.2	48.2	49.6	46.2
Karlovačka	32.1	32.1	31.6	32.1	34.6	38.5	39.5	41.6	45.3	42.1
Koprivničko-križevačka	29.8	25.9	25.9	38.6	50.0	37.5	41.8	42.1	42.9	40.4
Krapinsko-zagorska	20.3	23.0	24.3	31.6	31.6	35.1	38.2	34.2	32.0	34.2
Ličko-senjska	16.7	20.7	20.0	23.3	32.3	20.7	23.3	25.8	22.6	28.1
Međimurska	38.5	34.0	38.9	46.3	41.8	44.4	50.0	56.4	56.4	61.1
Osječko-baranjska	32.9	33.3	41.7	49.1	54.4	58.9	54.9	55.8	55.9	62.3
Požeško-slavonska	40.0	44.4	42.1	51.4	57.9	59.5	68.4	86.5	72.2	62.2
Primorsko-goranska	40.3	39.6	38.3	42.1	47.5	50.0	55.6	55.1	53.3	52.2
Sisačko-moslavačka	30.8	31.2	30.3	30.7	34.8	32.9	34.4	34.1	33.7	35.1
Splitsko-dalmatinska	20.8	24.6	28.6	36.1	35.4	37.3	40.2	42.9	38.6	39.7
Šibensko-kninska	27.0	26.2	32.8	40.7	50.0	57.4	61.7	54.0	54.7	59.4
Varaždinska	35.2	32.6	38.6	52.3	57.5	63.2	60.9	56.3	58.6	55.8
Virovitičko-podravska	26.7	27.9	24.4	33.3	35.5	40.0	44.4	46.7	44.4	48.9
Vukovarsko-srijemska	19.1	20.9	22.6	31.1	36.7	48.9	42.2	44.4	41.9	45.7
Zadarska	32.6	31.2	29.8	31.5	32.2	31.2	30.9	31.9	29.0	30.1
Grad Zagreb	31.8	29.4	38.4	42.1	43.1	48.1	49.8	52.1	52.2	57.4
Zagrebačka	32.8	38.0	37.2	42.4	46.4	51.4	54.5	52.4	52.4	58.5
Ukupno	30.5	30.6	33.8	39.4	42.1	44.8	47.0	48.1	47.1	49.3

specijalista OM-a u periodu trajanja Projekta specijalizacije.

Od 2006. godine kada su prvi specijalizanti završili specijalizaciju, opaža se stalni trend pada postotka upućivanja, s 28,9% upućivanja u odnosu na broj posjeta u 2006. na oko 20,4% upućivanja u 2012. godini. Istovremeno je i prosječan broj upućivanja po jednom pacijentu-korisniku opao s 2,3 na oko 2 upućivanja po pacijentu.

Izgleda da završetak specijalizacije nije imao utjecaja na ostale parametre funkcioniranja OM-a koji su prikazani u Godišnjacima, kao broj posjeta, broj pregleda, broj kućnih posjeta ili broj sistematskih pregleda, kao ni broj prepisanih recepata.

## Rasprava

Pregled osnovnih podataka koji opisuju brojčane rezultate provođenja Projekta specijalizacije (Projekt) iz obiteljske medicine (OM) ukazuje na nekoliko značajnih zapažanja. U devetogodišnjem periodu trajanja Projekta nije ostvaren planirani broj specijalizacija. Najmanje je ostvareno po izvedbenom programu A, svega 50,0%, zatim po programu B, 52,2%, a najviše je ostvareno po izvedbenom programu C, njih 83,3%. U prve 3 godine skoro je u potpunosti ostvaren planirani broj specijalizacija, iz programa C planirani broj je i premašen, ali je nakon toga interes znatno oslabio, osobito zadnje 3 godine trajanja Projekta. Izgleda da su LOM-privatnici bili više motivirani za specijalizaciju. Naime, ostvaren je veći broj specijalizacija sukladno natječaju HZZO-a, a oni

**Tablica 6.** Postotak upućivanja u specijalističko konzilijarnu zaštitu i prosječan broj upućivanja po jednom pacijentu-korisniku koji je te godine došao u ordinacije OM-a u RH

**Table 6.** Percentage of referring to specialist advisory service and average number of referring per patient-user in the FM office that year in Croatia

Godina	Broj posjeta	Broj upućivanja	% upućivanja/ posjete	Prosječan broj upućivanja po pacijentu
1995.	17751700	4302485	24,2%	1,2
1996.	18502370	4846269	26,2%	1,7
1997.	19447876	4593838	23,6%	1,5
1998.	21799945	4900095	22,5%	1,5
1999.	22197163	4851218	21,9%	1,6
2000.	22466828	5361993	23,9%	1,8
2001.	23136411	5429287	23,5%	1,8
2002.	23454431	5642854	24,1%	1,9
2003.	23918652	5906220	24,7%	1,9
2004.	24998037	6078357	24,3%	1,9
2005.	25120745	6746685	26,9%	2,2
<b>2006.</b>	<b>24069460</b>	<b>6946257</b>	<b>28,9%</b>	<b>2,3</b>
2007.	24552368	7006884	28,5%	2,3
2008.	26057120	7037327	27,0%	2,2
2009.	26559824	6781537	25,5%	2,1
2010.	26475254	6762195	25,5%	2,2
2011.	31538904	6620757	21,0%	2,1
2012.	31378940	6411958	20,4%	2,0

su bili namjenjeni LOM-privatnicima. U početku njihov broj je bio i veći od planiranog. Međutim, nakon treće godine trajanja Projekta, interes LOM-privatnika je naglo opao, osobito zadnje dvije godine. Za razliku od toga, ostvareni broj specijalizacija po natječajima koje su raspisivali domovi zdravlja (DZ), uvijek je bio manji od planiranog, pa se može govoriti o smanjenom interesu DZ-a za slanjem LOM-ova na specijalizaciju. Osim toga, bilo je školskih godina u kojima neki DZ-i uopće nisu raspisivali natječeaje. Ova je činjenica sobito važna kada se uzme u obzir da je broj specijalizanata iz DZ-a planiran u odnosu na broj LOM-ova koji pojedine godine i u pojedinoj županiji odlaze u mirovinu. Izgleda da ravnatelji DZ-a nisu vodili računa da se ordinacije u zakupu/koncesiji nakon odlaska zakupca/koncesionara u mirovinu vraćaju u sustav DZ-a, pa je, kao što je Projektom planirano, unaprijed trebalo razmišljati o njihovoj zamjeni specijalistima OM-a. Zadnjih godina je interes DZ-a relativno porastao, ali se sveukupni broj specijalizanata znatno smanjio. Najveći broj specijalizanata položio je specijalistički ispit, njih 89,7%, i to iz prvog pokušaja, njih 81,2%. Međutim, zabilježen je i neuspjeh na ispitu, najviše na pismenom, pa na usmenom, a najmanje na praktičnom dijelu ispita. Također je uočen mali broj odustajanja od specijalizacije, u najvećoj mjeri uzrokovan bolešću ili ozbiljnim obiteljskim problemima.

Međutim, bez obzira na činjenicu što nije ostvareno sve ono što je planirano, Projekt specijalizacije imao je značajan utjecaj na povećanje postotka specijalizanata, u prosjeku za oko 20% u RH. U nekim županijama je taj postotak bio znatno veći, a u nekim manji. U Zadraskoj županiji je postotak specijalista OM-a nažalost opao za vrijeme trajanja Projekta. Međutim, treba napomenuti da će postotak specijalista OM-a u slijedećim godinama početi opadati. Dokazano je da bi brojka od 80 specijalizanata godišnje bila jedina garancija iste razine postotka specijalista u OM-a. Sve što bi bilo ispod te brojke značilo bi smanjenje

postotka specijalista, a u zadnjim godinama broj specijalizanata je značajno manji. Izgleda da je Projekt specijalizacije utjecao i na neke objektivne pokazatelje o radu cjelokupne djelatnosti OM-a. Smanjenje trenda upućivanja u specijalističko-konzultantsku djelatnost koji je započeo od 2006. godine, ne možemo tumačiti drukčije nego utjecajem specijalizacije, jer je upravo 2005. i 2006. godine, oko 300 LOM-ova završilo specijalizaciju. Izgleda da završetak specijalizacije nije imao utjecaja na ostale parametre funkcioniranja OM-a koji su prikazani u ljetopisima.

Kada se pogledaju rezultati, pitanje je jesu li planeri Projekta imali dobru procjenu o osobnim motivima LOM-ova za specijalizacijom. Izgleda da intrinzična motivacija, potreba za osobnim profesionalnim usavršavanjem na koju su računali planeri, nije bila dovoljan motiv LOM-ova da se uključe u Projekt specijalizacije. Izgleda da ni 5% povećanja glavarine prilikom ugovaranja s HZZO-om, planirani ekstrinzični motiv za uključivanje u Projekt, nije djelovao motivirajuće<sup>23</sup>. Osobito bi bilo interesantno istražiti slabu motiviranost uprava DZ-a za upućivanje njihovih liječnika, tim više što nije bilo potrebno izdvajati dodatna materijalna sredstva jer su ona bila osigurana iz Projekta. Teško je reći, ali možda nisu u potpunosti shvatili vrijednost edukacije u unapređenju kvalitete rada u OM-u? Vjerojatno bi zakonodavna odluka o obvezi završetka specijalizacije kao preduvjeta rada u OM-u, prisutna u najvećem broju zemalja EU, bio najznačajniji motiv za uključivanje u Projekt specijalizacije. Na žalost, uprkos nastojanju (nedovoljnom?) profesije, ovakva odluka nije nikad donesena na razini zakonodavca. Nedonošenje ovakve odluke ima i dodatne reperkusije. LOM-ovima bez specijalizacije je zapravo zatvoren EU prostor za zapošljavanje, što ih dovodi u nejednaki položaj s LOM-ovima iz ostalih zemalja EU. S druge strane, otvara se mogućnost liječnicima iz drugih zemalja EU koji nisu željeli specijalizirati OM u svojim zemljama, da ravnopravno konkuriraju na natječajima raspisanim u RH, što dovodi pod znak

pitanja kvalitetu rada u OM-u jer je poznato da je OM vrlo osjetljiva na kulturološke razlike<sup>24, 25</sup>.

Međutim, vjerojatno je da ni objektivni uvjeti pod kojim se Projekt specijalizacije odvijao nisu bili dovoljno atraktivni da privuku adekvatni broj polaznika. Problem o kojem su izvještavale sve generacije specijalizanata je bio nedostatak liječnika koji bi kao zamjenski liječnici radili u njihovim ordinacijama za vrijeme odsutnosti. Osobito je taj problem bio izražen u manjim županijama i u ordinacijama smještenim na selima. Stoga se problem nastojao riješiti angažiranjem već zaposlenih LOM-ova da funkciju zamjenskog doktora obavljaju u obliku honorarnog rada. Međutim, prijedlog nije zaživio jer nije bio prihvaćen od svih potpisnika Projekta. Važna otežavajuća okolnost, osobito za neke liječnike, bili su i materijalni troškovi specijalizacije. Naime, prema cjelokupnom izračunu, oko 60% ukupnih troškova specijalizacije su bili pokriveni iz državnog proračuna preko HZZO-a, ali preostali 40% su bili na teret samih specijalizanata. Najveći izdatci su se odnosili na smještaj u mjestu odvijanja specijalizacije, putovanja, školarine i knjige. Upravo zbog ovih razloga, regionalno izvođenje specijalizacije je bilo planirano. U prve tri godine to je i ostvareno, jer je, osim u Zagrebu, nastava na poslijediplomskom studiju bila organizirana u Osijeku, Rijeci i Splitu. Međutim, nakon što se smanjio interes, broj specijalizanata u pojedinim centrima bio je premalen da bi se pokrili troškovi izvođenja poslijediplomskog studija. Planirano dodatno smanjenje troškova se postizalo odvijanjem bolničkog dijela staža u lokalnim bolnicama i specijalističkim ordinacijama, kao i organizacijom regionalne mreže mentora iz OM dostupnim svakom specijalizantu. Izostanak iz ordinacije tijekom specijalizacije je također bila otežavajuća okolnost, jer se gubio kontinuitet liječenja bolesnika, a neki specijalizanti su navodili i bojazan da bi ih njihovi pacijenti zbog odsustva napustili i odabrali nekog drugog liječnika. Zbog toga je u prve tri godine, poslijediplomski studij

bio organiziran samo vikendima (petak, subota i nedjelja), a ostale dane u tjednu su specijalizanti radili u svojim ordinacijama.

Jedan od problema koji je možda utjecao na tijek Projekta specijalizacije je bio i neusklađenost potpisnika i nedovoljno definiranje pojedinih elemenata u izvođenju Projekta. Već treću godinu izvođenja Projekta uočen je smanjeni interes, pa su predstavnici profesionalnih udruga OM-a predlagali definiranje Aneksa Projekta kojim bi se uočene slabosti ispravile. Međutim, nikad nije došlo do prihvaćanja Aneksa od nekih potpisnika Projekta. Također nikad nije službeno imenovana osoba ili institucija odgovorna za izvođenje projekta, iako se predmijevalo da je to Katedra obiteljske medicine, Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Bez formalnog rukovodstva bilo je otežano provoditi mjere koordinacije koje su bile potrebne za ovako veliki i kompleksan projekt. Npr. možda bi se boljim mjerama koordinacije moglo potaknuti domove zdravlja na upućivanje većeg broja LOM-ova na specijalizaciju, a vodstvo Projekta nije imalo pravnu osnovu stupiti s njima u kontakt i motivirati ih.

Iz iskustva proizašlog iz Projekta specijalizacije i usporedbom sa zemljama EU, moglo bi se izvući nekoliko zaključaka važnih za sudbinu specijalizacije iz OM-a. Prvo je zakonska regulativa o obvezi specijalizacije kao preduvjeta za rad u OM-u, odredba koja je na snazi u zemljama EU od 1995. Kao što je obveza specijalizacije iz bilo koje kliničke specijalnosti uvjet za rad u toj specijalnosti, tako bi taj uvjet trebalo ispoštovati i za OM. Drugo, bilo bi potrebno motivirati mlade liječnike da biraju OM i osigurati im primjerene radne uvjete, ali i uvjete tijekom specijalizacije. Tu prvenstveno mislimo na materijalne uvjete, financiranje programa specijalizacije iz budžeta, način najčešće prisutan u zemljama EU<sup>13</sup>. Osim toga, specijalizante bi trebalo osloboditi bilo kakvog dodatnog rada u ordinacijama za vrijeme specijalizacije. Zbog toga, u najvećem broju zemalja EU, specijalizaciju započinjaju liječnici



odmah nakon završenog medicinskog fakulteta i staža, te nakon položenog stručnog ispita<sup>11</sup>. Tek nakon završene specijalizacije, oni se zapošljavaju u službi OM-a. Naša iskustva s Projektom upućuju na činjenicu da nije teško, na temelju broja liječnika koji odlaze u mirovinu, regionalno planirati potreban broj specijalizanata za buduće godine. Treće, treba jasno definirati i osigurati upravljačku strukturu u izvođenju ovakvog projekta. Za razliku od Hrvatske, u drugim su zemljama EU odabrane institucije koje su u potpunosti odgovorne za izvođenja projekta specijalizacije, najčešće ne samo specijalizacije iz OM nego i drugih. To su najčešće visokoškolske ustanove poput medicinskih fakulteta, s definiranim normativnim i financijskim aktima, ali i aktima koji osiguravaju unapređenje kvalitete. One raspisuju natječaje, vrše izbor specijalizanata, odgovorne su za kvalitetu izvođenja nastavnog plana i programa specijalizacije. I sva sredstva potrebna za ove aktivnosti se doznaju takvim ustanovama, uključujući i sredstva za „plaće“ specijalizanata tijekom specijalizantskog staža<sup>26</sup>.

## Zaključak

U zaključku bi se moglo reći da je jedan ciklus specijalizacije iz OM završio, da smo iz njega puno toga naučili i da je započeo drugi ciklus iz kojeg nam tek predstoji učiti na iskustvu. Međutim i drugi ciklus specijalizacije je zapravo drugi dio Projekta koji će, sukladno potpisanom ugovoru, trajati do završetka specijalizacije polaznika koji će krenuti u školskoj godini 2015/16. Postavlja se pitanje, što dalje? Osim pokušaja profesije, nema konkretnih postupaka od strane onih koji odlučuju u zdravstvu koje bi pokazale da se ozbiljno razmišlja o potrebi specijalističkog obrazovanja ovako velike i važne grupe liječnika u RH. Osim toga, malo je vjerojatno da u tranzicijskom periodu kojeg smo djelomično nastojali prebroditi ovim Projektom, neće biti potrebni tzv. in-servis (uz rad) programi specijalizacije namijenjeni starijim LOM-ovima

koji već imaju dosta radnog iskustva. Iskustva s Projektom su pokazala da je za takve LOM-ove, specijalizacija potrebna, moguća i korisna.

U Aneksu ovom radu nalazi se popis svih specijalizanata, počevši od školske godine 2003/04. do školske godine 2011/12. koji su pohađali specijalizaciju iz obiteljske medicine u trajanju od 3 godine sukladno Projektu specijalizacije.

## Literatura

1. The world health report 2008: primary health now more than ever. Introduction and overview. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
3. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26 Suppl 1:20-6. Epub 2012 Jan 21.
4. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A i sur. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010;10:65.
5. The European definition of general practice / family medicine. WONCA Europe 2011 edition. Dostupno na: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
6. Heyrman J, editor. EURACT Educational Agenda. U: European Academy on Teachers in General Practice. Leuven: EURACT; 2005.
7. UEMO 2003 Declaration on Specific Training in General Practice/Family Medicine in Europe. Stockholm: UEMO; 2003. Dostupno na: <http://www.uemo.eu/uemo-policy/107.html>
8. EFPC at glance. European Forum for Primary Care. Dostupno na: <http://www.euprimarycare.org/about/efpc-glance>
9. Council Directives 16/93/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications. Official Journal of the European Community. 1993;165:7/7/93.

10. Council Directive 2005/36/EZ on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Community. 2005; L 255:3-10. Dostupno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/102200/E92852.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/102200/E92852.pdf)
11. EURACT - European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine, 2013. Specialist Training in General Practice/Family Medicine – Dynamic Interactive Database. [online]. Dostupno na: <http://www.euract.eu/resources/specialist-training>
12. Svab I, Pavlic DR, Radic S, Vainiomaki P. General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe. *Croat Med J.* 2004;45:537-42.
13. Sammut MR, Lindh M, Rindlisbacher B. Funding of vocational training programmes for general practice/family medicine in Europe. *Eur J Gen Pract.* 2008;14:83-8.
14. Jakšić Ž, urednik. Oglеди o razvoju opće/obiteljske medicine. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2001.
15. Plan i program specijalizacija i užih specijalizacija. *Narodne novine.* (33);1994, (53);1998, (64);1998, (97);1999.
16. Vrcić-Keglević M, Katić M, Tiljak H, Lazić Đ, Cerovečki-Nekić V, Petriček G, i sur. Specijalizacija iz obiteljske medicine – Je li ostvareno ono što je planirano? *Acta Med Croatica.* 2007;61:95-100.
17. Vrcić-Keglević M, Petric D, Katić M, Tiljak H, Lovasić S, Mazzi B, i sur. Program specijalizacije opće medicine – je li moguće i kako nadoknaditi propušteno? U: Materljan E, urednik. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite Labin 2002. Zbornik. Labin: Dom zdravlja Dr. Lino Peršić; 2002. Str. 282-90.
18. Projekt usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s Europskim standardima. *Medicina Familiaris Croatica* 2003;11:65-71.
19. Vrcić Keglević M. Šimunović R. Projekt specijalizacije: neka praktična iskustva. *Medicina Familiaris Croatica.* 2006; 14:32-34.
20. Plan i program specijalizacija i užih specijalizacija. *Narodne novine.* (84);2001, (43);2003.
21. Plan i program specijalizacija i užih specijalizacija. *Narodne novine.* (100);2011.
22. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi za 2002-2012. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2003-2013..
23. Vuk Ž, Tiljak H, Stevanović R. Zašto na specijalizaciju iz obiteljske medicine u dobi iznad 40 godina? U: XII. kongres obiteljske medicine. Zbornik. Zadar, 2005. Zadar:Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2005: 490-500.
24. Bogojević R, Gmajnić R, Ferlin D, Pribić S. Pokazatelji stručnosti rada specijalizanata obiteljske medicine. U: Šesti kongres HDOD-HLZ Zbornik. Rovinj, 2006. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, Hrvatski liječnički zbor; 2006:175-90.
25. Illing J, Taylor GB, O'Halloran C. Can a postgraduate course for general practitioners deliver perceived benefit for learners, patients and the NHS? A qualitative study. *Med Teach.* 2002;24:67-70.
26. Deanery and Local Education and Training Boards (LETBs). Dostupno na: <http://bma.org.uk/developing-your-career/specialty-training/find-your-deanery>

Anex:

**Popis svih specijalizanata****GRUPA 1 ZAGREB**

Školska godina 2003/04

1. Blažeković Inoslav
2. Božić Zorica
3. Daus-Šebedak Danijela
4. Došen-Mrak Davorka
5. Duraković Mensura
6. Hranjec-Gašparić Renata
7. Ivezić-Lalić Dragica
8. Janošević-Mičuda Vlatka
9. Jurlina Nataša
10. Lazarušić Anamarija
11. Majhen-Ujević Radmila
12. Nikolić Bojana
13. Novosel Kristina
14. Ožvačić Zlata
15. Peranović Željka
16. Pleh Vlatka
17. Prekalj-Petrović Višnja
18. Puškarić Andrej
19. Ramić Severinac Dijana
20. Slovaček Jasna
21. Topol Tanja
22. Uremović Hrvoje
23. Vručina Žaneta
24. Vujnović Zana

**GRUPA 2 ZAGREB**

Školska godina 2003/04

1. Crnica Ivica
2. Cvetković Ivica
3. Curiš Srećko
4. Čačković Sanja
5. Delić Smrekar Aida
6. Devrnja-Parat Nada
7. Došen Gordana
8. Ević Jelena
9. Jagust-Šita Ida
10. Knap-Vojković Ana
11. Kulišić Vlasta
12. Lipovac Francuz Ljiljanja
13. Majić Nada
14. Malić Mikloška Vlasta
15. Obrovac Gudelj Jasminka
16. Paušek Drago
17. Peček Milaković Sanja

18. Pinturić Vera
19. Rodić Josipa
20. Radovčić Ankica
21. Rukavina Borislav
22. Sabolek Anita
23. Szymanska-Čutura Teresa
24. Somek Marinela
25. Sosa-Ljevar Vilena
26. Tabak Vesna
27. Varović Višnja
28. Vučak Jasna
29. Vuk Željko
30. Živković-Duvnjak Branka

**GRUPA 3 SPLIT**

Školska godina 2003/04

1. Bačić Dubravka
2. Barać Sonja
3. Braica Božena
4. Cakić Natalija
5. Dodig-Bravić Ivanka
6. Erceg-Mladinić Alenka
7. Jakovčić Ina
8. Jurković Mira
9. Katić-Milošević Ivana
10. Klarić Marija
11. Krokarić-Pažanin Gordana
12. Labor-Petković Smiljana
13. Landeka Davorka
14. Mamić Dražana
15. Mandić Dušan
16. Mišković Sanja
17. Mojsović Mijić Flora
18. Močić Zvonko
19. Mrduljaš-Đujić Nataša
20. Penić-Vukman Radojka
21. Radman Jadranka
22. Radoš Ante
23. Šimac Rako Anita
24. Šunjić Vesna
25. Viali Vanja
26. Vojnović Sonja
27. Vojnović Benzon Romana
28. Vrdoljak Davorka
29. Vukšić Burić Slavenka
30. Živković Konstantin

**GRUPA 4 OSIJEK**

Školska godina 2003/04

1. Angebrandt Iva
2. Bekić Sanja
3. Bekina Kata
4. Čučak Dubravka
5. Čurković Mario
6. Dananić Zrinjka
7. Dodik Željko
8. Dumić Albina
9. Gavran Vesna
10. Grgurić Slobodanka
11. Heinzelman-Kožul Helga
12. Jurić Ilija
13. Kramar Lenče
14. Majnarić Ljiljanja
15. Matic-Mandić Miroslava
16. Mičić Josipa
17. Musić Ademir
18. Nađ Sanja
19. Nedić Jasinka
20. Novak Blaženka
21. Pfeifer Nataša
22. Pribić Sanda
23. Raspudić-Brekalo Marica
24. Rukavina Lidija
25. Scarpa-Bugarić Sanja
26. Sklizović Ruža
27. Tunjić-Čaleta Ana
28. Vrtarić Slavica
29. Vuletić-Vuica Tatiana
30. Zubac Karavidović Lidija

**GRUPA 5 ZAGREB**

Školska godina 2003/04

1. Badrić Ranilović Sanja
2. Barbarić Zorana
3. Belić Radmila
4. Bolfan Ksenija
5. Bolić Majić Vesna
6. Božić Jadranka
7. Ciglar Karmen
8. Cividini Goranka
9. Dabo Nives
10. Grubišić Čabo Nedjeljka
11. Hamulka Daniela
12. Ibradžić Semira
13. Ivančić-Maričević Ljiljanja
14. Jankolija Biserka
15. Jerčić Minka

16. Jovančević Branka
17. Kalinić Davorka
18. Kudelić Ivana
19. Lacmanović Berislava
20. Matoković-Bistrović Jelena
21. Pavić Senka
22. Pecek Ivančica
23. Rađa Marko
24. Rukavina Irena
25. Strinić Petar
26. Torinec Tatjana
27. Turalija Franjo
28. Zaverski Jagodić Ankica

**GRUPA 6 ZAGREB**

Školska godina 2004/2005.

1. Carević Diana
2. Čerimagić-Kraljević Dijana
3. Cikač Tatjana
4. Cikojević Tomislav
5. Đanić Kornelija
6. Drašković Tihomir
7. Fijačko Blaženka
8. Fuček Zelić Ksenija
9. Ivanušić Veljko
10. Kezel Zvezdana
11. Knez Ljubica
12. Kolarić-Szabo Ivanka
13. Kotur Goran
14. Landripet Zlatko
15. Madunić-Majnarić Ivanka
16. Mansour El Bahtity
17. Marić Veljko
18. Miklić Vlatko
19. Marinić Tatjana
20. Nekić Goran
21. Podobnik Drina
22. Pukšić Haubrih Jelena
23. Relić-Sorić Nada
24. Rodbinić Jasna
25. Rožić-Stipčić Snježana
26. Šimić Dobrislav
27. Švigir Renata
28. Tarle-Bajić Nives
29. Tuškan Božica
30. Vrkljan Jelena
31. Zukanović Nevenka

**GRUPA 7 ZAGREB**

Školska godina 2004/2005.

1. Amerl Šakić Vjekoslava
2. Bešlić Đurđica
3. Češljaš-Keretić Ivanka
4. Dujmović Darko
5. Fratrić Danko
6. Grgurić Rajković Dunja
7. Hrustek Nives
8. Ivanović Azenić Zdenka
9. Juras Bosnić Stanka
10. Kaluger Nevenka
11. Kožić Božena
12. Kurtoić Dajana
13. Lazić Goran
14. Malić Plasković Dunja
15. Maravić Zoran
16. Matijević Zoran
17. Metz Branka
18. Mršić Novački Dijana
19. Perčinlić Željka
20. Polančec-Fodor Dragica
21. Radonjić Korene Snježana
22. Rossmann Rudolf
23. Rožić Ana
24. Sarajlić Goran
25. Šarić Blaženka
26. Škvorec Bojana
27. Šomodi Nadica
28. Tomić Vrbić Irena
29. Vendler Čepelak Željka
30. Vitasović-Grandić Mirjana
31. Zagorac Stjepan

**GRUPA 8 SPLIT**

Školska godina 2004/2005.

1. Agoli Besim
2. Bračić Divna
3. Buratović Edina
4. Čavka-Divković Dragica
5. Čular Nada
6. Delić Nenad
7. De Micheli Vitturi Danijela
8. Domić Viktorija
9. Duboković Drago
10. Glavan Gordana
11. Jerkan Katica
12. Kezić Ratko
13. Koštić Anka
14. Krtalić Nada

15. Lončar Lidija
16. Medić Vesna
17. Mirnić Gordana
18. Pavelin Ljubica
19. Prolić Ante
20. Rora-Guberina Živana
21. Šitum Vedrana
22. Tudja Karla
23. Vujević Miona
24. Zorčić-Vatavuk Marina
25. Zubak-Marić Branka
26. Zujić Ana Filipa

**GRUPA 9 OSIJEK**

Školska godina 2004/2005.

1. Belaj Jadranka
2. Bogojević Romana
3. Cigić Bojana
4. Dadić Marija
5. Dumančić Ivana
6. Goretić Zvezdana
7. Horvat Ivana
8. Kobzi Branka
9. Koričić Sanja
10. Kovač Livija
11. Lazić-Brezanović Desanka
12. Margaretić Dubravka
13. Mendler-Lijić Mirta
14. Mijić Melita
15. Miklić Karolina
16. Nikolić Ružica
17. Pavlić Dragica
18. Pritišanac Željko
19. Reihl Zdravka
20. Sarić Ingrid
21. Šabanović Šefket
22. Šantor Mirjana
23. Špigel Danijela
24. Tokić Zdenka
25. Tretinjak Lidija
26. Vojvodić Aleksandra
27. Vučićević Ivica

**GRUPA 10 RIJEKA**

Školska godina 2004/2005.

1. Andrijašević-Trivić Izabela
2. Babić Jadranka
3. Bačkov-Kolonić Milena
4. Blažević Draženka
5. Butković Morena

6. Dobija-Lukanović Tanja
7. Gašpartić Melita
8. Gusić-Šebešćen Davorka
9. Ivošević Dejan
10. Jadrečić Vitomir
11. Jeremić Jasna
12. Kalčić Đurđica
13. Klarić Diana
14. Korlević Radmila
15. Kuftinec-Jolić Nella
16. Lulić Jadranka
17. Mahulja Biserka
18. Marcelić-Tomljenović Orijana
19. Mileta Doria
20. Pohel Lidija
21. Poljak Mirjana
22. Radović-Antolović Ljiljana
23. Rukavina Ivica
24. Sergio Vlasta
25. Sinožić Tamara
26. Strišković Željana
27. Tibljaš Maura
28. Zavidić Vesna
29. Zubac-Gugić Marina

**GRUPA 11 ZAGREB**

Školska godina 2004/2005.

1. Arambašić Gordana
2. Bardak Branka
3. Biškupić Jasminka
4. Cesarić Dafčik Višnja
5. Čizmešija Tomislav
6. Džanić Nives
7. Gluhak Marija
8. Gredelj-Perin Gordana
9. Grgurović Nives
10. Hehet Kristina
11. Huđek-Leskovar Zrinka
12. Jurić-Šolto Gabrijele
13. Kralj Diana
14. Krešić Zdravko
15. Maljak Željko
16. Margreitner Meri
17. Mišlov Zvonko
18. Palaversa Irena
19. Posavec Svjetlana
20. Prpić Znidarčić Ivana
21. Ranteš-Vincek Roberta
22. Ribarić Sabina
23. Ričko Mirjana
24. Skender Josip

25. Skender Marija
26. Soldo Dragan
27. Stvorić Marijana
28. Šikman Zagorka
29. Štefan Kujundžić Brankica
30. Tomasović Nada
31. Toplak-Hranić Sandra
32. Topolnjak-Vanić Nives
33. Vuković Debogović Morena
34. Županić Gordana

**GRUPA 12 ZAGREB**

Školska godina 2005/2006.

1. Bisharat Sameer
2. Burić Marija
3. Čargonja Zoran
4. Čavala Snježana
5. Dimovski Asja
6. Gjud Ksenija
7. Gorjanski Dražen
8. Gržan Gordana
9. Holjevac Dubravka
10. Huber Blanka
11. Ilić Radenko
12. Kalamut Božana
13. Licul Ubović Irena
14. Lozančić Vesna
15. Medi Pia
16. Novak-Jendriš Dubravka
17. Oršulić Vesna
18. Poljak Škrtić Gordana
19. Posavec-Štoler Andriana
20. Rapaić Heim Spomenka
21. Sanuri Hani
22. Skočilić Ariana
23. Vodjerek-Matica Zdenka
24. Zoger Zvonimir

**GRUPA 13 ZAGREB**

Školska godina 2005/2006.

1. Badurina Miljana
2. Bašić Ružica
3. Bukvić Jasminka
4. Cimera Diana
5. Dragoja Vesna
6. Fawzi Samara
7. Ferlin Danijel
8. Filipović Rada
9. Glumac Mirjana
10. Grahović Nada
11. Javorić Jadranka

12. Javorina Dušanka
13. Jerković Mirko
14. Kos-Topić Irena
15. Križić Nevenka
16. Lasić Žinić Anita
17. Maglić Branka
18. Majić Matija
19. Maravić Željko
20. Milić Sabol Ranka
21. Mimica Nevenka
22. Par-Judaš Vesna
23. Pavlić Marić Branka
24. Pehar Ksenija
25. Pekez Pavliško Tanja
26. Šporčić Dolores
27. Tomljanović Biljana
28. Turalija Zdenka

**GRUPA 14 SPLIT**

Školska godina 2005/2006.

1. Atlagić Mirjana
2. Bitunjac Zoran
3. Bruketa Denis
4. Caktaš Leonija
5. Crljenko Nataša
6. Cvitanić Čulić Josipa
7. Čulić Nenad
8. Galić Elvis
9. Jelovina Inga
10. Lončar Andro
11. Maričić Ojdana
12. Matulović Anđelka
13. Mihaljević-Mrčela Jasna
14. Miletić Blanka
15. Miše Nela
16. Pallaoro Šarotić Doris
17. Šarotić Velen
18. Tomčić Mauela
19. Veljača Jelica
20. Zorčić Ljiljana

**GRUPA 15 ZAGREB**

Školska godina 2005/2006.

1. Barta Frano
2. Brkić Branka
3. Bubić-Friščić Ružica
4. Burić Lidija
5. Češkić Spomenka
6. Devčić-Mešinović Jadranka
7. Draksler Šostar Renata
8. Đorđević Snježana

9. Kolak Ada
10. Kolega Silvestra
11. Kraljevski Davorka
12. Krnic Mladen
13. Maljak Višnja
14. Mates Hrvoje
15. Mateljak Josip
16. Mirković-Hrnić Sanja
17. Matijević Zrinka
18. Navratil Sven
19. Petričušić Luca
20. Roginić Marica
21. Santini-Manzin Ornella
22. Starčević Milica
23. Šveda-Breškić Jasna
24. Trstenjački Ljiljanka
25. Ulamec Mamić Ksenija

**GRUPA 16 ZAGREB**

Školska godina 2005/2006.

1. Antolović Mira Marija
2. Barać Svemir
3. Benko Krstanović Renata
4. Bilić Jolanda
5. Bošnjak Katarina
6. Cindrić-Bošnjak Marjana
7. Foretić Alenka
8. Grabant Lela
9. Ivančić Olgica
10. Jurković Jasmina
11. Jusup Goran
12. Klarić Jasenka
13. Končar Hrvojka
14. Krznarić Silva
15. Kukavica Mario
16. Maltar Delija Suzana
17. Miholek-Brkić Sanda
18. Pajur Eva
19. Parać Bebek Diana
20. Pavlović Natalija
21. Podrug Pejaković Anka
22. Prgeša Snježana
23. Rihtar Irena
24. Sanković Božena
25. Skorupski Mirela
26. Šlat Snježana
27. Topličan Ivančica
28. Tolušić Jasna
29. Vladić Vesna
30. Zelić Ines

**GRUPA 17 ZAGREB**

Školska godina 2006/2007.

1. Barišić Tihana
2. Bilić Ivanka
3. Bubanj-Lugonjić Vlasta
4. Bućan-Maretić Irma
5. Donatov-Volf Olga
6. Grubišić-Čabo Jadranka
7. Horvat Lidija
8. Javorić Hida
9. Kovač Anđelko
10. Lacić Draganja Maja
11. Ljubičić Branka
12. Maloča Jasna
13. Mašinić Darija
14. Milat Ante
15. Mravak Alviž Vedrana
16. Orhanović Anita
17. Podić Amir
18. Raič Vesna
19. Rosandić-Piasevoli Rosanda
20. Štulina Senka
21. Uzelac Tanja
22. Valentić Zrinka
23. Vujić Marica
24. Vulas Gordana
25. Vulić Svjetlana
26. Zoghbi Wadi
27. Zovko Kristina

**GRUPA 18 ZAGREB**

Školska godina 2006/2007.

1. Babeli Sanja
2. Bačić Marija
3. Barišić-Marčac Zdenka
4. Bednar Živulić Danijela
5. Boljat Mía
6. Bošković Andrea
7. Bralić Lang Valerija
8. Čaleta Rako Mirna
9. Derniković Krešimir
10. Fon Nena
11. Jančić Lešić Anita
12. Junačko Spomenka
13. Kegalj Celestina
14. Kesić Erika
15. Kronja Marsela
16. Macner-Koren Zdenka
17. Markov Salamun Tatjana
18. Martinović Juroš Branka

19. Meheik Hassan
20. Mrkić Sandra
21. Poljak Herljević Vesna
22. Prgomet Ivana
23. Strbad Miroslav
24. Urbanc-Ahmetović Jadranka
25. Vincetić Branka
26. Vladisavljević Gordana
27. Vućinac Ivan
28. Žunić Ljiljana

**GRUPA 19 ZAGREB**

Školska godina 2006/2007.

1. Arapović Olivera
2. Brleković Sanja
3. Buljan Nataša
4. Car Arlen
5. Cunj Mirjana
6. Čurlin Mario
7. Doko Slava
8. Dokuzović Maja
9. Erceg Inga
10. Erman-Baldini Irena
11. Filip Sokolović Sandra
12. Jeđud Monika
13. Katić Đema
14. Knežević Ana
15. Kupinić-Rozić Vlatka
16. Kuzmanić Marion
17. Majcan Alma
18. Nelken-Bestvina Darja
19. Pajić-Pejčinović Mirjana
20. Permozer Snježana
21. Ptičar Romana
22. Radinković Herceg Anita
23. Razum Željko
24. Sajko Romina
25. Šišić Roberta
26. Todorčić Darija
27. Turek Kristina
28. Tušek-Lončarić Jasna
29. Uichita Gabriel-Nicusor

**GRUPA 20 ZAGREB**

Školska godina 2007/2008.

1. Ajduković Jasna
2. Bajer Domislović Vesna
3. Baković Branka
4. Čanadi Šimek Gordana
5. Čičak Bekić Tonkica

6. Ćorić-Čapo Stella
7. Drobňak Pušnik Lidija
8. Fistanić Indira
9. Foster Lidija
10. Galiot Pava
11. Hižman Biserka
12. Horvat-Điko Ljiljana
13. Jadrov Španja Helena
14. Jantoš Dahna
15. Jelaska Aida
16. Krajač-Čupić Alemka
17. Krčelić Damir
18. Lovnički Kontent Tajana Janja
19. Mustač Sanja
20. Ostojić Iris
21. Prostran-Kisić Snježana
22. Pušćenik Danko
23. Sučić Sanja
24. Valić Marjanac Nevena

**GRUPA 21 ZAGREB**

Školska godina 2007/2008.

1. Babić Mirna
2. Ban Toskić Nataša
3. Boltžar Anica
4. Brailo Nada
5. Cikač Silvija
6. Grgljajanić Đaković Zrinka
7. Hrvat Došen Nikolina
8. Ivković Snježana
9. Kudrna Ida
10. Mihalina-Bolfan Ivančica
11. Mišković Sandra
12. Mlikotić Davor
13. Nađ Ivanka
14. Perčulija Đurđević Svijetlana
15. Pranjic Marijana
16. Rogalo Blaženka
17. Tonković Aleksandar
18. Tučić Angelina
19. Tušek Snježana
20. Vogleš Margareta
21. Vukadinović Marko

**GRUPA 22 ZAGREB**

Školska godina 2008/2009.

1. Ban Jadranka
2. Belić Anica
3. Beroš Katija
4. Cecić-Sule Deana

5. Čilić Branislava
6. Georgiev Bruna
7. Glogar Hrvoje
8. Haramija Strbad Marija
9. Hušman-Miletić Vera
10. Ivanović Ružica
11. Janković Amila
12. Jurišić Nevenka
13. Kaučić Darija
14. Marušić Koralka
15. Mujkanović Esad
16. Pokrovac Ivan
17. Radočaj Marko
18. Rotim Silvija
19. Vidović Zvonar Lidija

**GRUPA 23 ZAGREB**

Školska godina 2008/2009.

1. Andraković Zlatna
2. Anić Martina
3. Bašić Marela
4. Bendeković Zvonimir
5. Brajković Meri
6. Brodarić Zvezdana
7. Dolušić Ivan
8. Domazet Danica
9. Hanževački Miroslav
10. Ivanišević Maja
11. Ivković Balja Tina
12. Jergović Ivan
13. Jezidžić Inga
14. Kveštak Kestrin
15. Malnar Mario
16. Meister-Babić Danijela
17. Novalija Denis
18. Pažur Maja-Ana
19. Slaviček Ljubica
20. Šimić Zvezdana

**GRUPA 24 ZAGREB**

Školska godina 2009/2010.

1. Bakaran Tatjana
2. Bašić-Marković Nina
3. Berkopić Margarita
4. Car Ines
5. Čurik Dario
6. Erceg Igor
7. Gojić Darko
8. Kaurinović Vlasta
9. Kovač Željko

10. Krišto Anita
11. Krpan-Krizmanić Karmen
12. Kružić Dženana
13. Kurc-Bionda Alma
14. Lizatović Jelena
15. Medić Sonja
16. Novak Đani
17. Posavčević Suzana
18. Povalec Jadranka
19. Sokić-Bigović Marija
20. Sučić Tatjana
21. Vladanović Sonja
22. Vojvodić Željko
23. Volf Alka

**GRUPA 25 ZAGREB**

Školska godina 2009/2010.

1. Bajza Arnea
2. Balajić Marija
3. Bonassin Karmela
4. Božić Kvaternik Gordana
5. Cikač-Gal Dubravka
6. Dujmović Jasmina
7. Fabrični Horvat Sladana
8. Host Kristina
9. Iličić Amila
10. Janković-Periša Višnja
11. Kifer Monika
12. Kostanjšek Diana
13. Lalić Ivana
14. Mataija Tina
15. Mehmedović Sanja
16. Melada Jasna
17. Momčilović Dejan
18. Novinščak Martina
19. Orsat John
20. Posavec Ana
21. Povoljnjak Framić Roberta
22. Prusac Jadranka
23. Randić Gomizelj Alida
24. Somodi Bernardica
25. Stojanović Alen
26. Tubić Nataša
27. Turkalj Nenad
28. Župan-Kovačić Sanja

**GRUPA 26 ZAGREB**

Školska godina 2010/2011.

1. Anić Pejić Danijela
2. Babić Ivana
3. Barlović Dino

4. Benčić Miro
5. Bifflin Heski Željka
6. Buljubašić Maja
7. Eržić Kristina
8. Hajdinjak Trstenjak Vlatka
9. Hure Miko
10. Jukić-Vojnić Irena
11. Jurina Ljubica
12. Kalšan Brkić Sanja
13. Karlovčan Ivana
14. Kolovrat Ankica
15. Kužić Terzić Danijela
16. Livaković Zrinka
17. Macokatić Lucija
18. Martinović Galijašević Senka
19. Miličić Marija
20. Mitrović Siniša
21. Mrljić Marinela
22. Ostojić Nataša
23. Paun Tanja
24. Pavlov Renata
25. Pivić Kata
26. Sorić Ana Marija
27. Spajić Jakešević Višnja
28. Suton Jadranka
29. Šegec Manuela
30. Škvorc Ivica
31. Topolovec Nižetić Vlatka

**GRUPA 27 SPLIT**

Školska godina 2010/2011.

1. Bago Krešimir
2. Benzon Tamara
3. Bilić Ivana
4. Bućan Smiljana
5. Delija Ita
6. Došen Janković Sanja
7. Džanko-Dragan Linda
8. Janjić Nina
9. Katić Vego Fani
10. Marasović Jakulica Marina
11. Martinović Čikara Sanja
12. Maslov Kružičević Silvija
13. Mitar Radeljak Duška
14. Ortoljo Pogorilić Edita
15. Šerić Nataša
16. Tudorić-Gemo Darija
17. Visković Ante
18. Žitko Žarko
19. Žužić Sanja

**GRUPA 28 ZAGREB**

Školska godina 2011/2012.

1. Andrašić Martina
2. Banjan Ana Marija
3. Brkić Marko
4. Ercegović Jasna
5. Gašpari Jagoda
6. Graff Gyugecz Karolina
7. Horvatić Andrea
8. Ivanda Ružica
9. Jaša Hermína
10. Jurčević Zora
11. Karabeg Vedran
12. Knežević Zdenka
13. Kosovec Suzana
14. Kovačić Tamara
15. Matić Sanja
16. Medić Boris
17. Mioč Katarina
18. Murgić Lucija
19. Parizoska Belović Biljana
20. Peček Vidaković Marijana
21. Poljski Kristina
22. Rački-Grubiša Dubravka
23. Sanković Ana
24. Smolković Ljiljana
25. Škrnički Kršek Sanja
26. Turek Vitturi Lidija
27. Vlašić Ana
28. Žagar Zrinka

Popis specijalizanata koji su imali završen proljediplomski studij:

1. Janja Čvorušić
2. Sunčaića Bardač-Zelić
3. Renata Ećimović- Nemarnik
4. Biserka Goričanec
5. Ksenija Kranjčević
6. Ružica Lauc
7. Ksenija Lozić
8. Marijan Merzel
9. Marija Petrović
10. Branka Rožić-Andel
11. Helena Šimurina
12. Stanislava Stojanović-Špehar



# MENTORI - VAŽNA KARIKA U IZVOĐENJU PROGRAMA SPECIJALIZACIJE IZ OBITELJSKE MEDICINE

## *MENTORS – IMPORTANT LINK IN THE EXECUTION OF THE PROGRAM OF SPECIALIZATION IN FAMILY MEDICINE*

Mladenka Vrcić Keglević, Hrvoje Tiljak

### Sažetak

Nakon dvanaestogodišnjeg prekida, 2003. godine je revitalizirana specijalizacija iz obiteljske medicine (OM) prihvaćanjem Projekta: «Usklađivanje obiteljske medicine s Europskim standardima uvođenjem obvezne specijalizacije». Svi liječnici OM, mlađi od 50 godina trebali su postati specijalisti. Pored planiranja kurikuluma, za tako velik broj liječnika potrebno je bilo i pomno planiranje nastavničkog kadra, uključujući i mentore. U radu je opisan način stvaranja mentorskog sustava koji je uključivao: pripremu Vodiča kroz specijalizaciju s edukativnim ciljevima, Priručnika za mentore, definiranje kriterija za izbor mentora, način odabira mentora, edukacija odabranih mentora, imenovanje mentora i njihovih ordinacija nastavnim bazama za izvođenje specijalizacije iz OM od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske..

U Aneksu ovom radu priložen je popis imenovanih mentora po županijama i prikazan abecednim redom. Neovisno jesu li bili ispitivači, observeri, mentorirali veći ili manji broj specijalizanata, doprinos svih njih napretku struke je višestruk. Stoga smo im mi organizatori Pojeka specijalizacije neizmjerljivo zahvalni jer bez njih on ne bi bio izvediv!!

**Ključne riječi:** obiteljska medicina, mentorski sustav, edukacija mentora, popis mentora, Hrvatska

### Summary

After 12 year interruption specialization in family medicine (FM) was revitalized in 2003 accepting the Project «Harmonisation of Croatian Family Medicine with the European Standards Introducing Speciality Training». All family physicians under 50 years of age should become specialists. Besides the planning the curriculum it was necessary to plan carefully the educational stuff, including mentors for such a big number of physicians. We described the mode of creation of the mentor system which included: preparation of guidelines through specialization with educational goals, textbook for mentors, definition of criteria for the selection of mentors, mode of mentor selection, education of selected mentors, promotion of mentors and their offices for teaching units in FM specialization performance by the Ministry of Health and Social Care of the Republic of Croatia.

List of selected mentors by counties in alphabetical order is in the annex to this article. Regardless their role, whether they were examiners, observers, mentors to larger or smaller number of specialty trainees their contribution was multiple. Therefore, we, the organizers of the Project of specialization are exceedingly grateful to all of them. Without them its execution would be impossible.

**Key words:** Family medicine, mentor system, mentor education, list of mentors, Croatia

## Uvod

Nakon više od dvanaestogodišnjeg prekida, velikim angažmanom sveukupne profesionalne i akademske zajednice obiteljske medicine (OM), 2003. godine je revitalizirana specijalizacija prihvaćanjem Projekta: "Usklađivanje obiteljske medicine s Europskim standardima uvođenjem obvezne specijalizacije"<sup>1,2</sup>. Osnovni cilj Projekta specijalizacije je bio da svi liječnici mlađi od 50 godine života koji rade u OM i u ugovornom su odnosu s HZZO-om postanu specijalisti do kraja trajanja Projekta, do 2015. godine. Katedra obiteljske medicine, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu smatrana je odgovornom za izvođenje Projekta. Među mnogim promjenama, došlo je i do promjena u Planu i programu specijalizacije, tako da je cjelokupni program specijalizacije trajao 3 godine (36 mjeseci), a sastojao se od tri dijela: poslijediplomskog specijalističkog studija (u trajanju od 7 mjeseci), rada na bolničkim odjelima, specijalističkim ambulancama i laboratorijima (u trajanju od 14,5 mjeseci), te jednogodišnjeg staža u uglednim ordinacijama OM pod vodstvom mentora<sup>3,4</sup>. Upravo zbog toga, najveći napor u sveukupnoj pripremi nastavnika uložen je u pripremu mentora i osnivanje mentorskog sustava. Višestruki su razlozi za to. Uloga mentora i mentorskog sustava u izvođenju dosadašnjeg nastavnog programa specijalizacije OM je bila više deklarativne nego praktične prirode, pa je općenito nedostajalo znanja i iskustva. Velik broj iskusnijih mentora je bio umirovljen tijekom dugogodišnje pauze u izvođenju specijalizacije. Osim toga, dolazak velikog broja specijalizanata, po 150 godišnje, zahtijevao je angažman i velikog broja mentora. U pripremi mentorskog sustava koristili smo se 25-godišnjim iskustvima u izvođenju međunarodnog tečaja „Training of teachers in GP/FM“ u Dubrovniku, ali i iskustvima drugih zemalja i dokumentima naših Europskih organizacija<sup>5,6,7</sup>.

U pripremi mentorskog sustava pripremljene su i izvedene ove aktivnosti: pripremljen je Vodič kroz specijalizaciju s edukativnim ciljevima,

Priručnik za mentore, definirani su kriteriji i sukladno njima odabrani su mentori, provedena je edukacija odabranih mentora, a Ministarstvo zdravstva socijalne skrbi je imenovalo mentore i njihove ordinacije nastavnim bazama za izvođenje specijalizacije iz OM.

## Vodič kroz specijalizaciju i edukativni ciljevi: Priručnik za nastavnike i specijalizante

Vodič kroz specijalizaciju je priručnik koji je namjenjen svim nastavnicima, uključujući i mentore, i specijalizantima, a služio je kao nit vodilja kroz cijeli plan i program specijalizacije. U njemu je naveden detaljan opis programa specijalizacije, znanja, vještine i stavovi, odnosno kompetencije koje specijalizant mora usvojiti tijekom specijalizantskog staža. Opisuju se načini izvođenja programa specijalizacije, te načini praćenja napretka specijalizanta i konačna evaluacija, odnosno kako će biti organiziran završni, specijalistički ispit. Sastoji iz nekoliko djelova. U prvom dijelu je navedena definicija struke OM koja se specijalizira s podacima o trajanju i programu i planu specijalizacije. U drugom dijelu nalazi se osnovni dokument Projekta, s izvedbenim programima specijalizacije: programi A, B i C, te uvjetima izbora i načinom izvođenja i financiranja pojedinog programa. U trećem dijelu opisan je i način praćenja napretka specijalizanta i način konačne evaluacije napretka, odnosno kako će biti organiziran završni, specijalistički ispit. U četvrtom dijelu Priručnika opisani su oni nastavni sadržaji koje je potrebno savladati tijekom specijalizacije. Oni su navedeni obliku ishoda učenja, kao kompetencije koje se moraju usvojiti tijekom nastavnog procesa na pojedinom dijelu specijalizantskog staža. U petom dijelu nalaze se prilozi: plan i program specijalizacije, priložen kao fotokopija Narodnih novina, nastavni plan i program poslijediplomskog specijalističkog studija, te detaljni opis metoda koje će biti primijenjena na završnom, specijalističko ipitu, s primjerima<sup>8</sup>.

## Priručnik za mentore

Osnovni cilj izrade priručnika za mentore je pružiti pomoć u ispunjenju zahtjevne uloge mentora, pomoći mu da stekne uvid u ono što ga očekuje za vrijeme trogodišnjeg vođenja specijalizanta. Priručnik se sastoji od nekoliko cjelina. Prvo, tu je prijedlog kriterija za izbor mentora, koji se sastoji od 3 grupe kriterija: one koje treba ispunjavati ordinacija kao nastavna praksa, kriteriji koje treba ispunjavati mentor kao liječnik i kriteriji koje treba ispunjavati mentor kao nastavnik<sup>9,10</sup>. Kažemo prijedlog jer se o kriterijima raspravljalo tijekom edukacije mentora, pa se pretpostavilo da će se možda promijeniti. U drugom dijelu su opisani zadaci mentora i edukativne aktivnosti koje mora poduzeti, kao i redoslijed tih aktivnosti tijekom trogodišnjeg vođenja specijalizanta. U trećem dijelu su opisane metode poučavanja specijalizanta, kao i metode evaluacije i procjena napretka specijalizanta. Priloženi su različiti obrasci na kojima se temelji evaluacija tijekom praktičnog dijela staža u mentorovoj ordinaciji. Tu su prvenstveno primjeri različitih dnevnika rada: dnevnik konzultacije u jednom danu, tjedni, mjesečni i tromjesečni dnevnik konzultacija u kojima specijalizant opisuje broj i vrstu konzultacija, te karakteristike bolesnika koji su došli na konzultaciju. Zatim su tu obrasci za procjenu karakteristika zdravstvenih problem zbog kojih su bolesnici došli na konzultaciju, te obrasci za procjenu uzroka zdravstvenih problema, primjena bio-psiho-socijalnog pristupa problemima bolesnika tipičnih za obiteljsku medicinu. Također je tu obrazac za procjenu bolesnikovog doživljaja bolesti kao primjer praktične primjene ideje o bolesniku-usmjerenoj skrbi, kao i upitnici o procjeni vještine vođenja konzultacije po Pendletonu i upitnik koji se primjenjuje na Sveučilišta South Carolina, te primjer obrasca procjene kliničkog postupka po Samuelu. Osnovna je ideja potaknuti mentora i specijalizanta na refleksiju o učinjenom, ili potaknuti specijalizanta i njegovog mentora da zajedno sjednu i konstruktivno evaluiraju praktične zadatke koje je specijalizant obavio.

U četvrtom dijelu se nalaze obrasci za pisanje završnog mišljenja o napretku specijalizanta kao i obrazac za ocjenu profesionalne osposobljenosti. Također se nalazi primjerak uputnice za obavljanje staža na bolničkim odjelima i specijalističkim ambulantomama, kao i primjer pisma koje će mentor uputiti kolegi, kliničkom mentoru. U petom dijelu se nalaze tekstovi o edukaciji mentora, trajnom usavršavanju, nastavnim metodama za koje smo pretpostavili da bi bilo dobro da ih mentor prouči<sup>11</sup>.

## Izbor mentora

Izbor mentora napravljen je na način da su, na temelju popisa HZZOa o ugovornim liječnicima, izdvojeni liječnici OM sa specijalističkim stažom dužim od 10 godina što je preduvjet za mentorstvo definiran Pravilnikom o specijalističkom obrazovanju zdravstvenih djelatnika<sup>12</sup>. Prva, preliminarna lista potencijalnih mentora je nastala na temelju popisa liječnika u ugovornom odnosu s HZZO-om koji s obzirom na dužinu specijalističkog staža iz OM ispunili osnovni kriterij izbora. Listu su anlažirali nastavnici Katedre obiteljske medicine, oni koji su u prethodnim programima specijalizacije bili mentori potencijalnim mentorima i dobro su ih poznavali. Pored osobnog utiska o profesionalnim i nastavničkim kompetencijama predloženih mentora vodilo se računa i o tome ispunjavaju li ili ne ispunjavaju unaprijed razrađene kriterije, kao i o njihovoj regionalnoj raspodjeli. Ta grupa kandidata je pozvana na edukaciju. Toj grupi mentora predočena je lista ostalih potencijalnih mentora s njihovog terena i zatraženo da daju svoje mišljenje. Ovaj postupak se ponavljao do izbora zadnje, 15-te grupe mentora. Ovakav izbor mentora, na temelju grupe nastavnika i na temelju prijedloga kolega koji ih najbolje poznaju, je bio garancija da će mentorski sustav biti kvalitetan.

## Edukacija mentora

Održani su dvodnevni tečajevi, workshopi, edukacije mentora, ukupno 15 tečajeva, s preko 220 polaznika. Kao i na drugim sličnim

tečajevima, obrađene su ove teme: zadaci mentora tijekom cjelokupnog specijalizantskog staža, a posebice tijekom staža u ordinaciji OM, pod vodstvom mentora, određivanje edukativnih potreba specijalizanta, metode poučavanja - "one-to-one teaching, učenje temeljeno na iskustvu, metode praćenja napretka specijalizanata, "mikro-teaching" - davanje povratnog odgovora, metode analize konzultacije, izrada završnih izvještaja, priprema specijalizanata za specijalistički ispit, izobrazba mentora u Europskim zemljama, te kontinuirana edukacija, licenciranje i relicenciranje mentora<sup>13,14,15</sup>. Na tečajevima su korištene aktivne metode poučavanja, a vrlo malo je korištena i metoda predavanja. Od aktivnih metoda to je prvenstveno bio rad u malim grupama na rješavanju konkretnog zadatka i problema, metoda igranja uloga u trokutu, i metoda mikrotičinga, video snimanja uloge mentora i specijalizanta uz naknadnu analizu<sup>16</sup>. Na završetku jednog tečaja, napravljena je evaluacija, rezultati su generalno gledano bili pozitivni, a sugestije o unapređenju nastave su ugrađivane u svaki naredni tečaj. Ovako obimni posao na edukaciji mentora bilo je moguće ostvariti zahvaljujući posebnoj novčanoj potpori Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi iz koje su bili pokriveni troškovi putovanja, smještaj i prehrana kandidata, dok su nastavnici cjelokupni posao odradili na volonterskoj osnovi.

### Imenovanje mentora

Nakon završene edukacije, svaki kandidata za mentora je ispunio i potpisao, za tu priku posebno priređen obrazac za imenovanje mentora. Obrazac je sadržavao razrađene kriterije za izbor mentora, a svaki kandidat-mentor je naveo osobne podatke iz kojih je bilo razvdno ispunjava li kriterijeima njegova ordinacija i ispunjava li on osobno kriteriji o stručnosti i nastavničkom iskustvu. Ispunjen i osobno potpisan obrazac i zamolbu, uz popratno pismo preporuke potpisano od strane pročelnika Katedre, upućeno je Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi. Nakon obrađene dokumentacije

svaki od mentora je dobio riješenje kojim je on osobno imenovan mentorom specijalizantima iz obiteljske medicine, a njegova ordinacija imenovana nastavnom bazom za izvođenje tog programa. Identično riješenje se čuva i u arhivi Katedre obiteljske medicine, Medicinskog fakulteta u Zagrebu, kao organizatora cjelokupnog Projekta specijalizacije.

### Trajna edukacija mentora

Svjescni da je za uspješan mentorski sustav potrebno trajno unapređenje kvalitete planirana je i trajno usavršavanje mentora<sup>17, 18</sup>. Usprkos planovima, trajna edukacija mentora je održavana u prvih nekoliko godina, najprije kao zasebni tečajevi temeljeni na učenju iz iskustva uz vrlo malo predavanja<sup>19</sup>. Naime, najčešće se raspravljalo o osobnim, specifičnim pozitivnim primjerima ili poteškoćama s izvođenjem pojedinih djelova specijalizantskog staža na način da bi se pronašlo najoptimalnije riješenje. Nastavljeno je sa skupovima mentora tijekom održavanja naših redovitih kongresa. Međutim, kako je slabio interes za specijalizacijom tako je slabio i interes mentora za bilo kojim oblikom trajnog usavršavanja. Osim toga, problem je predstavljao i nedostatak materijalnih sredstava za bilo koji oblik sustavne edukacije.

### Uspjesi i poteškoće mentorskog sustava

Sama činjenica da se pozivu na mentorstvo odazvalo više od 220 kolega, specijalista OM iz svih krajeva Hrvatske, predstavlja veliku uspjeh Projekta specijalizacije. Nije bilo niti jednog specijalizanta koji je imao poteškoće oko izbora mentora u svom lokalnom okruženju. Uspjeh je još veći kada se uzme u obzir da je rad mentora bio volonterski. Naime, niti pri razradi Projekta niti u kasnijim pokušajima se nisu uspjela pronaći sredstva namjenjena mentorima kao nagrada za njihov rad sa specijalizatima. Doduše, Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju su bila definirana

neka sredstva koje bi specijalizant (njegova radna organizacija) trebao uplatiti mentoru<sup>12</sup>. Međutim, mentori su svoj rad najčešće odrađivali volonterski jer su specijalizanti već ionako dio troškova pokrivali sami. Nadzor nad specijalizantskim stažom u bolnicama, i kada je mentor taj zadatak želio dosljedno sprovesti, nije bio lak. Naime, zbog nedostatka zamjenskih liječnika, dio specijalizanata je taj dio staža obavljao paralelno sa radom o vlastitim ordinacijama. Dešavalo se da se na isti način odvija i staž u mentorovoj ordinaciji, pa je mentoru jedino preostalo da edukativno nastoji postići što je moguće više u vrijeme kada je specijalizant bio s njim. U takvim otežavajućim okolnostima nije se ni razmišljalo o obustavi specijalizantskog staža. Vrlo rijetko je zamjećeno da su mentor i specijalizant u rodbinskom ili prijateljskom odnosu, ali je to najčešće rezultiralo i snažnijim angažmanom. Još rijede, svega u nekoliko slučajeva, došlo je do nepremostivih prepreka u odnosu mentora i specijalizanata što je rezultiralo zahtjevom za izborom novog mentora što je u suglasju s Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju. Iako je voditelj Projekta bio u stalnom kontaktu i na raspolaganju mentorima, čini se da je nedostatak sustavne koordinacije i nadzora mentorskog sustava naše najnegativnije iskustvo. Prepustiti mentora i specijalizanta da se snalaze sami ne bi smjelo biti način na koji se provodi jedna sustavna edukacija. Stoga bi i ovaj dio nastavnog plana i programa trebao biti jasno razrađen, osigurana ljudska i materijalna sredstva kao što su bila osigurana za druge elemente Projekta specijalizacije.

## Zaključak

Iz relativno sažetog opisa je razvidno da je razvoj mentorskog sustava veoma zahtjevan i odgovoran posao koji treba biti sustavno riješen kao svi ostali djelovi nastavnog plana i programa specijalizacije. Bez obzira na poteškoće i nedorečenosti 761 specijalizant je završio ili će uskoro završiti specijalizaciju iz OM zahvaljujući i mentorskom

sustavu. U Aneksu ovom članku se nalazi popis imenovanih mentora po županijama i prikazanih abecednim redom. Posebno su označeni mentori koji su sudjelovali u izvođenju praktičnog dijela specijalističkog ispita (OSKI). Neovisno je su li bili ispitivači, observeri, mentorirali veći ili manji broj specijalizanata, doprinos svih njih napretku struke je višestruk. Stoga smo im mi organizatori Projekta specijalizacije neizmerno zahvalni jer bez njih on ne bi bio izvediv!!

## Literatura

1. Projekt usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s Europskim standardima. *Medicina Familiaris Croatica*. 2003;11:65-71.
2. Vrcić Keglević M, Šimunović R. Projekt specijalizacije: neka praktična iskustva. *Medicina Familiaris Croatica*. 2006;14:32-4.
3. Vrcić-Keglević M, Tiljak H, Kašuba Lazić Đ, Petriček G, Soldo D, i sur. Specijalistički ispit iz obiteljske medicine: teorijski okvir i iskustva u pripremi i izvođenju. *Medix* 2011;17(94-95):192-7.
4. Vrcić-Keglević M, Katić M, Tiljak H, Lazić Đ, Cerovečki-Nekić V, Petriček G, i sur. Specijalizacija iz obiteljske medicine. Je li ostvareno ono što je planirano? *Acta Med Croatica*. 2007;61:95-100.
5. Jakšić Ž, Vrcić Keglević M, editors. 20 years of training of teachers in general/family practice. What we have learned. Memories, experiences, reflections. Zagreb: Medical School,
1. University of Zagreb, "A. Štampar School of Public Health; 2002.
6. UEMO 2003 Declaration on Specific Training in General Practice/Family Medicine in Europe. Stockholm: UEMO, 2003. Dostupno na: <http://www.uemo.eu/uemo-policy/107.html>
7. Heyrman JE, Spreeuwenbergh C, editors. Vocational training in general practice. Proceedings of a Workshop. 15-18 October 1987. Bart Ramarkes. Nieuwugen: New Leeuwenhorst Group; 1987.
8. Vrcić-Keglević M. Vodič kroz specijalizaciju i edukativni ciljevi. Zagreb: Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2003. Str. 5-11.

9. EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu; EURACT; 2002. Dostupno na: <http://www.euract.eu/archive/finish/20-others/99-euract-statement-on-selection-of-trainers-and-teaching-practices-for-specific-training-in-general-practice>
10. UEMO. Criteria for general practitioner trainers. U: Kennedy TE, editor.. European Union of General Practitioners Reference Book 1997/98 (UEMO). London: Kensington Publication and UEMO; 1999. Str. 17-8.
11. Vrcić-Keglević M. Priručnik za mentore. Zagreb: Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2003.
12. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika. Narodne novine. (33);1994, (53);1998, (64);1998, (97);1999, (84);2001.
13. Jakšić Ž, Pokrajac N, Šmalcelj A, Vrcić-Keglević M. Umijeće medicinske nastave. Zagreb: Medicinska naklada; 2005. Str. 114-9.
14. McEvoy P. Educating the future GP. The course organizer's handbook. Abington, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 1993.
15. Dent JA, Harden RM, editors. A practical guide for medical teachers. Edinburg: Churchill Livingstone; 2001.
16. dos Santos I, Allen J. Teachers and trainers in general practice- attributes and learning areas. Tartu: EURACT Council; 1993. Dostupno na: <http://www.euract.eu/archive/finish/20-others/188-teachers-and-trainers-in-general-practice-attributes-and-learning-areas-euract-1995>
17. Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice. Recommendation to regions for the establishment of criteria for the approval and pre-approval of the trainers in general practice. London: Royal College of General Practitioners; 1985.
18. Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34. Teaching in the clinical environment. Med Teach. 2008;30:347:64.
19. Shön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic books; 1883.

## Popis imenovanih mentora

(riješenoje Ministarstva zdravstva)  
PO ŽUPANIJAMA (abecednim redom)

### GRAD ZAGREB

**Marija Babić**, Vrbanićeva 6, 10000 Zagreb,  
tel. 01 46 49 654, tel. 01 46 35 190

**Biserka Bergman-Marković**, Ordinacija opće medicine, Albaharijeva bb, 10000 Zagreb,  
tel. 01 3839 145

**Sanja Blažeković-Milaković**, Ordinacija opće medicine, Nova cesta 85<sup>a</sup>, 10000 Zagreb,  
tel. 01 3820 905

**Cindrić Jasna** – Observer na OSKI ispitima, Bernarda Vukasa 53, 10000 Zagreb, tel/fax. 01 3832 338

**Mirjana Čop-Katunar**, Vrabečak 4, 10000 Zagreb,  
01 3457 852, 091 5230 850

**Božena Dumančić**, Ordinacija opće medicine, Tuškanac 23, 10000 Zagreb,  
tel. 01 4834 366, 098 1923 900

**Vanja Gojak-Marjanović**, Ksaverska cesta 109, 10000 Zagreb, tel. 01 467 39 39

**Darko Gorajščan**, Ordinacija opće medicine, Zvonigradska bb, 10000 Zagreb, tel. 01 3014 582,  
tel. 01 369 7744

**Mirjana Gorajščan**, Ordinacija opće medicine, Nova cesta 85<sup>a</sup>, 10000 Zagreb, tel. 01 3820 904

**Ljiljanka Jurković** – Observer na OSKI ispitima, S.Planica 10, 10000 Zagreb, tel. 01 660 0682 – amb.tel. [ljiljanka.jurkovic@zg.htnet.hr](mailto:ljiljanka.jurkovic@zg.htnet.hr)

**Kata Karačić** – Observer na OSKI ispitima, Ordinacija opće medicine, Martićeva 63a, 10000 Zagreb,  
tel. 01 4641 359

**Milica Katić**, Ordinacija opće medicine, Kauzlarićev prilaz 7, 10000 Zagreb, tel. 01 6670 740,  
[mkatic@snz.hr](mailto:mkatic@snz.hr)

**Vesna Kos**, Ordinacija opće medicine, Ivanićgradska 38, 10000 Zagreb, tel. 01 2442 174; 091 7688 727,  
[vesnakos.dr@zg.t-com.hr](mailto:vesnakos.dr@zg.t-com.hr)

**Neda Kršek**, Ordinacija opće medicine, Runjaninova 4, 10000 Zagreb, 01 4897 612, 098 1712 405

**Suzana Kumbrija** – Observer na OSKI ispitima, Ordinacija opće medicine, Albaharijeva bb, 10000 Zagreb, tel. 01 3838 781; [suzana.kumbrija@zg.t-com.hr](mailto:suzana.kumbrija@zg.t-com.hr)

**Mirjana Lacmanović**, Stupnička 14, 10000 Zagreb,  
tel. 01 2950 754, 01 619 1167

**Durdica Lazić**, Ordinacija opće medicine,  
Karamanov prilaz 4, 10000 Zagreb, tel. 01 6674 391

**Željka Letica**, Ordinacija opće medicine, Kamenita 15,  
10000 Zagreb, tel. 01 4851 703

**Ljiljana Lulić-Karapetrić** – Observer na OSKI  
ispitima, Ordinacija opće medicine, Vrapčanska 166,  
10000 Zagreb, tel. 01 3487 726,  
tel. 01 6224182, 098 301 812

**Gordana Marijić** – Observer na OSKI ispitima,  
Ordinacija opće medicine, Prilaz baruna Filipovića 11,  
10000 Zagreb, ordin.gordana.marijic@zg.htnet.hr,  
tel. 01 3906 163

**Vlasta Nemet-Krznarić**, Ordinacija opće medicine,  
Runjaninova 4, 10000 Zagreb, 01 4897 612,  
091 5467 310

**Maja Pehar**, B. Bernarda 8, 10000 Zagreb,  
01 2960 428, 01 363 7269, 091 598 9670

**Jadranka Pekas-Ostović** – Observer na OSKI  
ispitima, Botinec, Zlatareva zlata 65a, 10020 Zagreb,  
10000 Zagreb, tel. 01 6545 904 - amb.

**Ljiljana Pernar** – Observer na OSKI ispitima,  
Ordinacija opće medicine, Klaićeva 44, 10000 Zagreb,  
tel. 01 3775 196

**Brankica Peša** – Observer na OSKI ispitima,  
Ordinacija opće medicine, Vrapčanska 166, 10000  
Zagreb, tel. 01 34 87 726

**Vesna Plešić** – Observer na OSKI ispitima, Zapruđe,  
Trg I.Meštrovića 16, 10000 Zagreb, tel. 01 6674 569

**Slava Posenjak Pavišić** – Observer na OSKI ispitima,  
Prečko 2, 10000 Zagreb, tel. 01 3883 024

**Vesna Potočki-Rukavina** – Observer na OSKI  
ispitima, Jarun, H.Macanovića 2, 10000 Zagreb,  
tel. 01 3630 067

**Vesna Rančić-Meštrov** – Observer na OSKI ispitima,  
Grižanska 4, 10000 Zagreb, tel. 01 2995 390,  
fax. 01 233 748

**Lada Ribarić-Klarić** – Observer na OSKI ispitima,  
Ordinacija opće medicine, Isce 13°, 10000 Zagreb,  
tel. 01 4645 020

**Krunoslav Soldo**, F. Vrančića 8, 10000 Zagreb,  
tel. 01 2995 313

**Vesna Srdić-Briški** – Observer na OSKI ispitima,  
Ordinacija opće medicine, Kosa bb, 10000 Zagreb,  
tel. 01 2340 515

**Željka Svatović-Blažević**, Ordinacija opće medicine,  
Zdravstvena stanica "ZET-a", Ozaljska 105,  
10000 Zagreb, tel. 01 3651 522

**Hrvoje Tiljak**, Ordinacija opće medicine, Karamanov  
prilaz 4, 10000 Zagreb, tel. 01 6674 391, httiljak@snz.hr

**Vesna Tubin-Cota** – Observer na OSKI ispitima,  
Ordinacija opće medicine, Klaićeva 44, 10000 Zagreb,  
tel. 01 3775 580

**Nevenka Vinter-Repalust** – Observer na OSKI  
ispitima, Hrgovići 61, 10000 Zagreb, tel. 01 6195 175;  
6195-143, vinter\_repalust\_nevenka@yahoo.com

**Mladenka Vrcić-Keglević**, Ordinacija opće medicine,  
Karamanov prilaz 4, 10000 Zagreb, tel. 01 6674 391,  
mvrcic@snz.hr

**Sonja Vrčić-Vikić**, Ordinacija opće medicine, Nova  
cesta 85<sup>a</sup>, 10000 Zagreb, tel. 01 3820 904

**Tanja Vucelić** – Observer na OSKI ispitima, DZ  
Studenata, Trg žrtava fašizma 10, 10000 Zagreb,  
tel. 01 4603600; 098 213 100, tanja.vucelic@hinet.hr

## ZAGREBAČKA ŽUPANIJA

**Ines Balint** – Observer na OSKI ispitima, Ordinacija  
opće medicine, Kralja Tomislava 3, 10434 Strmec  
Samoborski, 01 3385 390, ines.balint@zg.htnet.hr

**Dinka Blaić**, P.Lončara 1, 10290 Zaprešić,  
tel. 01 3392 807

**Štefica Kamenarić-Filipović**, Gajeva 52, 10380 Sv.  
Ivan Zelina, 01 2060 043, 098 230 510,  
01 2000 358 – ord.

**Marijana Kos-Nemec**, Ordinacija opće medicine,  
Kumrovečka 107, 10294 Donja Pušća,  
tel. 01 3310 335, marijana.kos@zg.htnet.hr

**Slavko Lovasić**, Ordinacija obiteljske medicine,  
Gajeva 37, 10430 Samobor, Tel: 01 3330 772

**Marija Vrca Botica**, Bijenička 29, 10000 Zagreb,  
tel. 01 4680 933

## KRAPINSKO-ZAGORSKA ŽUPANIJA

**Nada Dogan**, Ordinacija opće medicine, Viktora  
Šipeka 16, 49244 Stubičke Toplice, tel. 049 282 751,  
098 460 376

**Branko Fotivec**, Ordinacija opće medicine, Ljudevita  
Gaja 13/2, 49210 Zabok, branko.fotivec@kr.tel.hr, tel.  
049 213 965, 098 378 965

**Ranko Miholić**, Ordinacija opće medicine, Mače 89,  
49251 Mače, tel. 049 466 810, fax. 049 501 117.  
tel. 049 467 287

**Gordana Prljević** – Observer na OSKI ispitima, Ordinacija opće medicine, A.Mihanovića 3, 49217 Krapinske Toplice, 049 234 030, gordana.prljević@zg.htnet.hr

## SISAČKO-MOSLAVAČKA ŽUPANIJA

**Dubravka Domjanić-Vesel**, Ordinacija opće medicine, F. Hefelea 10, 44000 Sisak, tel. 044 540 093

**Ena Grbić**, Ordinacija opće medicine, Braće Kavurić bb, 44000 Sisak, tel. 044 537 103

**Dinka Jurišić**, Nežićeva 2D, 10000 Zagreb, Žažina 116 ord. tel. 044 752 185 – ord. 091 570 98 46

**Tihana Kraljičković**, Ordinacija opće medicine, Zagrebačka 77a, 44272 Lekenik, tel. 044 772 655, 098 316 144

**Marina Lokner**, Hrvatskih branitelja bb, Mošćenica, 44253 Petrinja, 044 815 755 098 220 406, fax. 044 815 455

## KARLOVAČKA ŽUPANIJA

**Josip Janeš**, Haulikova 12, 47000 Karlovac, 047 611 744, 098 247 395

**Snježana Jurčević**, G.Krkleca 2, 47000 Karlovac, 047/431 595, ordinacija-jurcevic@ka.htnet.hr

**Renata Miškulin**, Ordinacija opće medicine, D.Domjanića 19, 47000 Karlovac, tel. 047 413 307

**Blaženka Polović**, Ordinacija opće medicine, Izidora Kršnjavoga 1, 47000 Karlovac, tel. 047 654 760

**Mirica Rapić** – Observer na OSKI ispitima, Tuškanova 2, 47000 Karlovac, tel. 047 654 760 – amb. mirica.rapic@ka.htnet.hr

**Damir Šnidarić**, Ordinacija opće medicine, 47000 Karlovac, Kućna: Gandijeva 9, 10000 Zagreb, tel. 047 844 198 – posao, tel. 01 3453 444

## VARAŽDINSKA ŽUPANIJA

**Jasminka Grgurović**, M.Krleže 1, 42000 Varaždin, 042 213 271, 042 398 562, 091 540 7757

**Đurđa Hren-Obranić**, Ordinacija opće medicine, Zagrebačka 19, 42000 Varaždin, tel. 042 213 536, tel. 042 214 909, 091 214 9099

**Marija Kolačko**, Ljudevita Gaja 3, 42253 Bednja, 042 792 800, 042 796 277

**Štefanija Kukec**, Trg A.Mihanovića 1, 42223 Varaždinske Toplice, 042 633 555, 042 633 477, 098 284848

**Ruža Matić-Radiković**, Ordinacija opće medicine, Vinogradska 1, 42230 Ludbreg, tel. 042 819 349

**Vesna Oskoruš**, Ordinacija opće medicine, Male Ledine 1, 42202 Trnovec Bartolovečki, tel. 042 684 084, tel. 042 683 101

**Stjepan Radiković**, Ordinacija opće medicine, Vinogradska 1, 42230 Ludbreg, tel. 042 819 496

**Jasminka Tkalec**, Trg B.Radić bb, 42203 Jalžabet, 042 647 091-posao, 042 206 333 – doma, 042 206 308 – fax.

## KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA ŽUPANIJA

**Željko Bakar** – Observer na OSKI ispitima, Ordinacija opće medicine, Predavec 5, 48214 Sv.Ivan Žabno, tel. 048 851 048, tel. 048 211067, 091 510 5783, fax. 048 211 069, zeljko.bakar@kc.htnet.hr

**Vedrana Erceg-Vrabc**, Stjepana Kukeca 28, 48000 Koprivnica, tel. 048 642 640, tel. 048 626 288

**Miroslav Samovojska**, Ordinacija opće medicine, Trg S.Radića 13, 48269 Kalnik, tel. 048 857 094

**Vlasta Šubarić**, Ordinacija opće medicine, Trg kralja Tomislava 3, 48322 Drnje, tel. 048 831 300

## BJELOVARSKO-BILOGORSKA ŽUPANIJA

**Gordana Knežević-Miličić**, Ordinacija opće medicine, Mihanovićeva 8, 43000 Bjelovar, tel. 043 279 135

**Josip Lončar**, Ordinacija opće medicine, Srijemska ulica 1, 43000 Bjelovar, tel. 043 214 781, 098 240 418

**Marijan Lukić**, Dom zdravlja Grubišno Polje, Braće Radić 1, 43290 Grubišno Polje, tel. 043 485 053, oom.marijan.lukic@bj.htnet.hr

## MEĐIMURSKA ŽUPANIJA

**Verica Grkavec**, Ordinacija opće medicine, I.G. Kovačića 1e, 40000 Čakovec, tel. 040 312 440, tel. 01 2060 960 – doma

**Brigita Haubrich Hrandek**, I.G.Kovačića 1e, 40000 Čakovec, 091 5457 297, 040 312 120, 042 231 111

**Nevenka Krčmar**, Koče Racina 1, 40000 Čakovec, tel. 040 310 599, tel. 040 311 914, tel. 040 395 646, nevenka.krčmar@ca.htnet.hr

**Ksenija Mesarić**, Ordinacija opće medicine, Štrigova 87, 40312 Štrigova, tel. 040 851 010, vladimir.mesaric1@ck.htnet.hr



**VIROVITIČKO-PODRAVSKA ŽUPANIJA**

**Željka Perić**, Školska 1, 33513 Zdenci,  
tel. 033 646 075

**Danijela Rešetar**, Ordinacija opće medicine, Bana  
Jelačića 33, 33520 Slatina, tel. 033 552 993,  
tel. 033 553 008, tel. 033 552 732 – kuća

**Vesna Turk Štrajtenberger**, Ordinacija opće  
medicine, Ljudevita Gaja 6, 33520 Slatina,  
tel. 033 400 471

**Danica Voščak**, Ordinacija opće medicine, Ljudevita  
Gaja 21, 33000 Virovitica, tel. 033 721 150

**POŽEŠKO-SLAVONSKA ŽUPANIJA**

**Vesna Kolarić**, Ordinacija opće medicine,  
34310 Pleternica, tel. 034 311 077, 098 362 515

**Krešimir Milinčević**, Bolnička 16, 34550 Pakrac,  
tel. 034 412 190 – kuća, tel. 034 411 836, 098 909 4251

**Mirjana Perić**, Ordinacija opće medicine, Majstorska  
bb, 34334 Kaptol, tel. 034 233 950, tel. 034 233 613

**Rajka Šimunović** – Observer na OSKI ispitima,  
Ordinacija opće medicine, A.Kanižlića 12,  
34000 Požega, tel. 034 271 494, tel. 034 275 186,  
branko.simunovic1@po.t-com.hr

**BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA**

**Ružica Brešić-Pudar**, Naselje A.Hebranga V/28,  
35000 Slavonski Brod, tel. 035 409 830,  
tel. 035 451 180 – kuća, 098 9612 283

**Josip Buljan** – Observer na OSKI ispitima, Ordinacija  
opće medicine, Vladimira Nazora 5, 35221 Velika  
Kopanica, tel. 035 477 193, tel. 035 477 705,  
josip.buljan@sb.htnet.hr

**Dinko Novaković**, Ordinacija opće medicine, V.Bečića  
bb, 35250 Oriovac, tel. 035 431 014,  
tel. 035 431 134, 099 523 926

**Marijana Panijan-Romić**, Ordinacija opće medicine,  
Strossmayerova 17, 35400 Nova Gradiška,  
tel. 035 333 081, tel. 035 363 924, fax. 035 324 032

**Snježana Pinčar**, I.Kukuljevića 3, 35000 Slavonski  
Brod, tel. 035 449 042, tel. 035 401 510

**Slavica Stojadinović-Grgurević**, Ante Starčevića 40,  
35000 Slavonski Brod, 035 447 033,  
ord.slavica@inet.hr

**Zlata Šarić**, Ordinacija opće medicine, Strossmayerova  
17, 35400 Nova Gradiška, tel. 035 333 060,  
zsaric@sb.htnet.hr

**OSJEČKO-BARANJSKA ŽUPANIJA**

**Dražen Arnold**, Ordinacija opće medicine, Školska bb,  
31431 Čepin, tel. 031 380 566

**Zdravko Ebling**, DZ Osijek, Park K.Krešimira IV 6,  
31000 Osijek, tel. 031 225 357,  
zdravko.ebling@os.tel.hr

**Branka Franjić**, Ordinacija opće medicine, Školska 2,  
31215 Ernestinovo, tel. 031 270 221

**Krešimir Galić**, Ordinacija opće medicine, Republike  
112, 31208 Petrijevci, tel. 031 395 685, 098 338 668

**Rudika Gmajnić**, DZ Osijek, Park K.Krešimira IV 6,  
31000 Osijek, tel. 031 225 400, rudika.gmajnic@os.t-  
com.hr

**Blaženka Gregorić**, Ordinacija opće medicine, Kralja  
P.Krešimira IV 4, 31550 Valpovo, tel. 031 650 704

**Vesna Ilić-Samardžić**, Ordinacija opće medicine, Park  
Kralja P.Krešimira IV 6, 3100 Osijek,  
tel. 031 225 356, tel. 031 225 433

**Anka Kapraljević**, Ordinacija opće medicine, Bana  
Jelačića 6, 31500 Našice, 031 615 675, 098 458 830

**Perica Kovač**, I.Meštrovića 34, 31411 Trnava, tel. 031  
863 114, tel. 031 863 260, tel. 031 814 570,  
091 792 3549

**Zvonimir Kovač**, Ordinacija opće medicine, Braće  
Radića bb, 31216 Antunovac, tel. 031 278 008

**Branka Kukić**, Bračka 136, 31000 Osijek,  
tel. 031 373 490, tel. 031 505 595 - kuća

**Marin Marinčić**, Ordinacija opće medicine, Drinska 8,  
31000 Osijek, tel. 031 272 762, 091 253 4664

**Jasna Nagyszombaty-Šarić**, Ordinacija opće  
medicine, Tvornička 5, 31000 Osijek,  
tel. 031 512 596, tel. 031 515 277

**Boguslawa Pikulska-Pervan**, Specijalistička  
ordinacija opće medicine, Zagorska 4, 31221  
Josipovac, tel. 031 356 011, tel. 031 304 410

**Lidija Prlić**, DZ Osijek, Park K.Krešimira IV 6, 31000  
Osijek, tel. 031 225 453, lidija.prlic@os.htnet.hr

**Tomislav PrUS**, Ordinacija opće medicine, Školska bb,  
31431 Čepin, tel. 031 381 900

**Ana Liović Umiljanović**, Kralja Zvonimira 4, 31500  
Našice, 031 613 023, 098 190 2400

**Branko Vakanjac**, Matije Gupca 11, 31000 Osijek,  
tel. 031 505 200, tel. 031 383 484

**Palma Vojnović**, Kralja P.Krešimira IV 4, 31550  
Valpovo, tel. 031 650 705, tel. 031 272 578

**VUKOVARSKO-SRIJEMSKA ŽUPANIJA**

**Ljiljana Baričević**, H.D.Genschera 18B, 32100 Vinkovci, tel. 032 308 531, tel. 032 354 072

**Katica Drobnjak**, Ordinacija opće medicine, Kralja Zvonimira 53, 32100 Vinkovci, tel. 032 308 554

**Lucija Jakelic**, Ordinacija opće medicine, M.Gupca 2, 32241 Stari Mikanovci, tel. 032 210 352, 098 348 910, lucija.jakelic@vk.htnet.hr

**Slavica Pančić**, Ordinacija opće medicine, Sajmište 1, 32000 Vukovar, tel. 032 413 391, tel. 032 413 393, dom.zdravlja.vukovar@vk.htnet.hr

**PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA**

**Zdenka Baričev-Novaković**, DZ Rijeka, Kućna: Školjići 10, 51000 Rijeka, tel. 051 651 609 – posao, tel. 051 215 031 – kuća

**Zrinka Bradičić-Vivoda**, Ordinacija opće medicine, Branka Blečića 2, 51000 Rijeka, tel. 051 672 126, tel. 051 22 66 40

**Leonardo Bukmir**, Corrado Iliassich 19, 51000 Rijeka, tel. 051 227 148 – kuća, 098 327 270

**Alemka Čajkovski**, Ordinacija opće medicine, Glavani 89<sup>a</sup>, 51221 Glavani, tel. 051 288 930

**Ines Diminić-Lisica**, DZ Rijeka, Krešimirova 52, 51000 Rijeka, tel. 051 651 611, ines.diminic@medri.hr

**Lidija Gović-Golčić**, Ordinacija opće medicine, Laginjina 22, 51000 Rijeka, tel. 051 516 308, 098 937 2997, tel. 051 226 819

**Zdravko Grgurev**, DZ Opatija, Stube V.Ekl 1, tel. 051 271 536, fax. 051 224 783 -kuća, dz-opatija@ri.htnet.hr

**Ranka Hoić**, Ordinacija opće medicine, Laginjina 22, 51000 Rijeka, tel. 051 511 081

**Asja Kaštelan-Grginović**, Ordinacija opće medicine, Martina Kontuša 18, 51000 Rijeka, tel. 051 455 032

**Vesna Kraljić-Sužberić**, Ordinacija opće medicine, Martina Kontuša 18, 51000 Rijeka, tel. 051 455 037, tel. 051 421 210

**Petar Matijašević**, Ordinacija opće medicine, Laginjina 22, 51000 Rijeka, tel. 051 513 422

**Branko Popović**, Varljenska cesta 16, 51410 Opatija, 051 701 260, 051 741 074, ordinacija-popovic@ri.htnet.hr

**Zdenka Ruso**, Ordinacija opće medicine, Blanka Blečića 2, 51000 Rijeka, tel. 051 672 657, tel. 051 630, srecko.ruso@ri.tel.hr

**Biserka Svetić-Rubeša**, Ordinacija opće medicine, Klana 213, 51217 Klana, tel. 051 808 203, fax. 051 506 097

**Katica Vučemil**, Ordinacija opće medicine, Zametska 63, 51000 Rijeka, tel. 051 631 082, 051 631 728

**ISTARSKA ŽUPANIJA**

**Vlado Bjelajac**, Vrsarska 7, 52210 Rovinj, 052 815 312, 052 840 228 – fax., vlado.bjelajac@pu.htnet.hr

**Vilma Damjanović-Špirić**, Ordinacija opće medicine, Žrtava fašizma 24, 52470 Umag

**Sonja Jauk-Vrandečić**, Dom zdravlja Poreč, M.Gioseffia 2, 52440 Poreč, tel. 052 453 206

**Vlasta Lorencin-Petrović**, Ordinacija opće medicine, Flanatička 27, 52100 Pula, vlasta.lorencin-petrovic@pu.tel.hr, ordinacija-opce-medicine@pu.htnet.hr, tel. 052 576 903, tel. 052 222 772

**Eris Materljan**, Dom zdravlja Labin, Svetog Mikule 2, 52220 Labin, eris.materljan@pu.tel.hr, 052 855 333 kućni 112

**Bruno Mazzi**, DZ Rovinj, Istarska bb, 52220 Rovinj, tel. 052 813 513, tel. 052 846 494, dz-rovinj@pu.htnet.hr

**Danica Sredanović**, Dom zdravlja Poreč, M.Gioseffia 2, 52440 Poreč, tel. 052 451 611 kućni 141

**ZADARSKA ŽUPANIJA**

**Anica Bašić**, Ordinacija opće medicine, Ričine, Put Kotlara bb, 23000 Zadar, tel. 023 315 381, 098 331 080, ancibasic@yahoo.com

**Ljiljana Klarin**, Ord.opće medicine, Sukošan 3, 23206 Sukošan, tel. 023 394 080, 098 331 156, tel. 023 324 164

**Branka Pekić-Jurišić**, Nin bb, 23232 Nin, tel. 023 265 031, tel. 023 264 068 – kuća, 098 900 4344

**Sofija Roncar**, Ordinacija opće medicine, Molatska 11, 23000 Zadar, tel. 023 314 229, 098 273 003

**Dunja Surić**, Ordinacija opće medicine, Put Šimunova 7, 23000 Zadar, tel. 023 231 307

**Ivan Šupraha**, Prosika bb, 23250 Pag, 023 611 957, 098 332 487

**ŠIBENSKO-KNINSKA ŽUPANIJA**

**Zlata Belak**, Ordinacija opće medicine, Stjepana Radića 83, 22000 Šibenik, 098 336 812, tel. 022 333 152

**Durdica Cigić**, Ordinacija opće medicine, Draga bb, 22000 Šibenik, tel. 022 216 020, tel. 022 216 065 – kuća

**Jadranka Giljanović-Perak**, Ordinacija opće medicine, Stjepana Radića 83, 22000 Šibenik, tel. 022 212 677, tomlav.perak@si.htnet.hr, tel. 022 215 055, 091 524 0606

**Jelena Tomašić**, Ordinacija opće medicine, Stjepana Radića 46, 22000 Šibenik, tel. 022 333 152

## SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA

**Julijana Aljinović**, Ordinacija opće medicine, Put vila 4, Brodosplit, 21000 Split, tel. 021 392 181

**Ivna Bego-Radanović**, Šime Ljubića 7, 21000 Split, tel. 021 463 293

**Mirjana Bilić**, Ordinacija opće medicine, Sv. Josipa 2, 21311 Stobreč, tel. 021 324 833, tel. 021 219 383

**Ivana Boban**, Ordinacija opće medicine, Mažuranićevo šetalište 5, 21000 Split, tel. 021 485 622, tel. 021 485 618

**Silvana Boban**, Ordinacija opće medicine, Smiljanića 10a, 21216 Kaštel Stari, tel. 021 230 708

**Henri Bonković**, Ordinacija opće medicine, Š. Vuković 5, 21204 Dugopolje, tel. 021 655 911

**Senka Čudina**, Ordinacija opće medicine, Jadranska 14, 21315 Dugi Rat, tel. 021 734 564, 098 361 477

**Elza Čurčić**, Ordinacija opće medicine, Trg Svete Justine 7, 20260 Korčula, tel. 020 711 137, tel/fax. 020 711 913

**Nada Džopalić-Cvjetanović**, Ordinacija opće medicine, 21405 Milna otok Brač, tel. 021 636 109, 098 314 339

**Slavica Gabelica**, Ordinacija opće medicine, Svetog Josipa 26, 21311 Stobreč, tel. 021 862 035

**Mirjana Grga**, Ordinacija opće medicine, Hrvatskih žrtava 104, 21220 Trogir, tel. 021 885 900

**Irina Grginović-Aralica**, Ordinacija opće medicine, Odakova 8, 21000 Split, tel. 021 526 533

**Marica Grgurević**, Ordinacija opće medicine, Matoševa 2, 21000 Split, tel. 021 385 511

**Gordana Kovač Prenc**, Hercegovačka 40, 21000 Split, tel. 021 506 648

**Slavica Kovačević-Bjelajac**, Ordinacija opće medicine, Šibenska 3, 21000 Split, tel. 021 569 688, bjelajac@mapmf.pmfst.hr

**Sofija Milišić**, DZ Solin, Dr.M.Žižića 6, 21210 Solin, tel. 021 210 655, fax. 021 217 163

**Tanja Pavić**, Ordinacija opće medicine, Ramska bb, 21230 Sinj, tel. 021 821 700

**Ivančica Pavličević**, Ordinacija opće medicine, R.Boškovića 24, 21000 Split, tel. 021 475 204

**Dragomir Petric**, Ordinacija opće medicine, Sućidar 79, 21000 Split, tel. 021 568 694, tel. 021 568 69, dragomir.petric@st.htnet.hr

**Marin Rojnica**, Ordinacija opće medicine, 21465 Jelsa, otok Hvar, tel. 021 762 067, tel. 021 761 310 – doma, 091 211 6110

**Jadranka Sekovska**, Doverska 2, 21000 Split, tel. 021 458 836, tel. 021 468 010

**Elvira Smoje**, Zoranićeva 8, 21000 Split, tel. 021 346 976 – kući, tel. 021 506 642 – posao, elvira.smoje@st.htnet.hr

**Marijo Šarić**, Ordinacija opće medicine, S. Ivičevića 2, 21300 Makarska, tel. 021 616 266, tel. 021 623 012, 098 389 029

**Ivanka Širić**, Ordinacija opće medicine, Ramska bb, 21230 Sinj, tel. 021 821 700

## DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA

**Ivan Barbir**, Ordinacija opće medicine, Zagrebačka 3, 20355 Opuzen, tel. 020 672 261, ivan.barbir@du.htnet.hr

**Teo Depolo**, Ordinacija opće medicine, Hvarska 44, 20000 Dubrovnik, tel. 020 311 618

**Irena Džamastagić**, Ordinacija opće medicine, Srebreno bb, 20207 Mlini, tel. 020 486 619, 098 427 634

**Irma Madunović**, Bana Jelačića 69, 20000 Dubrovnik, tel. 020 429 044, tel. 020 357 486

**Snježana Mažuran**, Korčulanska 22, 20000 Dubrovnik, 020 332 562, 091 435 0981

**Sanja Milošević**, Ordinacija opće medicine, A.Starčevića 12, 20350 Metković, tel. 020 680 242, tel. 020 685 805, 091 548 3848

**Ruža Težulat-Dunkić**, Ordinacija opće medicine, A. Hebranga 93, 20000 Dubrovnik, tel. 020 419 190

## ULOGA DUHOVNIKA U TIMU PALIJATIVNE SKRBI

### THE ROLE OF THE SPIRITUAL DIRECTOR IN THE TEAM OF PALLIATIVE CARE

Josip Krpeljević

#### Sažetak

Izlaganje se sastoji od pet dijelova. U prvom, uvodnom dijelu definira se palijativna skrb i naznačuje poželjni model njezina ostvarivanja. U drugom dijelu se pobliže određuje osoba duhovnika u timu palijativne skrbi, a u trećem dijelu se naznačuje njegov pravni i profesionalni status u spomenutom timu. U četvrtom dijelu razrađuje se duhovnikova trostruka uloga s obzirom na samog pacijenta, članove njegove obitelji te na suradnike u timu palijativne skrbi. U zaključnom pak dijelu predlažu se neke smjernice za kvalitetno vršenje službe duhovnika u timu palijativne skrbi.

**Gljučne riječi:** duhovnik, palijativna skrb, tim palijativne skrbi

#### Summary

The exposition consists of five sections. In the first, introductory section the definition of palliative care is given and the appropriate model for its actualization is portrayed. The person of the spiritual director as a member of palliative care team is more accurately determined in the second section, while the topic of the third one is his juridical status in the mentioned team. The fourth section elaborates the spiritual director's threefold role in regard to

the patient himself, to the members of his family and to the palliative care team co-workers. Finally, in the fifth and concluding section some guidelines for his successful spiritual ministry in the team of palliative care have been proposed.

**Key words:** spiritual director, palliative care, palliative care team

#### Uvod

Uminulom stoljećumedicinajetolikouznapredovala da se znatno produljio životni vijek i kvaliteta života ljudi, osobito onih bolesnih i starijih. No, unatoč silnim postignućima, još uvijek ima i uvijek će biti bolesti koje su trenutno neizlječive, i po svemu sudeći takvima će ostati još neko vrijeme. Stoga je razumljivo da se u posljednje vrijeme sve više osjeća potreba za sustavnom medicinskom skrbi bolesnika koji boluju od neizlječivih bolesti. Pomoć koju medicina pruža takvim bolesnicima naziva se palijativna skrb. Zanimljiva je etimologija tog pojma<sup>1</sup>. Budući da je ophođenje s bolesnikom te suočavanje s patnjom i u konačnici sa smrću eminentno religiozno pitanje i važno područje čovjekove duhovnosti, po sebi je razumljivo da su se od pamtivijeka vršitelji religioznih službi aktivno uključivali u skrb za svoje bolesne članove.

<sup>1</sup> Izraz "palijativan" potječe od latinske imenice *pallium* kojom se označavala vrsta grčke kabanice. Otud dolazi glagol *palliare* - nekoga ogrnuti kabanicom, odnosno pridjev *palliatu*s - onaj koji je ogrnut kabanicom. Slika je jasna. Onaj tko je ogrnut kabanicom zaštićen je od vanjskih atmosferskih nepravilnosti (kiše, snijega, hladnoće, prašine i sl.). Palijativna medicina želi, koliko je to moguće, zaštititi neizlječivog bolesnika od boli. Dio službene odjeće nekih katoličkih i pravoslavnih velikodostojnika naziva se *pallij*, i označava dostojanstvo njihove službe i njihov autoritet. Tako nas već sam medicinski termin upućuje na duhovno područje.

## 1. Holistički model palijativne skrbi

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji SZO (World Health Organisation WHO), palijativna skrb objedinjuje psihološke i duhovne aspekte skrbi za pacijenta<sup>2</sup>. Isto tako Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj (RH) za razdoblje 2014.-2016. također predviđa i duhovnu skrb kao sastavni dio palijativne skrbi. Pristup neizlječivom bolesniku nije dakle redukcionistički sveden samo na jedan vid – uklanjanje ili ublažavanje fizičke boli, nego holistički, što označi da cjelovito obuhvaća sve dimenzije ljudskog bića: fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu. Pojam duhovnosti i duhovnoga je višeznačan, stoga ovdje usvajamo definiciju duhovnosti Europske udruge za palijativnu skrb (*European Association for Palliative Care*): “Duhovnost je dinamična dimenzija ljudskog života s obzirom na način na koji osobe (pojedinci i zajednice) doživljavaju, izražavaju i/ili traže smisao, svrhu i transcendenciju te na način na koji su povezane s trenutkom u kojem žive, sa samima sobom, s drugima, s prirodom, s onim što je bitno i/ili sveto”<sup>3</sup>.

Holistički ili cjeloviti model se temelji na poimanju da ljudsko biće funkcionira kao neraskidivo jedinstveno duševno-duhovnog i tjelesnog života. Kršćanstvu, kao i nekim drugim religijama (judaizmu), s njegovim poimanjem jedinstva duše i tijela, veoma je blizak način kojim holistička medicina pristupa bolesniku. Holistički koncipirana palijativna skrb, usmjerena je na sve bolesnikove

potrebe, uključujući duhovnu i vjersku skrb. Ona omogućuje da vjerovanja, vrednote, sklonosti i praktični čini bolesnika i članova njegove obitelji budu temelj s kojeg mu se pristupa. Od devedesetih godina prošlog stoljeća sve snažnije se u stručnim krugovima zastupa uvjerenje da je duhovna skrb temeljna sastavnica kvalitetne palijativne skrbi. Dušobrižništvo u palijativnoj skrbi bitni je dio šireg okvira duhovnog praćenja čovjeka od kolijevke (krštenje) do groba (sprovodni obredi). Ono je sastavni dio pastoralnog djelovanja kršćanskih crkvi i crkvenih zajednica. Kroz razgovor, savjetovanje, obrede i sakramente dušobrižništvo u palijativnoj skrbi je usmjereno na osposobljavanje neizlječivog bolesnika da i u takvom stanju živi kvalitetnim duhovnim životom.

## 2. Osoba duhovnika u palijativnoj skrbi

U ovom izlaganju najprije želim definirati osobu duhovnika, a potom opširnije prikazati njegovu trostruku ulogu u timu palijativne skrbi<sup>4</sup>. Činim to iz perspektive katoličkog svećenika, premda se većina ovdje iznesenih tvrdnji može primijeniti i na pripadnike drugih kršćanskih i nekršćanskih denominacija, dakako uz uvažavanje njihovih specifičnosti. U najširem i najopćenitijem smislu duhovnik je svećenik ili redovnik, redovnica (časna sestra) ili vjernik laik koji članovima vlastite vjerske zajednice i svim drugim osobama koje to žele pruža duhovnu pomoć. Kad su osobe kojima

<sup>2</sup> “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care [...] integrates the psychological and spiritual aspects of patient care” 1997.

<sup>3</sup> “Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred”, Ovu definiciju su prihvatili stručnjaci na konsenzusnoj konferenciji o duhovnoj dimenziji u palijativnoj skrbi, koja je 17. i 18. veljače 2009. godine održana u Pasadeni (Kalifornija).

<sup>4</sup> Ovo izlaganje usredotočuje se na osobu duhovnika i njegovu ulogu u timu palijativne skrbi. S obzirom na pojam duhovnosti u palijativnoj skrbi vidi:

pruža pomoć bolesnici u bolnicama, onda se obično naziva bolnički duhovnik<sup>5</sup>. Dok je služba bolničkih dušobrižnika već uvelike prisutna u zdravstvenom sustavu RH, služba duhovnika u palijativnoj skrbi je tek u povojima. Za kvalitetno obavljanje svoje službe duhovnik u palijativnoj skrbi treba posjedovati potrebne profesionalne kompetencije te općeljudske i vjerske vrline.

### 3. Status duhovnika u timu palijativne skrbi

Dušobrižništvo u palijativnoj skrbi je interkonfesionalno, odnosno nadkonfesionalno, što znači da se duhovnik, kao član tima palijativne skrbi, stavlja na raspolaganje svakom pacijentu, članovima njegove obitelji i ostalim članovima palijativnog tima, bez obzira na njihovu dob, spol, svjetonazor, vjersku pripadnost ili kakva druga osobna uvjerenja i stavove.

Profesionalni duhovnici sve se više prihvaćaju kao integralni članovi interdisciplinarnog tima palijativne skrbi. Pa ipak, još nije na djelu njihova potpuna integracija u standardnu praksu interdisciplinarnog palijativnog tima, jer se usluge duhovne skrbi i dalje doživljavaju kao pomoćne i rubne usluge<sup>5</sup>. Dok se na jednoj strani, onoj teoretskoj, duhovnost priznaje važnim vidom ljudskog zdravlja, na drugoj, onoj praktičnoj, izostaje potpuna integracija duhovne dimenzije u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Očit je dakle nerazmjer između teorije i prakse. Svaki sustav palijativne skrbi koji želi biti uspješan mora se suočiti s izazovom da taj nerazmjer ukloni. Regulacija pravnog i profesionalnog statusa duhovnika u timu palijativne skrbi, treba dovesti do toga da duhovnik ima ravnopravan položaj s ostalim članovima tima palijativne skrbi. Takav ravnopravni položaj on zavrjeđuje svojom primjerenom edukacijom i stručnošću u obavljanju posla na dobrobit bolesnika.

### 4. Trostruka uloga duhovnika u timu palijativne skrbi

U nekim razvijenim zemljama u kojima je izgrađen kvalitetan i učinkovit sustav palijativne skrbi, duhovnik kao član tima palijativne skrbi ima trostruku ulogu. Njegovo je služenje u prvom redu usmjereno na samog bolesnika. No, ono se tu ne zaustavlja, nego se proširuje na članove bolesnikove obitelji. Isto tako, on pruža duhovnu pomoć i svojim kolegama s kojima surađuje u timu palijativne skrbi.

U odnosu prema bolesniku do izražaja dolaze duhovnikove vještine i vrline, kao što su: empatija, umijeće slušanja, savjetovanja, povjerenje i diskrecija. On bolesniku pristupa kao Božji poslanik i u njemu prepoznaje Božjeg miljenika. Svjedoči mu Božju ljubav te mu kao patniku iskazuje duboko poštovanje. Specifičnost uloge duhovnika jest u tome da njegov odnos s umirućim bolesnikom ne prestaje njegovom smrću, nego se nastavlja molitvom i vjerničkim spomenom na njega. Preminuli pacijent njemu nije i ne smije biti tek statistički podatak, već brat ili sestra po vjeri ili po zajedničkoj pripadnosti ljudskom rodu, za kojeg on svakodnevno, osobno i zajednički, nastavlja moliti.

Prema članovima bolesnikove obitelji duhovnik osobito iskazuje vrline brižnog tješitelja, dobrog savjetnika i pouzdanog prijatelja. Duhovnik se osobito trudi živom održati međusobnu povezanost bolesnika i članova njegove obitelji. To je vrlo zahtjevna i izazovna uloga jer po svjedočanstvu mnogih duhovnika ono što najviše "boli" i pogađa bolesnike je napuštenost i ostavljenost od strane najbližih članova njihove obitelji. Riječ je o izazovu »plivanja protiv struje« u današnjem potrošačkom društvu u kojem se nerado razmišlja i govori o bolesti, patnji, umiranju i smrti, već se promiče kult mladosti, ljepote, zdravlja i hedonizma općenito.

<sup>5</sup> Postoje i neki drugi nazivi: bolnički dušobrižnik i bolnički kapelan. Radi ujednačenosti terminologije ovdje se koristi naziv "duhovnik".

Posao što ga različiti članovi tima palijativne skrbi svakodnevno čine za neizlječivog bolesnika, iznimno je naporan i zahtjevan, kao uostalom u većoj ili manjoj mjeri svaki posao koji se poduzima u medicini. Zato je i njima za kvalitetno vršenje njihove službe potrebna duhovna pomoć. Da bi im mogao pružiti potrebnu duhovnu pomoć duhovniku su potrebne ove vještine i vrline: kolegijalnost, uvažavanje stručnosti drugih, suradnički odnos s drugima, prijateljska potpora. Članovima svog tima duhovnik je svakodnevna potpora i poticaj u djelatnosti koja će trajno biti izlagana opasnosti da bude podcijenjena i smatrana nekorisnom, pa čak i štetnom, osobito s financijskog gledišta i iz utilitarističkog kuta.

### **5. Neke smjernice za kvalitetno vršenje službe duhovnika u timu palijativne skrbi**

Duhovnik u timu palijativne skrbi se treba svakodnevno truditi poboljšavati kvalitetu duhovne usluge u palijativnoj skrbi neizlječivih bolesnika. Da bi to mogao činiti potrebno je ispuniti neke preduvjete u izgradnji kvalitetnog i učinkovitog sustava palijativne skrbi u RH, koja od ulaska u Europsku uniju, za ovo područje, "hvata priključak" s razvijenim europskim zemljama. Ponajprije treba ukloniti nerazmjer između teoretskog naglašavanja

važnosti duhovnosti za ljudsko zdravlje i njezinoga praktičnog zapostavljanja u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Potom valja definirati pravni i profesionalni status duhovnika u timu palijativne skrbi. Konačno, treba što prije izgraditi sustav stručnog osposobljavanja za službu duhovnika u timu palijativne skrbi na svjetovno-medicinskim ili na crkveno-teološkim učilištima.

### **Literatura**

1. Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Spiritual care in palliative care: Working toward san EAPC task force. *European Journal of Palliative Care* 2011;18(2):86-9.
2. Van de Geer J, Leget C. How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands palliative care national programme. *Progress in palliative Care* 2012; 20: 98-105.
3. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Clinicalcare/Spiritualcareinpalliativecare.aspx>. Zadnji posjet 1. prosinca 2014.
4. Babić M. Uloga duhovnosti u palijativnoj skrbi. *Služba Božja* 2013;53:435-40.
5. Sinclair S, Chochinov HM. The role of chaplains within oncology interdisciplinary teams. *Current Opinion in Supportive and Palliative care*. 2012; 6 (2): 259 – 68.

## PSIHIJATRIJSKI PRISTUP OBOLJELIMA OD MALIGNIH BOLESTI U TERMINALNOM STADIJU BOLESTI

### *PSYCHIATRIC APPROACH TO THE PATIENTS WITH MALIGNANT DISEASE IN TERMINAL PHASE*

**Branimir Rančić, Slobodanka Nedeljković, Ivan Rančić**

#### **Sažetak**

Terminalni stadij bolesti je izraz koji se odnosi na tzv. uznapredovalu zloćudnu bolest s metastatskim promjenama koja je uzela maha u toj mjeri da je jedino realno očekivati smrtni ishod pacijenata. Cilj ovog rada je da, s psihološkog stajališta, razmotri pitanja vezana za terminalni stadij bolesti, smrt pacijenta i njegov gubitak u obitelji. Žarište našeg rada, kao konsultacijske psihijatrije (liaison psihijatrije) je da se navedene teme demistificiraju i da se rasvijetli psihološka strana različitih problema koje bolest s neizbježnim smrtnim ishodom može izazvati. Bilo bi pogrešno, kako profesionalno, tako i moralno, da liječnici zanemaruju/preziru potrebe onih pacijenata kod kojih nisu uspjeli postići primarni cilj tj. izlječenje. Za njih novi cilj mora biti humani prilaz kontroli terminalnih stadija. Ovim preglednim člankom pokušali smo razjasniti naša razmišljanja o tim etičkim problemima čime želimo podstaći ostale kolege da izoštire svoja etička čula, jer etika je nasušna potreba liječnika. Zato se treba sjetiti misli koja kaže da nije dovoljno samo imati savjest nego je potrebno da ona i peče.

**Ključne riječi:** terminalni stadij, liaison psihijatrija, smrt

#### **Summary**

Terminal phase of the malignant disease is a term that refers to the advanced stage, when malignancy with metastases has developed to such an extent that it is realistic to expect the approaching fatal outcome. The aim of this paper is to discuss from a psychological point of view, topics related to the terminal phase of the disease, the patient's death and his loss to the family. The main focus of our work, as a consultative psychiatry (liaison psychiatry) is to demystify the above mentioned topics and to shed light on the psychological dimension of the various problems that disease with the inevitable fatal outcome may cause. It would be wrong, both professionally and morally, to ignore the needs of those patients who failed to achieve the primary objectives, i.e. complete healing. For all the doctors, a new target has to be a more humane approach to the control of terminal stages. With this review we have tried to clarify our viewpoint about these ethical issues because we want to encourage other colleagues to sharpen their ethical sense, as ethics is a basic need for physicians. Therefore, one should remember the saying that it is not enough just to have conscience or empathy, it is also necessary that it wakes up and burns.

**Keywords:** terminal phase, liaison psychiatry, death



## Uvod

Prema najnovijoj definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), tzv. palijativno zbrinjavanje počinje već postavljanjem dijagnoze zloćudne bolesti pacijentu, za koju se od početka izvjesno zna da usprkos svim terapijskim postupcima koji će se poduzeti, vodi kobnom ishodu. U širem smislu, palijativno zbrinjavanje može poboljšati kvalitetu života pacijenta i obitelji, koji se suočavaju sa životno ugrožavajućom bolesti jednog člana, omogućavajući ublažavanje simptoma i kontrolu bola, odgovarajuću psihosocijalnu, psihoterapijsku i duhovnu podršku od postavljanja dijagnoze do kraja života pacijenta, kao i psihološku prorađu gubitka ožalošćenih članova obitelji nakon smrti bližnjega.

Terminalni stadij bolesti je izraz koji znači uzapredovalu bolest s metastatskim promjenama, koja je uzela maha u toj mjeri da je jedino realno očekivati smrtni ishod pacijenta. Po definiciji, terminalne bolesti podrazumijevaju sporu smrt i sve veće propadanje, koje može trajati mjesecima i biti praćeno kroničnom boli i složenom patnjom. Terminalni stupanj bolesti počinje kada medicinski stručnjaci procijene da se zdravstveno stanje bolesnika pogoršava i da nema postupka koji bi doveo do poboljšanja stanja i spriječavanje smrti<sup>1</sup>.

Liaison (liezon) je izvorno francuska riječ, iako se koristi i u engleskom jeziku, a znači - vezu, povezanost, udruživanje. S čime je to psihijatrija povezana? Odgovor je s medicinom. Sinonimi su: psihijatrija u medicini, psihijatrijska medicina, psihijatrija somatskih bolesti, savjetodavna ili konzultacijska psihijatrija<sup>2,3</sup>.

**Liaison psihijatrija** osvjetljava psihosocijalnu cjelovitost svakog bolesnika i njegovog poremećaja, i na taj način mu pomaže da se lakše nosi s bolešću, a ostalim članovima tima (osoblje i obitelj) da u bolesniku vide ljudsko biće u njegovom krajnje složenom biopsihosocijalnom jedinstvu.

Na osnovu rečenog, jasno je da liaison psihijatri nastoje da osvijeste, u medicinskoj praksi uveliko

zaboravljeni, holistički pristup. U indijskom epu Mahabharata, ispisanom prije 4000 godina, spominje se postojanje dvije vrste bolesti: tijela i duše, gdje svaka od njih proističe iz one druge i bez nje sama ne može. Ovaj holistički pristup zanemaruje medikamentni model liječenja bolesti i stavlja naglasak na liječenje oboljele osobe. Prema holističkom, biopsihosocijalnom modelu shvaćanje zdravlja i bolesti, nijednu dugotrajnu fizičku bolest ne promatra samo kroz utjecaj bolesti na oboljelog pojedinca, već se bolest jedne osobe sagledava u cjelini utjecaja i posljedica koje mogu imati svi članovi obitelji.

**Psihoonkologija** je proizašla iz liaison psihijatrije i spada u njen djelokrug. Uključuje primjenu cjelovitog psihijatrijskog znanja koje može biti od pomoći onkologu u razumijevanju i liječenju pacijenta. Napredak u onkologiji posljednjih godina doveo je do dugotrajnog liječenja, kao i do izlječenja sve većeg broja bolesnika. Ipak, život većine bolesnika može biti samo produljen. Kada se specifično liječenje iscrpi, bolesnik ulazi u stadij bolesti koja se završava smrtnim ishodom – terminalnu fazu bolesti.

**Cilj rada** je s psihološkog stajališta, razmotriti teme vezane za terminalnu fazu bolesti, smrt pacijenta i njegov gubitak u porodici.

## Sindrom terminalnog stadija bolesti :

1. Bolest s progresivnom evolucijom;
2. Preživljavanje koje se procjenjuje u danima ili tjednima;
3. Karnofski index manji od 40%<sup>4</sup>. Procjena općeg tjelesnog stanja bolesnika u medicini (onkologiji) prikazuje stupnjevanje tog stanja i razinu obavljanja svakodnevnih aktivnosti pacijenata koji imaju tumor. Služi kao mjera kojom se određuje sposobnost pacijenta za primjenu kemoterapije. Raspon ljestvice je od 100 – 0, gde 100 označava "savršeno" zdravlje, a 0 smrt; 40% - onesposobljen, zahtijeva posebnu medicinsku pomoć i liječenje. 30% - teško onesposobljen, potrebno je bolničko

liječenje, ali smrt ne prijeti neposredno. 20% - vrlo bolestan, nužna je hospitalizacija, potrebno je aktivno suportivno liječenje. 10% - na samrti, brzoprogresivni fatalni proces.

4. Znaci otkazivanja jednog ili više organa;
5. Prestanak odgovora bolesti na specifično antitumorsko liječenje;
6. Iscrpljenost antitumorskog liječenja;
7. Ireverzibilne komplikacije progresivnog toka.

### **Zadaci liječenja u terminalnom stadiju bolesti**

Manje ili više, svaku bolest, a posebno neizlječivu, kakva je zloćudna bolest (u zadnjem stadiju) prate slijedeći simptomi: tjelesni ( slabost 60% , bol 38%, smetenost 33%, gubitak apetita 31%, zaduha 27%, disfagija 22%, mučnina 19%); psihološki (anksioznost, depresija).

Umirući i hendikepirani najčešće traže psihijatrijsku pomoć zbog depresivnosti i anksioznog ponašanja. Takvi bolesnici su, nerijetko, zapostavljeni na odjelu što je, moramo otvoreno reći, neetičko ponašanje osoblja. Pokušat ćemo iznijeti i objasniti bar dva razloga za takvo ponašanje. Liječnik, kao i drugi članovi tima, obično sebi govore: "Neću se trošiti za bezizlazni slučaj, vrijeme i bolnički materijal ću potrošiti tamo gdje će liječenje biti učinkovito". Ispod ovog svijesnog mehanizma, koji se može nazvati "princip lažne ekonomičnosti" stoje nesvijesne pojave: narcistička zamka i glad profesionalnog narcizma.

Kod narcističke zamke izbjegava se komunikacija s bolesnim ili hendikepiranim, jer se javlja strah od vlastite narcističke povrede, uslijed projekcije nedostataka vlastitih unutrašnjih psiholoških vrijednosti za drugog. Takve osobe, nisu izgradile svoj unutrašnji misaoni prostor, nisu dale prave sadržaje smislu svog življenja, iz čega proizilazi veličanje vlastitih psiho-fizičkih vrijednosti. Umirući bolesnik oduzima hranu profesionalnom narcizmu, a pošto se za utaženje te gladi ne traži, ili ne nalazi druga "namirnica", onda se pokušava

racionalnim pronalaženjem povoda da se umirući prebaci na drugi odjel.

Psihološki i psihoterapijski načini pomoći pacijentima i članovima njihovih obitelji odvijaju se na nekoliko razina<sup>5</sup>:

**I. osobna razina** (pružanje konkretne psihološke pomoći oboljeloj osobi: smanjenje distresa, anksioznosti, depresivnosti, demoraliziranosti, različitih mogućih psihopatoloških ispada).

Oblici reakcije na bolest:

- poricanje, negiranje bolesti i u skladu s tim se ponaša kao da je zdrav;
- regresija, kao vid obrane, pribjegavaju joj sva živa bića kada su ugrožena i prijeti im neposredna opasnost. Regresivno ponašanje kod bolesnika se izražava pretjeranom zavisnošću, izrazito pasivno - receptivnim ponašanjem;
- agresivnost prema svojim najbližima;
- depresivno raspoloženje.

**II. obiteljska razina** (poticanje otvorene komunikacije u obitelji, veća povezanost, manje sukoba, smanjenje distresa kod članova obitelji, rad na žalovanju kada se gubitak realno dogodi, obrada procesa žalovanja nakon gubitka člana porodice).

**III. socijalna razina** (povećanje kvalitete života pacijenta, tj. očuvanje funkcionalnih sposobnosti i aktivnosti, očuvanje mentalnog zdravlja uz primjerenu socijalnu djelotvornost).

**IV. duhovna razina** (otvaranje pitanja vjere, nade, smisla života i smrti ).

**Psiho-emocionalne potrebe bolesnika u terminalnom stadiju bolesti** Saznanje bolesnika da je obolio od raka dovodi do različitih emocionalnih reakcija. One se mogu ispoljiti od očekivanja da će doći do izlječenja, nadom da će uz liječenje dugo živjeti, do straha da će smrt ubrzo nastati. Liječnici obično smatraju da proces umiranja počinje u trenutku kada je specifično antitumorsko liječenje iscrpljeno. Osobe koje umiru doživljavaju

svoj nestanak i smrt na različitim razinama u vremenu. Socijalna smrt obično nastaje prva, kada osoba koja umire spozna da se odvaja od života (fenomenološka smrt). Gubitak osobnosti, suštine ličnosti predstavlja psihološku smrt. Biološka smrt, smrt koju liječnik utvrdi, predstavlja samo kraj iskustva bolesnika u terminalnom stadiju bolesti. Suočavanje bolesnika s činjenicom da je smrt sasvim izvjesna i vremenski bliska, dovodi do pojave straha.

**Vrste straha bolesnika oboljelih od raka u terminalnoj fazi bolesti:** od nepoznatog, od samoće, gubitka samokontrole, gubitka (nestanka svih voljenih osoba odjednom), nemogućnosti upravljanja vlastitim tijelom, od bola i patnje, od tuđe, od raspada i truljenja, sahrane.

**Posljedice straha u bolesnika oboljelih od raka u terminalnoj fazi bolesti:** depresija, ljutnja, osjećaj krivnje, stid, povlačenje u sebe, ravnodušnost, nada.

Napori da se bolesnik potpuno oslobodi straha u praksi su obično neuspješni. "Mirnu smrt koja oslobađa, uz potpuno prihvaćanje smrti", bolesnik rijetko usvaja. Međutim, jedna od bitnih stvari koju liječnik može učiniti jest da bolesniku ponudi svoju pomoć. Liječnik lako može osloboditi bolesnika straha od toga "da će biti ostavljen ili zapostavljen" zato što umire. Bolesnik u završnom stadiju bolesti od liječnika očekuje njegovo prisustvo i razgovor. Bolesnik ima potrebu da ga on prihvati kao ljudsko biće koje i dalje ima svoj integritet - dostojanstvo, bez obzira što umire. Da bi komunikacija s bolesnikom koji umire bila uspješna, liječnik se mora osloboditi otpora da bude s takvim bolesnikom (kao i straha od vlastitog neumitnog umiranja). Iskrenost u razgovoru se mora održavati. Laganje i skrivanje podataka nije opravdano. Lišavanje bolesnika istine o neizlječivosti bolesti može podstaći bolesnika da donese odluke koje su štetne za njega i njegovu obitelj. Naravno, takve obavijesti treba pažljivo priopćiti, dinamikom koju bolesnik i njegova bolest određuju.

## **Gubitak nade osoba s rakom u zadnjem stadiju bolesti**

Većina osoba oboljelih od raka u terminalnoj fazi bolesti je više naklonjena smrti u kućnim uvjetima, iako je širom svijeta pristup njezi u kućnim uvjetima dostupan samo malom broju bolesnika. Umiranje od karcinoma bez pomoći koja može biti pružena u okviru programa palijativne medicine, može se usporediti s podvrgavanjem kirurškom zahvatu bez anestezije.

Većina liječnika vjeruje da njihova uloga nije priopćavanje „crne vijesti“, naime oni su zabrinuti zbog rizika gubitka nade pacijenata s terminalnom prognozom i njihovih obitelji.

Shodno navedenom javljaju se slijedeće etičke dileme:

- Hoće li priopćavanje loše (terminalne) prognoze bolesti ostaviti osobe oboljele od raka i njihovih obitelji bez nade?
- Je li palijativna njega prihvatljiva za one bolesnike i njihove obitelji koje ne prihvaćaju nepovoljnu prognozu i kako će se prihvatljivi "Informirani pristanak" za uključivanje u takve programe, od njih dobiti?
- Jesu li liječnici zabrinuti da će se neki bolesnici uključivanjem u program palijativnog liječenja i njege osjećati napušteno od svog liječnika i obitelji?

I dok se većina bolesnika i članova njihovih obitelji nada više realnim ishodima (smrt u kućnim uvjetima "dostojanstvena smrt", smrt bez jakih bolova), za neke pak prihvaćanje terminalne prognoze znači nadu u ishod dužeg preživljavanja i izliječenje. Ljudi koji su po svojoj prirodi bili borci, ustrajni i beskompromisni u životu, završit će boreći se. Jedan dosta aktivan čovjek kada je obolio od karcinoma pluća, govorio je zadnjih dana svoga života: "Uvijek sam bio borac - dakle, čeka me još jedna borba, najveća i najteža, ali zato je i posljednja". No i ovdje se primjenjuje osnovno pravilo psihoterapije gdje bolesnik mora voditi glavnu i osnovnu riječ: on je istovremeno i subjekt

i objekt pražnjenja, a liječnik samo pruža potrebnu podršku. Razgovor o smrti s takvim bolesnicima vodi obično ka katarzi.

Kod malobrojata takvih bolesnika preusmjeravanjem nade s nerealnim očekivanjima može biti iritantno. Liječnici koji stalno nastoje promijeniti ciljeve liječenja, odnosno njihovom usmjeravanju ka palijaciji, mogu izazvati bolesnika na agresivnu reakciju. Tipičan primjer je: “Doktore, ukoliko Vi nećete, ili ne možete da učinite više ništa za mene, onda ću ja pronaći nekoga tko hoće i može”. U toku terminalne faze bolesti nada nije sasvim napuštena, ali se njena priroda mijenja. To više nije nada za izlječenje, već nada da bi slijedeći dan donio nešto lijepo i vrijedno življenja, bez obzira na skor, izvjesnu smrt.

Liječnik mora prihvatiti činjenicu da terminalni stadij zloćudne bolesti, nije neuspjeh liječenja i osobni neuspjeh, te da razgovor može značiti više bolesniku nego lijekovi. Bolesnik koji umire nije mrtav i ne može se shvatiti kao “izgubljeni slučaj”. On i dalje, do samog biološkog kraja, zaslužuje poštovanje i pažnju.

### **Kakvo je intimno značenje bolesti za pojedinca, promatrano isključivo s psihološkog gledišta?**

Sama dijagnoza bolesti baca pojedinca u stanje biološke bespomoćnosti, dovodi ga u opasnost s kojom se teško suočiti. Naime, nemir i nespokojstvo koje se na taj način stvara moraju se odgovarajućim mjerama suzbiti, jer će podmuklo uništiti energiju koja je itekako potrebna da bi se organizam odupro invaziji malignosti. Prvi korak u savjetovanju takvih pacijenata je da se vidi što dijagnoza karcinoma za njega intimno znači, kako je doživljava. Treba ga, potom, upoznati sa suštinom bolesti, načinom nastanka, njenog liječenja i eventualnim posljedicama. Takav način obavještavanja olakšan je evolutivnim tokom malignosti, kao i istinom da je bolesnika prijeko potrebno osloboditi napetosti, neizvjesnosti i straha. Osnovna reakcija kojom se liječnik treba baviti u radu je, zabrinutost i poražavajući strah bolesnika.

### **Kakav je značaj oboljelog organa?**

Značaj oboljelog organa za pojedinca je također važan podatak. Gubitak dojke, npr., skoro u pravilu predstavlja težak udarac na vlastito JA svake žene. Javlja se osjećanje niže vrijednosti i odbačenosti. Rak prostate često je kod muškaraca praćen depresijom zbog straha od gubitka libida. Postupci i stavovi liječnika postaju za oboljele od raka istovjetni s nadom. Tri su potrebe pacijenata u ovoj interakciji:

1. Liječnik mora biti iskreno zainteresiran za njih kao ljude, a ne samo kao “za nove slučajeve”. Ako iz liječnika ne zrači ovakav stav, bolesnik i dalje ostaje napet, preplašen, stalno pita i zahtijeva, jer nije ubijeđen da je u njegovo liječenje uloženo sve što liječnik može pružiti.
2. Drugo što ovakvi bolesnici traže i uporno insistiraju, je da ih liječnik dugo i s pažnjom sluša i sazna što više o njihovim tegobama. Psiha (duša) bolesnika na taj način dobija odušak, snagu i vjeru u povoljni ishod.
3. Ovakvi bolesnici obavezno žele saznati sve što se poduzima u liječenju njihove bolesti. Ništa tako ne smiruje paniku bolesnika kao sigurna i mirna reakcija liječnika, kome je povjerio svoj život i nitko ne može bolesniku pružiti tako jako osjećanje sigurnosti i nade kao liječnik. Ponekad i sam liječnik dobije želju da izbjegne pacijenta, ne zato što je manje zainteresiran za njegovu bolest, već iz razloga što nije u stanju riješiti problem. Bez obzira kakvi su stavovi liječnika, njih pacijent uvijek osijeća i doživljava kao najfinije “nijanse doktorovih reakcija” i reagira na njih svojim intimnim stavom.

### **Neminovnost smrti**

Najkritičniji trenuci u radu s ovakvim bolesnicima su u vezi s prihvaćanjem činjenice neizbježne smrti. Jedno treba znati: upornost, hrabrost, spretnost, skromnost čine da savjetodavni pristup u ovakvim prilikama dobijaju karakter emocionalnog stava, gdje je isključivi cilj prihvaćanje smrti i prilagođavanje njenoj konačnosti<sup>6</sup>.

## Zaključak

Izrađena su tri opća pravila postupka s bolesnicima koji su suočeni sa skorom nastupajućom smrću:

**Prvo** što se traži od liječnika je, da sluša i to sa simpatijama ono što bolesnik osjeća, što iskazuje u vezi sa svojom bolesti, liječenjem, propustima i rodbinom. U ovakvim prilikama dobar i pažljiv slušatelj može skinuti težak teret koji bolesnik u sebi nosi.

**Drugo**, liječnik mora pružiti točne informacije, koje će smanjiti ili ublažiti strahovanja ili predviđanja bolesnih osoba.

**Treće**, liječnik mora biti "blizu oboljelog i fizički i emocionalno", jer su u današnje vrijeme mnogi bolesnici sami i napušteni, a liječnik je za njih topla ljudska veza sa životom. On svojim prisustvom i riječima uvijek može uvjeriti bolesnika da nije sam. "Mi smo tu da Vam pomognemo koliko god možemo. Vi samo zvonite i mi ćemo biti uz Vas", trebala bi glasiti poruka takvim bolesnicima.

Stoga moramo razvijati svoju medicinsku aktivnost tako da se u oboljelih od raka neutralizira uništavajuća i razorna snaga prisutnih emocija. Treba znati da to nije samo znanost, koja traži od liječnika neko posebno znanstveno obrazovanje, već je to i jedna vrsta umjetnosti (umijeće).

## Literatura

1. Serafino EP. Health psychology- biopsychosocial interactions. 2. izd., Wiley, New York, 1994.
2. Kecmanović D. Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1989.
3. Kaličanin P. Psihijatrija. Velarta, Beograd, 1997.
4. Karnovsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. U McLeod CM, ur. Evaluation of chemotherapeutic agents. Columbia Univ Press, 1949.
5. Suin RM, Vanden Bos RG. Cancer patients and their families: reading on disease course, coping and psychological interventions. Am Psychol Assoc, Washington DC, 1999.
6. Srna J. Smrt u porodici. U Vlajković J, Srna J, Kondić K, Popović M ur. Psihologija izbeglištva. Žarko Albulj, Beograd, 2000.

# PREDNOSTI LIJEČENJA MOŽDANOG UDARA INTRAVENSKOM SISTEMSKOM TROMBOLIZOM

## ADVANTAGES OF INTRAVENOUS SYSTEMIC THROMBOLYSIS IN STROKE TREATMENT

Irena Gašparić

### Sažetak

Liječenje moždanog udara intravenskom trombolizom, primjenom rekombinantnog aktivatora tkivnog plazminogena prihvaćeno je i registrirano u Hrvatskoj od 2004. godine. Iste godine se počelo s primjenom u kliničkim bolnicama, a danas i u većini županijskih bolnica koje imaju primjereno opremljene jedinice za moždani udar. Rezultati brojnih istraživanja i kliničkih praćenja su pokazali da se primjenom ove terapije smanjuje postotak invalidnosti i smrtnosti u bolesnika s akutnim infarktom mozga u opskrbnom području arterije cerebri medije. U novije vrijeme tromboliza se primjenju i u liječenju infarkta opskrbnog područja arterije cerebri anterior i arterije cerebri posterior. Danas se smatra da je tromboliza jedino učinkovito liječenje ishemijskog moždanog udara, uz pažljivi odabir bolesnika prema smjernicama za uključivanje bolesnika u terapiju.

**Ključne riječi:** moždani udar, liječenje, tromboliza

### Summary

Stroke treatment with intravenous thrombolysis using recombinant tissue-type plasminogen activator has been accepted and registered in Croatia since 2004. Its application started in clinical hospitals the same year. Today it is applied in most country hospitals with adequately equipped stroke units. Results of numerous studies showed that this therapy reduced disability and fatality rates

in patients suffering from acute cerebral infarction in the middle cerebral artery area. More recently, thrombolysis is also applied for infarctions in the anterior and posterior cerebral artery area.

Today, it is considered to be the only effective treatment of ischemic stroke if the patients are carefully selected according to the guidelines for patients' inclusion into the therapy

**Key words:** stroke, therapy, thrombolysis

Moždani udar je vodeći, treći uzrok smrti i invalidnosti u Hrvatskoj i u svijetu<sup>1</sup>. Kao posljedica uurbanog života i nedovoljne kontrole faktora rizika, moždani udar se zadnjih godina javlja u sve mlađoj dobnoj skupini, što predstavlja veliki javnozdravstveni problem. U prvih 30 dana nakon preboljelog moždanog udara rizik od recidiva iznosi 3-10%, a nakon pet godina 25-40%. Incidencija se udvostručuje svakih deset godina nakon navršene 45. godine života. U Hrvatskoj oko 22.000 ljudi godišnje oboli od moždanog udara; oko 12% bolesnika umire prva tri mjeseca nakon inzulata, a 20% ima teške neurološke ispade<sup>1</sup>.

U cilju suzbijanja "epidemije" moždanog udara važno je provođenje mjera primarne i sekundarne prevencije. Cilj primarne prevencije je utjecati na faktore rizika, od kojih se može utjecati na arterijsku hipertenziju, na pušenje, na tjelesnu aktivnost, na povišene vrijednosti šećera u krvi i na povišene vrijednosti lipida u serumu, dok se na dob, spol,

genetsku predispoziciju i nasljedne hematološke bolesti očito ne može.

## Primarna prevencija

Primarna prevencija uključuje niz postupaka kojima je cilj smanjiti rizik nastanka moždanog udara u asimptomatskih osoba. Djelovanjem na poznate faktore rizika, učestalost moždanog udara se može smanjiti<sup>2</sup>.

Preporuke u cilju sprečavanja pojave moždanog udara:

1. Potrebno je prekinuti pušenje i izbjegavati preterano uživanje alkohola.
2. Preporuča se redovita tjelesna aktivnost.
3. Uzimanje najmanje 5-6 obroka voća i povrća dnevno.
4. Smanjiti psihički stres i poboljšati metode relaksacije putem tjelesne aktivnosti, terapije glazbom.
5. Izbjegavati uporabu oralnih kontraceptiva kod žena starijih od 35 godina.
6. Održavati vrijednosti arterijskog tlaka ispod 130/80 mm Hg.
7. Kontrola glikemije i lipidemije.
8. U pacijenata s poznatim faktorima rizika poželjna je i ultrazvučna analiza karotidnih arterija kao probirna metoda. Naime, u slučaju težih stenoza po nekima je čak i u asimptomatskih pacijenata opravdana karotidna endarterektomija ili postavljanje proširnice (stenta; CEA/CES od engl. *carotid endarterectomy/carotid artery stenting*), posebno u vodećim centrima (perioperativne komplikacije <6%). Riječ je ipak o kontroverznom području, gdje ishitrene odluke nisu opravdane<sup>3,4</sup>.
9. Fibrilacija atriya je često odgovorna za ishemijske moždane udare. Takvi bolesnici imaju i veći rizik od recidiva apopleksije. Radi svih navedenih činjenica, preporuke su da bolesnici mlađi od 65 godina

trebaju redovito uzimati antiagregacijsku terapiju, a stariji od 65 godina antikoagulantnu terapiju ili ASK u dozi od 300 mg s FA. U novije vrijeme se preporuča da svi bolesnici s nevalvularnom FA uzimaju antikoagulantnu terapiju radi smanjenja rizika od tromboembolijskih incidenata.

## Sekundarna prevencija

Provodi se u bolesnika koji su preboljeli moždani udar, kako bi se preduhitrio recidiv. Brojne studije su pokazale djelotvornost kombinacije klopidoigrela i actilsalicilne kiseline, kao i učinkovitost antihipertenziva i statina. Pri fibrilaciji atriya nepohodna je antikoagulantna terapija. Osim standardnog varfarina u uporabi su i noviji oralni antikoagulansi, dabigatran, rivaroksaban i apiksaban. Uz medikamentno liječenje potrebna je redovita kontrola čimbenika rizika.

## Patofiziologija moždanog udara

Moždani udar može biti ishemijski ili hemoragijski (intracerebralno krvarenje i subarahnoidna hemoragija), no česti su i lakunarni infarkti, tranzitorne ishemijske atake i tzv. tihi inzulti.

Ishemijski udar ili infarkt mozga nastaje okluzijom krvne žile trombom, a javlja se u oko 80% bolesnika, a hemoragije, intracerebralne i subarahnoidne, u oko 20%.

Infarkt mozga nastaje ishemijskom kaskadom i reperfuzijskim oštećenjem. Uslijed nedostatne opskrba neurona kisikom, razvija se anaerobni metabolizam stanice i stvara se mliječna kiselina. Oštećenjem stanične membrane dolazi do ulaska kalcija kroz naponski ovisne kalcijeve kanale uz oslobađanje glutamata, ekscitatornog neurotransmitora i stvaranje slobodnih radikala uz oštećenje mitohondrija. Cijeli niz ishemijskih zbivanja u konačnici dovodi do nekroze moždanog parenhima - do infarkta.

Tablica 1. Bodovna NIHSS ljestvica

Klinička slika	Bodovi
<b>Stanje svijesti</b>	
Pri svijesti	0
Pospanost	1
Stupor	2
Koma	3
<b>Pitanja</b>	
Odgovara točno na oba	0
Odgovara točno na jedno	1
Odgovara netočno	2
<b>Refleksni ili voljni pokreti očiju</b>	
Normalan pogled	0
Djelomična pareza	1
Devijacija bulbusa ili potpuna paraliza	2
<b>Ispitivanje vidnog polja</b>	
Bez ispada vidnog polja	0
Parcijalna hemianopsija	1
Kompletna hemianopsija	2
Bilateralna hemianopsija	3
<b>Facijalna pareza</b>	
Bez pareze	0
Minimalna	1
Parcijalna	2
Kompletna	3
<b>Motorika ruke</b>	
Bez ispada	0
Pronacija	1
Pareza - teško svladava gravitaciju	2
Teška pareza - ne svladava gravitaciju	3
Plegija	4
<b>Motorika noge</b>	
Bez ispada	0
Pronacija	1
Pareza - teško svladava gravitaciju	2
Teška pareza - ne svladava gravitaciju	3
Plegija	4
<b>Ataksija ekstremiteta</b>	
Odsutna	0
Prisutna unilaterarno na jednom	1
Prisutna unilaterarno na oba	2
<b>Senzibilitet</b>	
Normalan	0
Djelomični gubitak	1
Potpuni gubitak	2
<b>Govor</b>	
Uredan	0
Afazija blaga ili umjerena	1
Afazija jaka	2
Potpuna afazija	3
<b>Dizartrija</b>	
Normalna artikulacija	0
Dizartrija blaga do umjerena	1
Dizartrija teška, nerazumljiva	2
<b>Naredbe</b>	
Obje izvršava	0
Izvršava jednu	1
Ne izvršava	2
<b>Gubitak pažnje/svijesti</b>	
Nema	0
Djelomičan	1
Potpun	2

### Priprema bolesnika za trombolizu

Cilj liječenja trombolizom je uspostavljanje što ranije rekanalizacije okludirane krvne žile i reperfuzija ishemijskog područja mozga, dok je oštećenje neurona u zahvaćenom području još reverzibilno<sup>5-6</sup>. Zato je potrebno što ranije prepoznati simptome moždanog udara, a potom što žurnije prevesti bolesnika u najbližu zdravstvenu ustanovu koja može pružiti takvu terapiju. Vrijeme od svega nekoliko sati se pokazalo kao najvažniji čimbenik u cijelom konceptu liječenja, pa je potrebna edukacija opće populacije, ali i zdravstvenih djelatnika, kako bi cijeli postupak liječenja bio što brži i učinkovitiji. Primarni zadatak liječnika obiteljske medicine i liječnika u timovima hitne pomoći je što ranije prepoznati simptome moždanog udara i što brže uputiti bolesnika u specijaliziranu ustanovu, kako bi vremenski period unutar kojeg se mora početi s liječenjem bio što kraći.

Na terenu bolesniku je potrebno osigurati venski put, uz praćenje vitalnih funkcija. Po dolasku u bolnicu kod svakog bolesnika treba procijeniti neurološki status pomoću ocjenskih ljestvica (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS, Rankinova skala - tbl. 1 i 2). Potom valja odrediti zadovoljava li bolesnik kriterije za uključanje u liječenje trombolizom.

### Dijagnostička priprema bolesnika za trombolizu

Obavezno je učiniti hitnu kompjuteriziranu tomografiju (CT/MSCT) ili magnetsku rezonanciju (MR) mozga (tbl. 3). CT ili MR angiografija pokazuju nedostatak protoka u zahvaćenoj krvnoj žili, a nativni CT mozga može biti uredan. Potrebna je kompletna laboratorijska obrada, što uključuje

Težina moždanog udara procjenjuje se zbirom bodova:

0= nema apopleksije,

1-4= blagi udar,

5-15 umjereno težak,

16-20= umjereno težak,

21-42= teški udar.



kompletnu krvnu sliku, testove hemostaze, elektrolite, jetrene enzime, ureju, kreatinin, krvnu grupu i Rh faktor. Kod sumnje na trudnoću određuje se i  $\beta$  HCG. Svakom bolesniku potrebno je snimiti EKG kako bi se uočio poremećaj ritma ili razvoj infarkta miokarda.

**Tablica 2.** Rankinova skala

0. Nema simptoma bolesti
1. Blagi neurološki ispad. Obavlja sve aktivnosti kao i prije moždanog udara
2. Blaga nesposobnost, nije u stanju obaviti neke aktivnosti, u cijelosti je pokretan bez tuđe pomoći
3. Potrebna je pomoć u nekim aktivnostima, pokretan bez tuđe pomoći
4. Hod uz pomoć druge osobe, potrebna je pomoć u obavljanju dnevnih aktivnosti
5. Nepokretan, inkontinentan. Potrebna je njega druge osobe
6. Smrt.

**Tablica 3.** Kriteriji za uključivanje bolesnika u terapiju trombolizom

1. Dob 17-70 godina
2. Klinička slika akutnog moždanog udara
3. Siguran početak simptoma manje od 3 h 4-4,5 h?)
4. Hitni CT (MSCT) mozga, koji isključuje akutno krvarenje
5. NIHSS zbir od 5 do 25 bodova

### Postupak provođenja trombolize

U postupku trombolize primjenjuje se rekombinantni tkivni plazminogen aktivator (rt-PA, alteplaza; Actylise). Jedna bočica sadrži 50 mg alteplaze, glikoproteina koji se veže za fibrin, aktivira pretvaranje plazminogena u plazmin, što dovodi do otapanja fibrinskog ugruška. Brzo se oslobađa iz krvi i metabolizira u jetri. Poluvijek u plazmi iznosi svega 4-5 min<sup>8</sup>.

Indikacije i kontraindikacije i protokoli za provođenje trombolize se moraju strogo poštovati.

Nakon što su zadovoljeni svi kriteriji uključivanja, osobito vremenski prozor od 3 h, uz obavezni

pismeni pristanak obitelji, pristupa se provođenju terapije, obično u jedinicama za moždani udar. Od 2009. godine produljeno je vrijeme početka primjene terapije na 4,5 h od početka simptoma<sup>9-10</sup>; tromboliza se ne smije ordinirati ako se vrijeme početka simptoma bolesti ne može točno odrediti.

Daje se rt-PA iv. u dozi 0,9 mg/kg (maksimalno 90 mg). Prvo se daje 10% lijeka u bolusu, a ostatak u obliku infuzije tijekom 60 min.

Nakon toga se provodi praćenje stanja bolesnika; monitoriranje vitalnih funkcija svakih 15 min kroz 2 h, a potom sljedećih 6 h svakih 30 min, potom svako sat vremena do isteka 24 h.

Arterijski tlak treba održavati u granicama od 120-170 mm Hg za sistolički, a 65-95 mm Hg za dijastolički. U slučaju povišenih vrijednosti tlaka treba odmah ordinirati antihipertenzive (npr. urapidil 25-50 iv.). Važno je praćenje neurološkog statusa bolesnika (npr. NIHSS nakon 1 h)<sup>11-13</sup>. U slučaju bilo kakvog pogoršanja općeg stanja bolesnika, pojave glavobolje, mučnine, povraćanja, poremećaja svijesti ili drugih neuroloških ispada, terapiju treba prekinuti i učiniti kontrolni CT (MSCT) mozga. Ako nema nikakvih komplikacija, preporuča se redovita kontrola MSCT mozga nakon 24 h.

### Prednosti trombolize

Brojna istraživanja su pokazala učinkovitost trombolitičkog liječenja alteplazom u liječenju moždanog udara. National Institute of Neurological Disorders and Stroke Study (NINDS) provedena je u 39 centara. Uočeno je da 11-13% bolesnika liječenih trombolizom ima bolji ishod, mortalitet je niži, no u 6,4% bolesnika razvilo se intracerebralno krvarenje<sup>14-15</sup>. Rezultati su to bolji što se lijek ranije primijeni. Ti podaci se poklapaju s prethodnim istraživanjima studije ECASS II<sup>16</sup>,

gdje je dobar terapijski i klinički odgovor na alteplazu postignut uz primjenu unutar 3-4, 5 h nakon pojave prvih simptoma. FDA je 1996. godine nakon NINDS studije registrirala alteplazu

za liječenje akutnog moždanog udara. Kasnije su provedeni i ECASS III i ATLANTIS pokusi, koji su pokazali jednaku učinkovitost u liječenju moždanog udara rt-PA<sup>17</sup>.

### Nedostaci trombolize

Najteža i zapravo jedina relevantna komplikacija je intracerebralno krvarenje. Prema podacima iz Japana takvo se krvarenje javlja u oko 4,5 % ispitanika<sup>15,16</sup>. Neki autori preporučuju praćenje rekanalizacije arterijske okluzije MR angiografijom, kako bi se spriječio razvoj intracerebralne hemoragije i drugih komplikacija<sup>18-19</sup>. Opisan je i orolingvalni angioedem kao moguća komplikacija. Kontraindikacije za primjenu trombolitičkog liječenja u tom smislu donosi tbl. 4.

Primjerenim, pažljivim odabirom bolesnika za liječenje uz praćenje vitalnih funkcija i kliničkog odgovora na terapiju fatalne komplikacije se većinom mogu spriječiti.

Primjena trombolize u odnosu na aspirin u dozama od 100-300 mg ima veću učinkovitost, a manje smrtnih ishoda i teških neuroloških oštećenja<sup>19</sup>.

Griebe i sur. navode da se lakunarni infarkti moraju liječiti trombolizom kao i drugi ishemijski inzulti<sup>20</sup>. Uočeno je da nije bilo značajnih razlika u djelotvornosti alteplaze između bolesnika s opsežnim inzultima i onih s lakunarnim inzultima, a nisu uočene ni bitne razlike u komplikacijama.

Različita su razmišljanja o učinkovitosti sistemske trombolize u bolesnika s dijabetesom. Čini se da dijabetičarima ne treba ustezati davanje alteplaze<sup>21</sup>. Naime, nisu opažene značajne razlike u djelotvornosti i podnošljivosti u odnosu na nedijabetičare.

Primjena sistemske iv. trombolize bila je u početku rezervirana za infarkte prednje i srednje moždane cirkulacije (a. cerebri media, ACM i a. cerebri anterior, ACA). Oko 20% infarkta zahvaća međutim stražnju moždanu cirkulaciju (a. cerebri

posterior, ACP), te su istraživanja bila usmjerena i na tom području.

**Tablica 4.** Kontraindikacije za primjenu rt-PA

1. Trombociti < 100x10 <sup>9</sup> /l
2. PV (INR) preko normale
3. Liječenje peroralnim antikoagulansima
4. Primao heparin u manje od 48 h i APTV preko normale
5. Anamnestički tumor mozga, intrakranijsko krvarenje, aneurizma, angiom
6. Gastrointestinalno krvarenje ili urogenitalno krvarenje prije 21 dan
7. Akutno teško krvarenje ili trauma
8. Od ranije poznati poremećaj zgrušavanja krvi
9. Sistolički tlak unatoč poduzetoj terapiji >185 mm Hg ili <110 mm Hg
10. GUK < 2,7 mmol/l ili > 22,2 mmol/l
11. Moždani infarkt, srčani infarkt, trauma glave u zadnja 3 mjeseca
12. Kod dijabetičara raniji moždani udar u anamnezi
13. Bakterijski endokarditis, perikarditis, akutni pankreatitis
14. Simptomi koji brzo regresiraju
15. Simptomi subarahnoidnog krvarenja (čak i ako je uredan CT mozga)
16. Epileptički napad na početku moždanog infarkta
17. Veći operativni zahvat unutar 2 tjedna
18. Porod, punkcija krvne žile koju nije moguće komprimirati unutar 7 dana
19. Peptički ulkus unatrag 3 mjeseca
20. Varikoziteti jednjaka, teška bolest jetre
21. Maligna bolest s povećanim rizikom krvarenja

Rezultati sistemske iv. trombolize i intraarterijske trombolize vertebrobasilarnog sliva pokazuju gotovo identičan oporavak i stopu preživljavanja (NINDS, ECASS i ATLANTIS pokusi<sup>14,16,21</sup>).

Postupak se može provesti u svim ustanovama koje imaju mogućnost izvođenja cerebralne angiografije i adekvatne u uvjete za zbrinjavanje bolesnika u jedinicama za moždani udar.

## Zaključak

Tromboliza kao prihvaćen, odobren postupak u liječenju ishemijskog moždanog udara, uz strogo poštivanje provedbenih kriterija, bitno je smanjila smrtnost i invalidnost u takvih bolesnika. Vrijeme za provođenje ovog postupka se proširilo i do 4,5 h od početka simptoma, kao i na stariju životnu dob. Primjerena izvedba trombolitičke terapije značajno smanjuje smrtnost, invalidnost i troškove liječenja, koji uključuju dugotrajnu rehabilitaciju.

## Literatura

- Demarin V. Stroke - diagnosis & therapeutic guidelines. *Acta Clin Croat* 2002; 41:9-10.
- Demarin V, Lovrenčić-Huzjan A, Šerić V i sur. Recommendations for stroke management. *Acta Clin Croat* 2011; 40:127-54.
- Naylor AR. Why is the management of asymptomatic carotid disease so controversial? *Surgeon* 2015;13:34-43.
- Cureshi AI, Chaudry SA, Quershi MD, Suri MF. Rates and predictors of 5-year survival in a national cohort of asymptomatic elderly patients undergoing carotid revascularization. *Neurosurgery* 2015;76:34-41.
- Wardlaw JM, Zoppo G, Yamaguchi T, Berge E. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2003.
- Schwammenthal Y, Tsabari R, Bakon M, Orion D, Merzeliak O, Tanne D. Thrombolysis in acute stroke. *Isr Med Assoc*. 2006; 8: 784-7.
- Mileke O, Wardlaw J, Liu M. Thrombolysis (ifferent doses, routes of administration and agents) for acute ischemic stroke. *Cochrane databases Syst Rev* 2004.
- The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995;333:1581-7.
- Fuentes B, Martinez-Sachez P, Rodriguez-Sanz A i sur. Intravenous thrombolysis in stroke patients under 55 years of age: is there a different affect according to etiology and severity? *J Thromb Thrombolysis*.2014; 37:557-64.
- Mori M, Naganuma M, Okada Y i sur. Early neurological deterioration 24 hours after intravenous rt-PA therapy for stroke patients: the Stroke Acute management with Urgent Risk Factor Assessment and Improvement rt-PA Registry. *Cerebrovasc Dis* 2012; 34:140-6.
- Tanahashi N. Thrombolysis by intravenous tissue plasminogen activator (t-PA): current status and future directions. *Brain Nerve* 2009; 61:41-52.
- Schwammenthal Y, Drescher MJ, Mwerzeliak O i sur. Intravenous recombinant tissue plasminogen activator therapy for acute ischemic stroke: initial Israeli experience. *Isr Med Ass J* 2004; 6:70-4.
- Davalos A, Alvarez-Sabin J, Marti-Vialta JL, Castilo J. Intravenous tissue-type plasminogen activator for the treatment of acute cerebral ischemia. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:1-5.
- The NINDS t-PA Stroke Study Group. Intracerebral hemorrhage after intravenous t-PA therapy for ischemic stroke. *Stroke* 1997; 28: 2109-18.
- Mori M, Naganuma M, Okada Y i sur. Early neurological deteriorations within 24 hours after intravenous rt-PA therapy for stroke patients: the Stroke Acute Management with Urgent Risk Factor Assessment and improvement rt-PA Registry. *Cerebrovasc Dis* 2012; 34:140-6.
- Hacke W, Kaste M, Fieschi C i sur. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASSII). Second European-Australasian Acute Stroke study (ECASSII). *Lancet* 1998; 352:1245-51.
- Antončić I, Davidov S, Tuškan-Mohar L, Bonifačić D, Perković O, Sošić M. Sistemska tromboliza u liječenju akutnog ishemijskog moždanog udara. *Med Fluminensis* 2013; 49: 454-62.
- Strbian D, Michel P, Seiffge DJ i sur. Symptomatic intracranial haemorrhage after stroke thrombolysis - comparison of prediction scores. *Stroke* 2014; 45:752-8.
- Charidimou A, Kakar P, Fox Z, Werring DJ. Cerebral microbleeds and the risk of intracerebral haemorrhage after thrombolysis for acute ischemic stroke: systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 84:277-80.
- Griebe M, Fischer E, Kablau M i sur. Thrombolysis in patients with lacunar stroke is safe: an observational study. *J Neurol* 2014; 261:405-11.
- Fisentes B, Cruz-Herranz A, Martinez-Sanchez P i sur. Acute ischemic stroke patients with diabetes should not be excluded from intravenous thrombolysis. *J Thromb Thrombolysis* 2014;38:522-7.
- Albers GW, Clark WM, Madden KP, Hamilton SA. ATLANTIS trial. Results for patients treated within 3 hours of stroke onset. *Stroke* 2002;33:493-6.

## PRIKAZ SLUČAJA: Hipotireoza (Hashimotov tiroiditis)

Tatjana Cikač, Kristina Sambol

### Sažetak

Hipotireoza je jedna od najčešćih endokrinoloških bolesti s većom učestalošću među ženama i starijim osobama. Procjenjuje se da danas u svijetu boluje ili se liječi od bolesti štitnjače oko 200 milijuna ljudi. Iako je hipotireoza lako izlječiva bolest i dalje ostaju izazovi vezani uz dijagnozu i liječenje. Liječnici obiteljske medicine imaju dovoljno znanja i iskustva kako bi mogli dijagnosticirati i liječiti hipotireozu. Da bi liječenje bilo što uspješnije potreban je individualan pristup i partnerski odnos s pacijentom. U ovom radu opisano je kroz prikaz slučaja, na koji način pristupiti pacijentu sa simptomima koji upućuju na bolest štitnjače. Prikazano je koji se dijagnostički postupci provode te načini na koji se uvodi i titrira terapija.

**Ključne riječi:** hipotireoza, dijagnoza, liječenje, obiteljska medicina

### Summary

Hypothyroidism is one of the most common endocrine diseases with a higher incidence among women and the elderly. It is estimated that 200 million people in the world have some form of thyroid disease. Although hypothyroidism is easily curable disease still remain challenges related to diagnosis and treatment. Family physicians have sufficient knowledge and experience to be able to diagnose and treat hypothyroidism. In order to get the most out of treatment it requires an individual approach and partnership with the patient. This paper describes the case report on how to approach a patient with symptoms suggestive of thyroid disease. In this paper is represent diagnostic algorithm for investigation of thyroid dysfunction and dose titration method.

**Key words:** hypothyroidism, therapy, diagnosis, family medicine practitioner

### Uvod

Štitna žlijezda je neparni organ smješten s prednje strane vrata, a sastoji se od dva režnja povezana istmusom. Njezine folikulske stanice proizvode dva glavna hormona tetrajodtironin (T4) i trijodtironin (T3)<sup>1</sup>. Ne postoji gotovo ni jedan organ ili tkivo u našem tijelu koje nije pod utjecajem hormona štitnjače. Potrebni su za normalni razvoj fetusa i novorođenčeta, a kasnije nadziru metabolizam bjelancevina, ugljikohidrata i masti<sup>2</sup>. Hormonski učinak T3 je znatno aktivniji, dok T4 ima duži poluvijek te se može prometnuti u T3. Na taj način T4 predstavlja rezervni oblik T3. Među endokrinološkim bolestima, bolesti štitnjače su na drugom mjestu. Procjenjuje se da danas u svijetu boluje ili se liječi od bolesti štitnjače oko 200 milijuna ljudi<sup>3</sup>.

### Prikaz slučaja

Pacijentica T.L., rođena 1959. godine, radi u tvornici koja se bavi preradom kože. Njezin rad je smjenski te svaki tjedan dva dana radi i noću. Živi sa suprugom u dvosobnom stanu blizu centra grada. Suprug je zaposlen kao radnik u drvnjoj industriji. U slobodno vrijeme brine se o unuci koja ima četiri godine. Javila se u ambulantu zbog opće slabosti, gubitka apetita, osjećaja mučnine nakon pojedenog obroka i opstipacije. Simptomi su bili prisutni unazad mjesec dana. Do tog posjeta povremeno je dolazila u ambulantu, uglavnom zbog akutne respiratorne infekcije. Zadnji zabilježeni pregled bio je prije malo manje od godinu dana. Lijekove nije uzimala, osim povremeno analgetik zbog bolova u kralježnici. Ne puši, a alkohol konzumira prigodno. U njezinom zdravstvenom kartonu nisu bile zabilježene nikakve patološke vrijednosti arterijskog tlaka ili laboratorijskih nalaza. Iz obiteljske anamneze saznala sam da joj sestra boluje od DM tip 2. Što se tiče roditelja,

nije se sjećala da su bili teže bolesni. Primijetila sam da ima suhu i perutavu kožu, tlak izmjeren u ambulanti je bio 160/90 mmHg, a indeks tjelesne mase 25,7. Sama je navela da iako ima slabiji apetit nije primijetila da je izgubila na tjelesnoj težini. Akcija srca bila je ritmična, tonovi jasni uz tiši sistolički šum nad Erbom. Ekstremiteti su bili simetrični, bez edema s urednim perifernim pulzacijama. Štitnjaču nisam palpirla. Digitorektalni pregled je također bio uredan. Osim tlaka, u ambulanti smo joj izmjerili i povišenu vrijednost glukoze od 8.5. Uputila sam je u laboratorij zbog kontrole krvne slike i hormona štitnjače. Zbog povišene vrijednosti tlaka savjetovala sam joj određene higijensko-dijetetske mjere i promjenu stila života. Na kontrolu je došla za dva dana i donijela nalaze. Vrijednost TSH 14.12.2012. bila je 29.1 mU/L. Osim toga imala je povišene vrijednosti ukupnog kolesterola 6.8 mmol/l, LDL kolesterola 4.46 mmol/L te triglicerida 1.93 mmol/L. Ostali laboratorijski parametri bili su uredni. Uputila sam je na određivanje antitijela štitnjače, tireoglobulinska antitijela i ultrazvuk štitnjače. U terapiju je uveden levotiroksin od 50 mcg s uputom da prvih tjedan dana uzima svakodnevno 25 mcg. Ultrazvuk štitnjače pokazao je da su oba režnja inhomogene strukture te da su prisutna dva kalcifikata u području desnog režnja. Vrijednosti anti-TPO su bile 1606 J/mL, a anti Tg 41,6 J/mL. Također je naručena na pregled endokrinologa krajem drugog mjeseca 2013. U ambulantu se nije javila za tri tjedna kako joj je bilo savjetovano već početkom drugog mjeseca 2013. pa se tada i učinila kontrola TSH. Vrijednosti TSH su 8.2.2013 bile 21.9 mU/L pa smo se odlučili povisiti dozu levotiroksina na 50 mcg dnevno te dva dana u tjednu 75 mcg. Konzultant endokrinolog je potvrdio postavljenu dijagnozu te je predložio da se uz levotiroksin od 50 mcg uvede dva puta u tjednu doza od 100 mcg uz kontrolu TSH za dva mjeseca. Nakon dva mjeseca liječenja, odnosno 14.5.2013. kontrolni TSH bio je 9,9 mU/L. Isto liječenje nastavljeno je sljedeća tri mjeseca pa je nakon toga TSH bio 6,94 mU/L uz fT4 17 pmol/L i fT3 5,4 pmol/L. Tada smo se odlučili smanjiti dozu levotiroksina na 75 mcg dnevno uz ponovnu kontrolu TSH za 3 mjeseca.

## Rasprava

Hipotireoza je jedna od najčešćih endokrinoloških bolesti sa većom učestalošću među ženama i starijim osobama<sup>4</sup>. Prospektivna studija koja je provedena u Velikoj Britaniji i trajala je 20 godina pokazala je da je incidencija primarne hipotireoze žena 3.5 na 1000, a muškaraca 0.6 na 10005. Najčešći uzrok primarne hipotireoze je nedostatak joda u prehrani (endemska gušavost) dok je u neendemskim područjima većina hipotireoza uzrokovana kroničnim autoimunim upalnim procesom (Hashimotov tiroiditis)<sup>6</sup>. U Hashimotovom tiroiditisu dolazi do infiltracije štitnjače limfocitima. Ostali uzroci hipotireoze su kirurško odstranjenje štitnjače, liječenje hipertireoze radioaktivnim jodom, defekt u proizvodnji hormona štitnjače, tumori<sup>6</sup>. Simptomi se razvijaju postupno i često su nespecifični. Glavni simptomi i znakovi su kroničan umor, bolovi u zglobovima i mišićima, pospanost, otežana koncentracija, bezvoljnost, razdražljivost, opstipacija, porast tjelesne težine, povišene vrijednosti kolesterola i triglicerida, bradikardija, edemi, suha koža, promuklost, poremećaj menstrualnog ciklusa<sup>2</sup>. Najosjetljivija analiza u postavljanju dijagnoze je mjerenje serumskog TSH<sup>7</sup>. Kod primarne hipotireoze vrijednosti TSH su uvijek povišene, a slobodni T4 je nizak<sup>1</sup>. Snižene vrijednosti T4 bez očekivanog porasta TSH ukazuju na veću vjerojatnost da se radi o centralnoj hipotireozi nastaloj zbog poremećenog rada hipotalamusa ili hipofize<sup>2</sup>. Dodatni testovi koji se koriste je određivanje autoantitijela štitnjače - autoantitijela protiv tiroidne peroksidaze (anti-TPO) i tireoglobulina (Tg). Tiroidna antitijela su pozitivna kod 95% pacijenata s dijagnozom autoimunog tiroiditisa<sup>6</sup>. Za potvrdu dijagnoze Hashimotovog tiroiditisa dovoljno je odrediti anti-TPO zbog njihove dovoljne senzitivnosti i specifičnosti<sup>6</sup>. Anti-TPO su pozitivna kod 10-15% ljudi u općoj populaciji i njihovo prisustvo nije razlog za uvođenje terapije ukoliko su ostali biokemijski parametri uredni<sup>8</sup>. Liječenje se sastoji u nadoknadi hormona koji nedostaje. Daje se sintetski hormon levotiroksin čija se doza mora postupno prilagoditi svakom pacijentu.

Također je prije liječenja potrebno razlučiti da li nastala hipotireoza nije prolazno stanje i posljedica uzimanja lijekova što onda zahtjeva kratkotrajno uvođenje nadomjesne terapije ili pak ona uopće nije potrebna<sup>6</sup>. Kod svih pacijenata čija je vrijednost TSH >10 potrebno je započeti terapiju levotiroksinom. Ukoliko su vrijednosti između 4.5 i 10 preporuča se kontrola TSH i F4 nakon 2-3 mjeseca zbog mogućeg prolaznog porasta TSH<sup>7</sup>. Početna doza od 50 µg/d namijenjena je mladim osobama dok se u starijih bolesnika započinje sa 12,5-25 µg/d<sup>9</sup>. Do postizanja ciljnih vrijednosti TSH koje su u mlađih 2.5, a u starijih 3.0-5.0 kontrole se provode svakih 6 do 8 tjedana te kasnije svakih 6 do 12 mjeseci<sup>6</sup>. Ultrazvuk štitnjače je potrebno ponoviti jednom u 1-2 godine. Levotiroksin ima uzak terapijski raspon pa male razlike u apsorpciji mogu rezultirati subkliničkom ili kliničkom hipertireozom ili hipotireozom. Različite prehrambene tvari, dodaci prehrani i lijekovi koje pacijenti svakodnevno koriste mogu utjecati na smanjenje apsorpcije levotiroksina ili ubrzanje njegovog metabolizma<sup>10</sup>. Zato je idealno da se uzme ujutro najmanje pola sata prije unosa bilo kojih drugih tvari u organizam. Neki lijekovi koji mogu smanjiti apsorpciju levotiroksina su kalcijev karbonat, željezni sulfat, inhibitori protonske pumpe, antikonvulzivni lijekovi, oralni kontraceptivi<sup>10</sup>. Također bi bilo poželjno u prehranu uključiti nutrijente koji pozitivno utječu na rad štitnjače. Važan je svakodnevni unos vitamina C, E, B6, B2, cinka, selena i aminokiseline tirozina<sup>11</sup>. Navedenim nutrijentima obiluju ribe, mahunarke, cjelovite žitarice, orašasti plodovi, citrusno voće, mliječni proizvodi, zeleni čaj, maslinovo ulje. Uz kofein preporučljivo je izbjegavati namirnice čiji sastojci mogu ometati apsorpciju joda i pogoršati hipotireozu, a među njih se ubrajaju kupus, kelj, proizvodi od soje, brokula, breskve, kikiriki<sup>11</sup>. U gotovo 15% starijih žena posebno uz Hashimotov tireoiditis javlja se subklinička disfunkcija štitnjače<sup>1</sup>. Subklinička hipotireoza se prokazuje malim ili nikakvim simptomima uz uredne vrijednosti T4 i povišeni TSH. Stavovi o tome je li potrebno liječiti svaku osobu s dijagnozom subkliničke

hipotireoze, još uvijek nisu usklađeni. Svakom slučaju pristupa se individualno uzimajući u obzir prisutnost simptoma hipotireoze, anti-TPO i slično. Istraživanja pokazuju da se ne uvođenjem terapije kod subkliničke hipotireoze povećava rizik kardiovaskulnih bolesti (koronarna bolest, zatajenje srca) i dislipidemije, prevalencija nealkoholne steatoze jetre i Alzheimerove bolesti kod žena<sup>12</sup>. Nedavno provedena Cochraneova studija pokazala je kako ne postoji razlika u preživljenju i smanjenju smrtnosti od kardiovaskulnih bolesti kod osoba sa subkliničkom hipotireozom koje su liječene i onih koje nisu liječene<sup>13</sup>. Dokazi koji govore u prilog liječenja levotiroksinom kod TSH 4.5-10 su prevencija progresije u kliničku hipotireozu, smanjenje nespecifičnih simptoma, poboljšanje nalaza lipidograma. Preporuka je da je potrebno liječiti sve pacijente sa TSH>10, trudnice ili žene koje planiraju trudnoću i one s gušom. Liječenje je vjerojatno korisno kad je TSH 4.5-10 kod pacijenata mlađih od 65 godina sa simptomima ili znakovima hipotireoze osobito ako su prisutna i anti-TPO antitijela i kod onih s povećanim kardiovaskulnim rizikom (dijabetes, pušači, dislipidemija, ishemijska bolest srca)<sup>13</sup>.

## Zaključak

Iako je hipotireoza lako izlječiva bolest i dalje ostaju izazovi vezano uz dijagnozu i liječenje. Problem dijagnostike je odsutnost općeprihvaćenih referentnih vrijednosti hormona štitnjače i TSH zbog čega liječnik treba biti upoznat s normalnim rasponom svog laboratorija. Liječnici obiteljske medicine imaju dovoljno znanja i iskustva kako bi mogli prepoznati, dijagnosticirati i liječiti hipotireozu. Hipotireoza je bolest koja zahtjeva doživotno liječenje i praćenje. Da bi ono bilo što uspješnije potrebno je uspostaviti partnerski odnos s pacijentom. Pacijentu treba objasniti o kakvoj se bolesti radi i kako se liječi. Prilikom kontrole i prilagođavanja doze levotiroksina trebaju se u obzir uzeti i simptomi koje navodi pacijent. U liječenju subkliničke hipotireoze pristup treba biti individualiziran, uzimajući

u obzir dob, pridružene bolesti i simptome kao i želje i očekivanja pacijenta vezano uz provođenje liječenja. Važno je dobro istitirati terapiju i izbjeći predoziranje jer to kod bolesnika može povećati rizik od nuspojava hipertireoze (fibrilacija atrijske, osteoporoza). Liječnici obiteljske medicine mogu pacijentu kroz poduku i razgovor pomoći da se što bolje nosi sa svojom bolešću. U obiteljskoj medicini je liječnik usmjeren prema pojedincu i problemu pristupa sistematično.

### Literatura

1. Ivančević Ž. MSD priručnik dijagnostike i terapije osamnaesto izdanje. Split: Placebo d.o.o., 2010.
2. Vrhovac B, Francetić I, Jakšić B, Labar B, Vucelić B. Interna medicina. Zagreb: Naklada Ljevak, 2003.
3. Orlander PH, Griffing GT. Hypothyroidism. Dostupno na: (<http://emedicine.medscape.com/article/122393-overview#a0156>)
4. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado thyroid disease prevalence study. Arch Intern Med 2000;28:526–34.
5. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM i sur.. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham Survey. Clin Endocrinol (Oxf) 1995;43:55–68.
6. So M, Maclsaac RJ, Grossmann M. Hypothyroidism. Investigation and management. Australian Family Physician 2012; 41:556-62.
7. Longmore M, Wilkinson IB, Davidson EH i sur. Oxford handbook of clinical medicine 8.izd. Oxford university press, 2010.
8. O’Leary PC, Feddema PH, Valdo PM i sur. Investigations of thyroid hormones and antibodies based on a community health survey: the Busselton thyroid study. Clin Endocrinol 2006;64:97–104.
9. Gaitonde DY, Rowley KD, Sweeney LB. Hypothyroidism: An update. Am Fam Physician 2012; 86(3):244-51.
10. Liwanpo L, Hershman JM. Conditions and drugs interfering with thyroxine absorption. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2009;23:781–92.
11. Liberati Čizmek AM. Prehrana kod bolesti štitnjače. Dostupno na: (<http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/3821/Prehrana-kod-bolesti-stitnjace.html>)
12. Fatoruechi V. Subclinical hypothyroidism: an update for primary care physician. Mayo Clin Proc. 2009; 84(1): 65-71.
13. Villar HCCE, Saconato H, Valente O, Atallah AN. Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism. Cochrane Database of Systc Revs 2009;1.

## Pristup pacijentu s fibrilacijom atrijske *Approaching the patient with atrial fibrillation*

Kristina Sambol, Tatjana Cikač

### Sažetak

Ovaj pregledni članak upućuje na porast učestalosti fibrilacije atrijske (FA), koja raste s dobi, pa starenjem stanovništva postaje i javnozdravstveni problem. Dokazano je da su osobe s FA više puta sklonije kardiovaskularnim događanjima, posebno moždanom udaru. Pravodobnim otkrivanjem i zbrinjavanjem pacijenata sa FA (osobito antikoagulacijom i kontrolom frekvencije srca), u čemu znatnu ulogu imaju liječnici obiteljske medicine, preveniraju se komplikacije, smanjuje poboljšava i smrtnost, a time se produžuje životni vijek i poboljšava kvaliteta života. U članku su dane smjernice za dijagnozu i liječenje, te naputak kada uputiti pacijenta na konzultaciju kardiologu ili hospitalizaciju.

**Cljučne riječi:** fibrilacija atrijske, antikoagulacija, moždani udar, obiteljska medicina, prevencija

### Summary

This review article deals with atrial fibrillation (AF). The prevalence of this arrhythmia grows with age, and becomes a major public health issue in a prevalently elderly population. Persons with AF are much more prone to cardiovascular events, particularly to stroke. Early detection and appropriate management of AF (particularly anticoagulation and heart rate control), with an ample share of family medicine, prevents its complications, decreases morbidity and mortality, and improves quantity and quality of life. Discussed are diagnostic and managerial guidelines, including indication for hospitalization or cardiologist consultation.

**Key words:** atrial fibrillation, anticoagulation, stroke, family medicine, prevention

Fibrilacija atrijske (FA) je najčešći poremećaj srčanog ritma od kojeg trenutno u Europi i SAD-u boluje oko devet milijuna ljudi<sup>1</sup>. Osobe s FA su 4-5 puta sklonije moždanom udaru, uz povišen rizik za kardiovaskularne događaje i češće hospitalizacije<sup>1</sup>. Incidencija FA u osoba starijih od 50 godina je 0,5% i gotovo 9% u dobi iznad 80 godina<sup>1,2</sup>. Liječnici primarne zdravstvene zaštite mogu oportunističkim, a posebno ciljanim probirom visokorizičnih osoba aktivno tražiti pacijente s FA. Na taj način preveniraju CVI i druge srčanožilne događaje. Najčešći simptomi FA su palpitacije, vrtoglavica, osjećaj nedostatka zraka, pritisak u prsima i anksioznost<sup>2</sup>. Faktori rizika i česti komorbiditeti FA su dijabetes, pretilost, zatajivanje srca, hipertenzija, starija životna dob i bolesti srčanih zalistaka<sup>2</sup>. Cilj zbrinjavanja FA je poboljšanje kvalitete života te smanjenje mortaliteta i morbiditeta. Prevencija komplikacija temelji se na primjeni antikoagulantne terapije uz kontrolu frekvencije i adekvatno liječenje pridruženih bolesti srca<sup>3</sup>. Kontrola ritma može se postići kardioverzijom, ablacijom ili primjenom antiaritmika<sup>2</sup>. FA je složeno stanje koje zahtijeva individualan pristup.

### Etiologija i klasifikacija

Razlozi zbog kojih se FA javlja su različiti: ishemijska bolest srca, navlastito atrijska, alkohol, lijekovi, upala, hormonski poremećaji, nikotin i starija životna dob<sup>2</sup>. FA se javlja kad se u atriju iz više izvora, ali ne iz sinus-atrijskog čvora, odašilju impulsi koji uzrokuju nepravilan ritam; radi se o kaotičnom izbijanju i kruženju električnih podražaja u pretkljetkama. FA se prema ACC, AHA i ESC klasificira u tri kategorije: permanentnu, perzistentnu i paroksizmalnu<sup>1</sup>. Paroksizmalna FA predstavlja



epizodu aritmije koja spontano prestaje unutar 7 dana (najčešće <24 h)<sup>1</sup>. Dijagnoza se postavlja nakon dva ili više takvih hapadaja. Kasnije može progradirati u perzistentni oblik. Perzistentna epizoda traje dulje od 7 dana; često zahtijeva medikamentnu intervenciju ili elektrokardioverziju kako bi se prekinula<sup>1</sup>. Nerijetko predstavlja prvu pojavu FA ili je posljedica ponavljanih epizoda paroksizmalne FA. Zna se javiti i sekundarno, u starijih kardiopata (arterijska hipertenzija, kongestivno zatajenje srca, koronarna bolest). Ukoliko traje dulje od godinu dana govori se o permanentnoj FA kod koje su glavni terapijski ciljevi kontrola frekvencije i prevencija embolija<sup>1,4</sup>.

### Simptomatologija

Klinički se FA može prokazati spektrom simptoma, od asimptomatske FA do kardiogenog šoka. U 90% slučajeva FA je asimptomatska, no pacijenti se mogu žaliti na različite smetnje, kao što su palpitacije, dispneja, vrtoglavica, angina<sup>3</sup>. Prvi znak bude ponekad ishemijski moždani udar uzrokovan embolusom iz treperećeg lijevog atrija, većinom iz aurikule. Puls je potpuno nepravilan, većinom ubrzan, a može biti izražen i deficit bila.

### Dijagnoza

Dijagnoza FA postavlja se većinom već na temelju anamneze i fizikalnog pregleda. Od pacijenta valja dobiti podatke o uzimanju alkohola, o nedavnim infekcijama, o upotrebi lijekova te o drugim srčanim bolestima. Tipični simptomi su tahiaritmija, palpitacije, slabost, vrtoglavica, zaduha i omaglice. Potrebno je saznati kada su simptomi počeli, kako se često javljaju i koliko dugo traju. Prilikom kliničkog pregleda pažnju treba obratiti na puls (frekvencija i ritam), na arterijski tlak, na auskultaciju srca i pluća te na eventualno postojanje perifernih edema. Auskultacijom pluća mogu se uočiti znakovi zatajivanja srca (kongestija), a auskultacijom srca utvrditi nepravilan ritam, nejednak I. ton i promjene srčanih zalistaka (stenoza, insuficijencija).

Procjenom cjelokupne kliničke slike potrebno je pokušati utvrditi osnovni razlog bolesti (npr. hipertireoza, mitralna stenoza).

### EKG zapis

Dijagnoza se potvrđuje EKG zapisom, u kojem se ne raspoznaju P valovi uz nepravilne R-R intervale i fibrilacijske valove između QRS kompleksa (sl. 1)<sup>4</sup>. Mišićni tremor ili električno ometanje mogu nalikovati f valovima treperenja atrija, ali je osnovni ritam pravilan. Korisna je usporedba s prethodnim snimkama ako su dostupne.



Slika 1. EKG zapis fibrilacije atrija

### Ehokardiografija

Potrebno je izvršiti i ehokardiografski pregled kako bi se utvrdile ili otklonile strukturne promjene srca (kardiomiopatija, bolesti zalistaka, proširenje lijevog atrija) ili dodatni čimbenici rizika za moždani udar (tromb u atriju, aortni plak)<sup>4</sup>.

### Laboratorijske pretrage

Laboratorijski nalazi mogu otkriti eventualnu osnovnu ili eventualne prilježne bolesti. Preporuča se odrediti KKS, elektrolite, kreatinin, CK, hormone štitnjače pa i D-dimere (ako postoji povećani rizik embolije)<sup>3,4</sup>.

### Druge pretrage

24-h snimanje EKG-a po Holteru je korisno u slučaju paroksizmalne FA koja se ne otkriva prilikom kliničkog pregleda, kao i za procjenu kontrole frekvencije. Rendgen srca i pluća potrebno je učiniti kad se sumnja na zatajenje srca ili na plućnu bolest<sup>5</sup>.

## Pristup zbrinjavanju FA

1. Potvrditi dijagnozu EKG zapisom.
2. Razmotriti potrebu za hospitalizacijom.
3. Utvrditi tip FA (perzistentna, paroksizmalna, permanentna).
4. Suzbijati simptome.
5. Procijeniti rizik moždanog udara i utvrditi potrebu za anticoagulantnom terapijom.

## Hitno zbrinjavanje

Bolesnicima s novonastalom FA će koristiti hospitalizacija, dok onima s ponavljanim epizodama ona nije neophodna, osim ako na to ne ukazuju drugi simptomi<sup>5</sup>. Liječenje FA se usmjerava na kontrolu srčane frekvencije i na prevenciju tromboembolije. Hitno zbrinjavanje zahtijevaju nestabilni pacijenti (kolaps, frekvencija >120/min) i oni sa znacima tranzitorne ishemijske atake, moždanog udara ili zatajivanja srca<sup>5</sup>. Liječnik obiteljske medicine trebao bi se konzultirati s kardiologom ukoliko ima nedoumice oko uvođenja antikoagulantne terapije, ako je nesiguran radi li se zaista o FA, ako je aritmija paroksizmalna, ako u podlozi postoji neka bolest srca ili je riječ o mlađoj osobi<sup>3-5</sup>.

## Utvrditi tip fibrilacije atrijske

Poznavanje tipa FA pomaže u donošenju odluke o pristupu liječenju. Ovisno o učestalosti javljanja i o trajanju FA može biti:

1. akutna: svi pacijenti koji se prvi puta prezentiraju s FA,
2. paroksizmalna: epizode FA koje traju do 48 h (ponekad i do 7 dana) i same prestaju,
3. perzistentna: epizode traju >7 dana ili zahtijevaju medicinsku intervenciju za prekid,
4. dugotrajna perzistentna (engl. *long lasting*): FA koja traje dulje od godinu dana, ali je već bila konvertirana u sinusni ritam,
5. permanentna: traje dulje od godinu dana i ne može se konvertirati u sinusni ritam<sup>5</sup>.

## Suzbijanje simptoma

### *Kontrola frekvencije ili ritma?*

Liječenje FA uključuje dva osnovna principa: kontrolu frekvencije i smanjenje rizika tromboembolije<sup>1</sup>. Kontrola ritma, tj. postizanje sinusnog ritma nije uvijek potrebna<sup>3-5</sup>. Cilj kontrole ritma i/ili frekvencije je smanjiti simptome fibrilacije i rizik za razvoj tromboembolijskih incidenata. Kontrola frekvencije, tj. smanjenje broja otkucaja, pogodnija je za starije osobe (>65 godina), koronaropate te pri kontraindikacijama za primjenu antiaritmika<sup>1-3</sup>. Kontrola ritma je pogodnija za simptomatske, mlađe pacijente i one kojima se FA javlja prvi put. Lijekovi za kontrolu ritma se ne bi trebali davati simptomatskim pacijentima ili onima koji su postali simptomatski nakon odgovarajuće kontrole frekvencije. Elektrokonverzija je indicirana osobama s fibrilacijom koja traje <48 h<sup>5</sup>. Kod stabilnih, simptomatskih pacijenata može se izvršiti nakon bar 4 tjedna propisne antikoagulantne terapije<sup>1</sup>. Prije provedbe elektrokardioverzije treba ultrazvučno isključiti postojanje tromba u srčanim šupljinama.

### *Reguliranje srčane frekvencije*

Za kontrolu frekvencije u monoterapiji se daju  $\beta$  blokatori ili nedihidropiridinski antagonisti kalcijevih kanala<sup>2</sup>. Po potrebi, osobito u slučaju dekompenzacije srca, može se dodati digitalis (npr. digoksin, medigoksin). Blokatore  $\beta$ -adrenergičkih receptora (npr. atenolol, bisoprolol, propranolol) treba izbjegavati kod astme, a oprezno dozirati kod teškog zatajenja srca ili KOPB-a<sup>2</sup>. Nedihidropiridinski antagonisti kalcijevih kanala (npr. diltiazem, verapamil) doprinose boljoj toleranciji napora<sup>3</sup>. Zbog negativnog inotropnog djelovanja trebalo bi ih izbjegavati kod srčanog zatajenja. Verapamil se ne bi smio davati u kombinaciji s  $\beta$  blokatorima jer se tako povećava rizik zatajenja srca, bradikardije i asistolije<sup>1,2</sup>.

### *Reguliranje ritma*

U prikladne antiaritmike spadaju amiodaron, sotalol, propafenon i flekainid<sup>2</sup>. Amiodaron se

smatra najsigurnijim za primjenu kod srčane dekompenzacije, ali ima dosta nuspojava izvan srčanožilnog sustava, kao što su fotosenzitivnost, hiper/hipotireoza, oštećenje jetre i periferna neuropatija<sup>5</sup>. Mnogi od ovih antiaritmika produžuju QT interval pa mogu djelovati proaritmčki i potaknuti atipičnu ventrikulsku tahikardiju torsade de pointes<sup>1</sup>.

### Procjena rizika moždanog udara i antikoagulantna terapija

Antikoagulantna terapija smanjuje smrtnost osoba s FA. Čak i uz zadovoljavajuću kontrolu ritma ostaje povećan rizik moždanog udara<sup>6</sup>. Kod svih pacijenata s FA treba razmotriti potrebu za dugotrajnom primjenom varfarina ili acetilsalicilne kiseline (ASK, aspirin; dnevna doza 75-150 mg) u prevenciji moždanog udara i drugih embolijskih incidenata (npr. embolija gornje mezenterijske arterije). Pokazalo se da je varfarin (u nas Martefarin tbl. po 3 i 5 mg) u prevenciji moždanog udara efikasniji od aspirina, ali uz veću vjerojatnost krvarenja<sup>5</sup>. Rizik od krvarenja je veći u starijoj životnoj dobi (>75 godina), uz INR >3, hipertenziju ili ulkusnu bolest<sup>1</sup>.

Odluka o uvođenju varfarina ili aspirina treba se temeljiti na pažljivom odvagivanju rizika tromboembolijskog događaja u odnosu na rizik

krvarenja. Pomoću HAS-BLED ljestvice (tbl. 1) može se na brz i jednostavan način izračunati rizik krvarenja za svakog pacijenta, što pomaže u donošenju terapijske odluke<sup>5</sup>. Zbir  $\geq 3$  boda govori za visok rizik krvarenja i nalaže osobito pomno praćenje pacijenta<sup>5</sup>. Treba uzeti u obzir i očekivanu suradljivost pacijenta i mogućnost redovite kontrole INR-a (kratica za engl. *International Normalized Ratio*; omjer protrombinskih vremena pacijentove i kontrolne krvi, podešen prema osjetljivosti korištenog tromboplastina).

Prilikom odluke o uvođenju antikoagulantne terapije koriste se CHA2DS2 i CHA2DS2-VASc (neobične kratice od engl. C - *congestive heart failure*, H - *high blood pressure*, A - *age >75*, D - *diabetes mellitus*, S2 - *stroke/TIA*, V - *vascular disease*, A - *age 65-74*, Sc - *sex category*) bodovne ljestvice (tbl. 2)<sup>6,7</sup>. Danas više korištena, premda malo složenija, CHA2DS2-VASc ljestvica, uz kongestivno zatajenje srca, hipertenziju, dob  $\geq 75$  godina, dijabetes i anamnezu moždanog udara, uzima u obzir i bolesti krvnih žila, dob 65-74 i ženski spol<sup>7</sup>. Pacijenti čiji je zbir  $\geq 2$  boda trebaju uzimati oralne antikoagulanse i održavati INR u rasponu 2-3, oni s jednim bodom mogu dobivati bilo varfarin bilo ASK, a oni bez bodova mogu uzimati samo ASK ili ostati bez antiagregacijske terapije<sup>3,4,7</sup>. Način podešavanja terapije varfarinom prikazuje sl. 2.

**Tablica 1.** Klinički čimbenici važni u procjeni krvarenja po HAS-BLED bodovanju

Slovo	Klinički čimbenik	Bodovi
H	Hipertenzija (sistolički RR >160 mmHg – od engl. <i>Hypertension</i> )	1
A	Bilirubin >2 $\times$ , AST, ALT >3 $\times$ iznad gornje granice normale; kreatinin >200 $\mu$ mol/l (od engl. <i>Abnormal lab</i> ) - svako po 1 bod	1 ili 2
S	Moždani udar (od engl. <i>Stroke</i> )	1
B	Krvarenje (u anamnezi, hemoraška dijateza, anemija; od engl. <i>Bleed</i> )	1
L	Labilne vrijednosti INR (<60% vremena unutar terapijskih granica)	1
E	Starija dob (> 65 godina; od engl. <i>Elderly</i> )	1
D	Lijekovi (antikoagulanse, antitrombotici, NSAR; od engl. <i>Drugs</i> ) ili alkohol (neprijemljeno uživanje) - svako po 1 bod	1 ili 2
	<b>Maksimalni broj bodova:</b>	<b>9</b>

Tablica 2. CHA2DS2-VASc procjena rizika za moždani udar uz FA

Kratica	Rizični čimbenik	Bodovi
C	Kongestivno srčano zatajivanje/disfunkcija LV (EF<40%)	1
H	Hipertenzija	1
A2	Dob > 75 godina	2
D	Diabetes mellitus	1
S2	Moždani udar/TIA ili tromboembolija	2
V	Vaskulna bolest (prethodni IM, periferna arteriopatija, plak u aorti)	1
A	Dob 65-74	1
Sc	Spol (to jest ženski spol)	1
	<b>Maksimalni broj bodova*</b>	<b>9</b>

\*Maksimalni broj bodova je 9, ali može biti i 6 jer dob donosi 0 (<65), 1 (65-75) ili 2 boda (75 godina)

### Često postavljana pitanja

*Kako postupiti kad treba prekinuti uzimanje varfarina zbog kirurškog zahvata?*

Preoperativno svi pacijenti stariji od 15 godina dobivaju niskomolekulski heparin (LMWH; u nas više pripravaka enoksaparina, dalteparina, nadroparina i reviparina) 3-5 dana prije operacije uz prekid uzimanja varfarina; obično se daje dalteparin (Fragmin 5000 ij/0,2 ml sc., 1x dnevno).

*Što učiniti ako pacijent s FA uzima antitrombotične lijekove?*

Takve osobe nerijetko već uzimaju antiagregacijsku terapiju (npr. ASK, klopidogrel, presugrel, tikagrelor, tiklopidin) radi ranije postavljenih koronarnih stentova ili preboljelog infarkta miokarda. Kombinacija varfarina i aspirina je povezana s razmjerno malim porastom rizika krvarenja u usporedbi sa samim varfarinom, no kombinacija je sigurna u pacijenata s niskim rizikom krvarenja.

*Kada propisati novije peroralne antikoagulanse?*

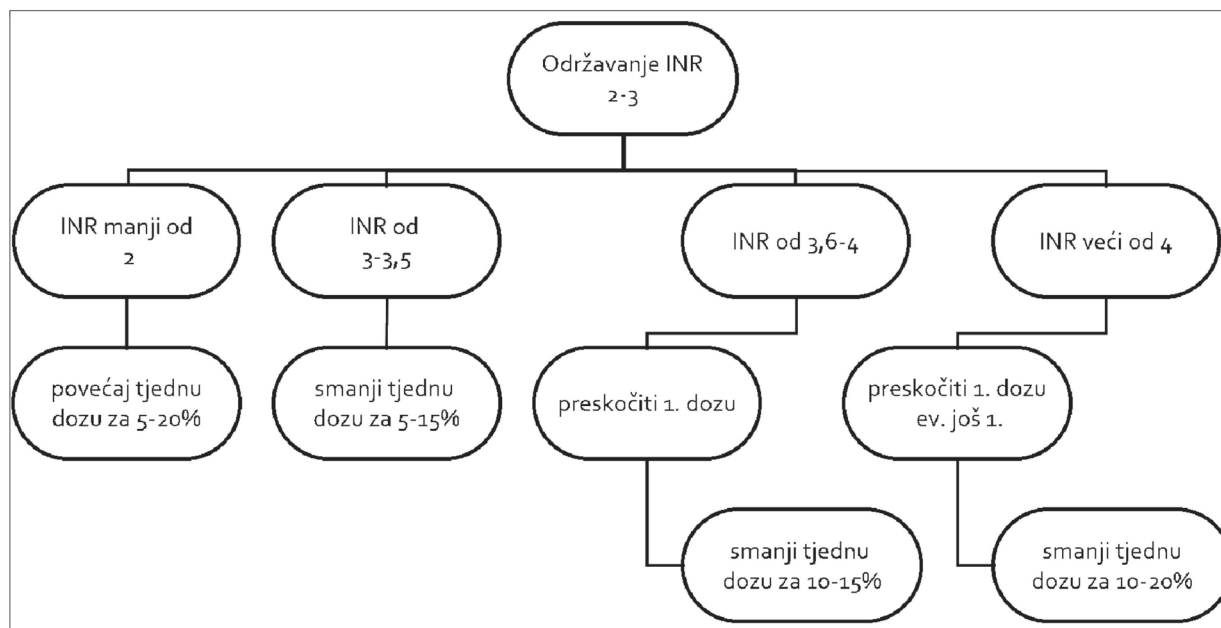
Za razliku od antiagregacijskih lijekova, koji sprečavaju sljepljivanje trombocita i stvaranje tzv. bijelih tromba, antikoagulacijski lijekovi inhibiraju faktore zgrušavanja i stvaranje tzv. crvenih tromba<sup>8</sup>. Pored varfarina danas je dostupno više

novijih peroralnih antikoagulanasa (npr. apiksaban, edoksaban, dabigatran, rivaroksaban). Smatralo se da im je glavna prednost pred varfarinom što se mogu davati bez provjeravanja INR-a, što se pokazalo tek djelimice točno<sup>8</sup>. U nas je odobren dabigatran (Pradaxa kaps. Po 75, 110 i 150 mg), čije je propisivanje do daljnjega bolje prepustiti hematolozi ili kardiolozi.

*Kada pacijenta uputiti na pregled specijalisti kardiologu?*

Ako postoje nedoumice makar uz jedno od sljedećih pitanja razmislite o konzultaciji:

1. nedoumice glede uvođenja antikoagulantne terapije (npr. CHA2DS2VASc zbir  $\leq 1$ ),
2. niste sigurni pokazuje li EKG zapis FA,
3. radi li se o perzistentnoj ili o permanentnoj FA,
4. mlađi (<65 godina) i/ili simptomatski pacijent,
5. sumnja na prateću kardiovaskularnu bolest.



Slika 2. Reguliranje doze održavanja peroralnog antikoagulansa (varfarina).

## Literatura

- Rosenthal L. Atrial fibrillation. Dostupno na (<http://emedicine.medscape.com/article/151066-overview#aw2aab6b2b2>)
- Ivančević Ž i sur. MSD priručnik dijagnostike i terapije osamnaesto izdanje. Split: Placebo, 2010:696-9.
- Kistler PM. Management of atrial fibrillation. *Austr Fam Physician* 2007; 36: 506-11.
- Longmore M, Wilkinson IB, Davidson EH, Foulkes A, Mafi AR. *Oxford handbook of clinical medicine*. 8. izd. Oxford University Press, 2010.
- Sarikaya H, Ferro J, Arnold M. Stroke prevention – medical and lifestyle measures. *Eur Neurol*. 2015;73:150-7.
- Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boehler M, Rich MW, Radfors MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA*. 2001;285:2864-70.
- Lip GY, Nieuwlat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Chest*. 2010;137:263-72.
- Levy JH, Spyropoulos AC, Samama CM, Douketis J. Direct oral anticoagulants: new drugs and new concepts. *JACC Cardiovasc Interv*. 2014;7:1333-51.

# Akutni infarkt miokarda

Kristina Sambol, Tatjana Cikač

## Definicija

Akutni infarkt miokarda predstavlja nekrozu srčanog mišića uzrokovanu prestankom cirkulacije krvi zbog čega dolazi do nedostatne opskrbe mišića kisikom i smrti srčanih stanica.

## Etiologija i epidemiologija

- infarkt miokarda je jedan od vodećih uzroka smrti u industrijskim zemljama i zemljama u razvoju
- u RH je 2011. godine je 6.133 osoba bolnički liječeno zbog infarkta miokarda, a prema podacima javnozdravstvene statistike 3.722 osobe su umrle<sup>1</sup>
- stopa incidencije raste s dobi kod muškaraca i žena te je viša kod muškaraca u svakoj dobnoj skupini<sup>1</sup>
- glavni uzrok infarkta je tromboza koronarne arterije nastala zbog uznapredovale ateroskleroze

## Klasifikacija

Prema EKG promjenama razlikujemo dva tipa akutnog infarkta miokarda:

1. akutni infarkt miokarda bez ST elevacije (NSTEMI)
2. akutni infarkt miokarda sa ST elevacijom (STEMI)

## Faktori rizika<sup>2</sup>

Najvažniji čimbenici rizika za razvoj infarkta miokarda su:

- **hipertenzija** – rizik od oboljenja progresivno raste porastom krvnog tlaka

- **pretilost** – povećan opseg struka je značajni marker rizika
- **kolesterol** – povišene vrijednosti ukupnog i LDL kolesterola u izravnoj su vezi s rizikom od infarkta miokarda
- **dijabetes** – osobe sa šećernom bolesti liječe se kao da su već imale neki neželjeni događaj; 2/3 osoba s dijabetesom umire od bolesti srca i krvnih žila
- **pušenje** – pušači imaju 2-4 puta veći rizik za srčani udar u odnosu na osobe koje nikad nisu pušile
- **dob** – rizik se povećava s godinama
- **spol** – muškarci imaju veći rizik i oboljevaju u ranijoj životnoj dobi; rizik kod žena se povećava nakon menopauze
- **genetska sklonost** - ukoliko je jedan ili više bliskih rođaka u obitelji imao srčani udar, posebice u mlađoj životnoj dobi, postoji tzv. genetska predispozicija ili sklonost za razvoj iste bolesti
- **tjelesna aktivnost** - redovita umjerena tjelesna vježba sprječava bolesti srca i krvnih žila, budući da se vježbanjem kontroliraju i drugi snažni čimbenici rizika, poput krvnog tlaka, kolesterola i šećera u krvi

## Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza<sup>2</sup>

Organski	Psihogeni
endokarditis, angina pectoris, disekcija aorte	anksioznost
astma, KOPB, pneumonija, plućna embolija	poremećaj ličnosti
ezofagitis, GERB, gastritis	simuliranje
pankreatitis, kolelitijaza, kolecistitis	depresija
kontuzija, radikularna bol	

### Klinička slika<sup>2</sup>

- ovisi o opsegu oštećenja i prethodnom stanju srčanog mišića
- najčešći znak infarkta miokarda je bol u prsima

<b>Trajanje</b>	<b>preko 30 minuta</b>
<b>Lokalizacija</b>	retrosternalno, središnji dio prsa
<b>Širenje</b>	vrat, donja čeljust, ramena, epigastrij, lijeva ruka
<b>Karakter</b>	jaka i neprekidna bol, osjećaj gušenja; ne mijenja se promjenom položaja tijela

### Fizikalni pregled<sup>3</sup>

1. procjena općeg stanja
  - stanje svijesti, boja kože i vlažnost, izraz lica
2. vitalni znakovi
  - krvni tlak, puls, frekvencija disanja, tjelesna temperatura
3. auskultacija srca
  - šum mitralne regurgitacije
  - S3 i S4 srčani ton
  - grub šum nad prekordijem – znak rupture papilarnog mišića
  - holosistolčki šum uz rub sternuma – ruptura ventrikulskog septuma
4. periferne pulzacije

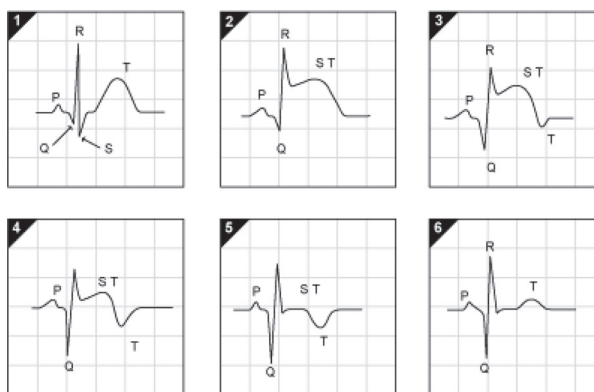
### Pretrage<sup>3,4,5</sup>

EKG je potrebno učiniti svim pacijentima koji se prezentiraju simptomima akutnog infarkta miokarda unutar 10 minuta od dolaska u ambulantu

- promijene: negativni simetrični T val, elevacija ST segmenta, Q zubac, redukcija R zubca
- ukoliko je EKG uredan potrebno ga je ponavljati sljedeća 2-3 dana radi evaluacije progresije i procjene promjena
- ukoliko je EKG nalaz pozitivan neophodna je hospitalizacija

### Nalazi EKG-a u akutnom infarktu miokarda<sup>2</sup>:

- ST elevacija > 1mm u najmanje 2 susjedna odvoda
- ST depresija > 1mm u najmanje 2 susjedna odvoda
- visoki T val (perakutna faza)
- negativni T val sa dubinom većom od 2 mm
- recipročne promjene u odvodima koji su suprotni zoni infarkta



Promijene u EKG-u kod infarkta miokarda<sup>6</sup>

<b>inferiorna stjenka</b>	II, III, aVF
<b>lateralna stjenka</b>	I, aVL, V4-V6
<b>anterospetalni</b>	V1-V3
<b>anterolateralni</b>	V1-V6
<b>desni ventrikul</b>	RV4, RV5
<b>stražnja stjenka</b>	R/S veći od 1 u V1 i V2, neg.T u V1

### Laboratorijski nalazi<sup>2</sup>:

- tropinin T (T < 0,01); otpušta se kad nastupi nekroza miokarda
- krestinin kinaza (CK): CK-MB raste unutar 3-12 sati od početka bolova u prsima, najvišu vrijednost postiže unutar 24 sata i vraća se u referentne vrijednosti nakon 48-72 sata
- mioglobin: vrijednosti rastu unutar 1-4 sata od početka bolova u prsima
- KKS
- lipidogram
- CRP i drugi parametri upale

## Liječenje

- medikamentna terapija
- rehabilitacija
- sekundarna prevencija

### Medikamentozno liječenje<sup>3,4,7</sup>:

- bolesniku treba primijeniti antiagregacijsko i antiokoagulantno liječenje bez obzira na prisutnost elevacije ST segmenta u EKG-u (acetilsalicilna kiselina 300 mg, tabletu sažvakati i progutati sa 100-200 ml vode, eventualno i klopidogrel 600 mg, tj. 8 tbl. po 75 mg) i to samo za AIM, eventualno i NSTEMI nakon što se isključe drugi uzroci, npr disekcija aorte.
- bolesnici sa elevacijom ST segmenta kandidati su za što ranije reperfuzijsko liječenje bilo perkutanom koronarnom intervencijom ili fibrinolitičkim lijekovima

M morfij sulfar 10-20 mg s.c. ili 2-4 mg i.v. svakih 5-15 min, treba istaknuti da morfin može izazvati ili pogoršati povraćanje, osobito kod inferiornog infarkta, koji je praćen mučninom i povraćanjem.

O kisik 5L/min, za bolesnike s KOPB-om 1-2L/min

N nitroglicerina tableta sublingvalno ili aerosol potisak svakih 5 min do ukupno 3 doze; titrirati dozu do smanjenja bazalne vrijednosti RR-a za 10 %

A acetyl salicilna kiselina 300-325 mg, tabletu sažvakati i progutati sa 100-200 mL vode

Klopidogrel 600 mg (8 tableta) popiti s 200 ml vode

Beta blokator 5mg i.v./5 min u slučaju tahikardije uskog QRS kompleksa

- što raniji transport bolesnika u bolnicu s centrom opremljenim za akutnu intervenciju na koronarnim krvnim žilama (PCI) i ugradnju stentova<sup>6</sup>

### Rehabilitacija<sup>4,5</sup>:

- uključuje modifikaciju rizičnih faktora, edukaciju, savjetovanje, propisane vježbe

- cilj je osposobiti pacijenta za što potpuniji život, smanjiti rizik od pojave infarkta miokarda, stabilizirati aterosklerotske procese
- sa njom treba započeti što ranije nakon prijema u bolnicu

### Sekundarna prevencija:

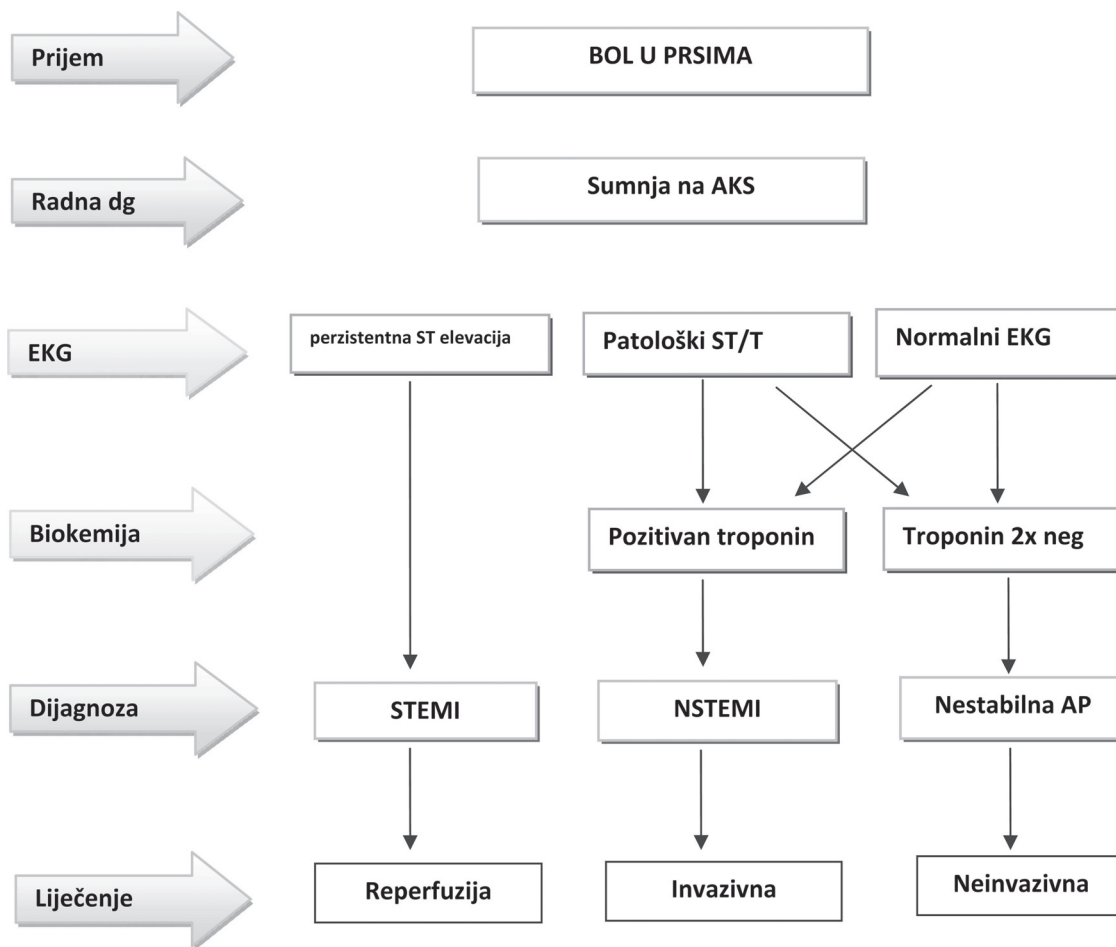
Najvažniju ulogu ima liječnik obiteljske medicine koji se mora usredotočiti na faktore rizika i sistemski prići njihovom liječenju.

- pušenje: prestanak predstavlja najbolji način za smanjenje rizika od kardiovaskularnog oboljenja
- alkohol: izbjegavati prekomjernu konzumaciju
- fizička aktivnost: redovita umjerena fizička aktivnost 3-4 puta tjedno u trajanju od 30 min
- pretilost: IBM > 30 kg/m<sup>2</sup>, opseg struka za Ž > 80 cm i M > 94 cm<sup>7</sup>  
omjer opsega struka i bokova (W/H) veći od 0.8 za Ž i 0.9 za M predstavlja povećani rizik za zdravlje<sup>7</sup>
- hipertenzija: RR < 140/90 mmHg
- hiperlipidemija: uk. kol < 4.0 mmol/L, LDL < 1.8 mmol/L, HDL > 1.0 mmol/L
- omega 3 masne kiseline, kojima djelotvornost nije dokazana ali se propisuju

### Lijekovi<sup>5</sup>:

Lijek	Učinkovitost	Dokazanost
ASK 75-160 mg	1	A
Clopidogrel 75 mg	2b	C
Antikoagulansi	2a	B
Beta-blokator	1	A
ACE-i	1	A
Statini	1	A
Ca antagonisti	2b	B
Nitrati bez sy angine	3	A





## Literatura

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb, 2013.
2. Maziar Zafari A. Myocardial infarction. Dostupno na (<http://emedicine.medscape.com/article/155919-overview>)
3. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Dostupno na (<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1486115>)
4. 2012 ACCF/AHA Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Dostupno na (<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1682681&resultClick=3>)
5. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation, Eur Heart J
6. Cardiology teaching package Dostupno na (<http://www.nottingham.ac.uk/nursing/practice/resources/cardiology/acs/changes.php>)
7. López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Obesity and the heart. Rev Esp Cardiol 2011; 64 (2): 140-9

## Prikaz rada specijalističke ordinacije obiteljske medicine u koncesiji

**Antonio Kobaš, dr. med,** specijalizant obiteljske medicine, Dom zdravlja Zagrebačke županije  
**Doc. dr. sc. Marija Vrca Botica, dr. med,** specijalistica opće medicine

Prikazana ambulanta je koncesionarska specijalistička ordinacija obiteljske medicine moje mentorice. U njoj sam boravio podosta za vrijeme samog studija medicine, ali i kasnije, za vrijeme staža i sada specijalizacije. Ambulanta se nalazi u sklopu Doma zdravlja Zagrebačke županije, u Samoboru - gradiću smještenom dvadesetak kilometara zapadno od hrvatske metropole.

Grad Samobor prostire se na površini od 250 km<sup>2</sup>, a osim područja samog grada obuhvaća i 77 mjesta i naselja<sup>1,2</sup>. Prema popisu stanovništva iz 2011. godine, u Samoboru živi 37.633 stanovnika od kojih je oko 16.000 u samom gradu, a 21.500 živi u okolnim mjestima koja spadaju pod lokalnu samoupravu grada. Radno sposobnih stanovnika (15-64g.) ima oko 25.600, a prosječna starost stanovništva grada iznosi 41.1 godinu, što odgovara Hrvatskom prosjeku<sup>3</sup>. Samobor je danas jedno od najomiljenijih i najstarijih izletničkih odredišta u Hrvatskoj. Na daleko je poznat po delicijama poput samoborske kremšnite, bermeta i muštarde, te po karnevalu čija tradicija seže od 1827. godine.

Poveljom kralja Bele IV. 1242. godine, Samobor je dobio status slobodnog kraljevskog trgovišta, što je usmjerilo njegov gospodarski i demografski razvoj tijekom povijesti. Grad je imao samostalnost i nezavisnost od feudalnih gospodara i banske vlasti te samostalnu unutrašnju upravu i sudstvo. Od 1809. do 1813. ulazi u sastav Napoleonovih Ilirskih pokrajina te se nalazi pod francuskom upravom. Tijekom svoje povijesti, glavna djelatnost domicilnog stanovništva bilo je obrtništvo. Bakrena i željezna ruda vadila se od 16. stoljeća u Rudama pokraj Samobora. Osim rudnika u Rudama postojale su dvije manufakture stakla, a stanovništvo se bavilo i pravljenjem potaše,

koja je bila važna sirovina za staklarsku i kemijsku proizvodnju. Danas je na području grada Samobora registrirano oko 1110 obrta, 560 trgovačkih društava, a 712 subjekata bavi se poljoprivredom<sup>2</sup>.

Dom narodnog zdravlja Samobor osnovan je 18.05.1952. godine odlukom tadašnjeg Kotara Samobor, te je uz već ranije postojeće rodilište postao temelj zdravstvene zaštite na ovom području. Samoborski Dom zdravlja osnovan je među prvima na području bivše države, a cjelokupna vizija budućeg razvoja zdravstvene zaštite temeljila se na tadašnjem nauku profesora Andrije Štampara. Taj nauk je u praktična ostvarenja pretočio doktor Adalbert Georgijević kojeg smatramo utemeljiteljem našeg Doma zdravlja<sup>4</sup>.

Dom zdravlja je smješten u širem centru grada, u Gajevoj ulici 37. Djelatnosti koje obuhvaća su opća/obiteljska medicina (11), školska medicina, higijensko-epidemiološka zaštita, stomatologija i ortodoncija (8), medicina rada, zdravstvena zaštita žena (3), zdravstvena zaštita djece (4), te patronažna i ljekarnička djelatnost. U sklopu Doma zdravlja nalaze se i specijalističke ordinacije za dermatologiju, psihijatriju, kirurgiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, oftalmologiju, otorinolaringologiju, te medicinsko-biokemijski laboratorij, mikrobiološki laboratorij i ambulanta za radiološku dijagnostiku. U prostorijama doma zdravlja nalazi se i odnedavno izdvojen Zavod za hitnu medicinsku pomoć. U djelatnosti opće/obiteljske medicine na širem području Grada Samobora djeluje 17 timova. Od toga, 11 timova smješteno je u prostorijama Doma zdravlja u Gajevoj ulici, a ostale ordinacije razmještene su po gradskim četvrtima i okolnim

naseljima (Bregana, Rude, Galgovo)<sup>5</sup>. Od tih jedanaest ordinacija, svega dvije su „domske“, a devet je ordinacija u zakupu (koncesionari).

### Osobitosti ordinacije i organizacija rada

Ambulanta moje mentorice akreditirana je za rad sa studentima, stažistima i specijalizantima, te se u njoj provodi praktična nastava i vježbe iz obiteljske medicine. Gotovo svakodnevno se tu može sresti netko od četvero specijalizanata ili studenata kako radi uz nadzor mentorice. Specifičnost je ove ordinacije relativno velik broj dojenčadi i male djece, čiji se rast i razvoj kontinuirano prate. Također provodi se i obavezno cijepljenje djece prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti. Ambulanta pruža cjelokupnu zdravstvenu zaštitu svim korisnicima Sigurne kuće za žrtve obiteljskog nasilja u Samoboru koje dolaze iz cijele Hrvatske, te njihovoj malodobnoj djeci.

Opredijeljeni osiguranici naše ambulante pretežno su osobe srednje životne dobi koje žive u urbanim sredinama, a nešto manji broj ih dolazi s ruralnih područja. Ambulanta se nalazi u prostorijama Doma zdravlja, pa su nam na raspolaganju gotovo sve specijalističko-konzilijarne i dijagnostičke djelatnosti. Suradnja sa svim djelatnostima uistinu je odlična. Tako praktički isti dan možemo dobiti laboratorijski ili radiološki nalaz, te se konzultirati s određenim specijalistom ukoliko smatramo da je to potrebno. Prometna povezanost ambulante je izvrsna. Osim što je smještena u širem centru grada, ambulanta je udaljena svega 3 minute od autobusnog kolodvora u Samoboru, tako da je dostupna pacijentima iz okolnih mjesta i naselja.

Radno vrijeme ambulante je parnim datumima ujutro od 07:00 do 13:00 (kućne posjete do 15:00), a neparnim datumima poslije podne 13:00-19:00 (kućne posjete do 21:00).

Rad u ambulanti organiziran je u dvije smjene, a jedna subota u mjesecu je radna. Pacijenti imaju mogućnost naručivanja na pregled. Ordinacija ima svoju e-mail adresu koju nadzire medicinska

sestra, pa pacijente informiramo o svim važnijim događanjima poput početka cijepljenja protiv gripe, odlascima na godišnje odmori i sl. Isto tako, putem e-maila nam pacijenti šalju nalaze, potražuju kroničnu terapiju, postavljaju upite... Telefonske konzultacije također su omogućene, posebno ako se radi o laboratorijskim nalazima te ordiniranju terapije (najčešće je to kontrola PV-a te dogovor o daljnjem uzimanju antikoagulantne terapije). Pacijentima koji nisu u mogućnosti posjetiti ambulantu, odlazi se u kućnu posjetu. Svakog parnog datuma ujutro između 7h i 8h u ambulanti se vadi krv, koju potom sestra odnosi u obližnji medicinsko-biokemijski laboratorij. U vrijeme godišnjih odmora, tim koji radi u suprotnoj smjeni prihvaća pacijente iz naše ambulante, pa je tako svim opredijeljenim osiguranicima zajamčena kontinuirana zdravstvena skrb. Izvan našeg radnog vremena, pacijenti se u slučaju hitnosti mogu obratiti bilo kojem timu opće medicine ili u obližnju ispostavu Zavoda za hitnu medicinu. Najbliža bolnica u koju šaljemo većinu naših osiguranika je KBC „Sestre Milosrdnice“, udaljen 20-ak kilometara.

### Prostor i oprema ambulante

Ordinacija se nalazi na prvom katu zgrade doma zdravlja i nema osiguran pristup za invalide. Sastoji se od prostorije za liječnika veličine 16 m<sup>2</sup>, prostorije za medicinsku sestru veličine 16 m<sup>2</sup> gdje se ujedno pohranjuje i sva medicinska dokumentacija, previjališta veličine 16 m<sup>2</sup> s odvojenom prostorijom za preglede dojenčadi i male djece, čajne kuhinje veličine 9m<sup>2</sup>, čekaonice veličine 20 m<sup>2</sup>, svlačionice sa sanitarnim čvorom za zaposlenike veličine 4 m<sup>2</sup>, te sanitarnog čvora za pacijente. Veličina i uređenost svih prostorija u skladu je s Pravilnikom o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/11, 128/12).<sup>6</sup>

Od osnovne medicinsko-tehničke opreme za ordinacije opće / obiteljske medicine propisane člancima 13. i 14. Pravilnika o minimalnim uvjetima, u ordinaciji imamo: dva računala i pisača, metalni ormar

Tablica 1. Oprema prema indikatorima kvalitete

Pokazatelj kvalitete	Kriterij kvalitete				
	Uređenje prostora	Ugodan ambijent čekaonice*	Čistoća prostora*	Steriliziranje instrumenata prema važećim propisima*	Dostupnost invalidima svih prostora ambulante
Dodatna oprema	EKG*	Glukometar*	Inhalator*	Osobno računalo*	Boca za kisik*
Opremljenost lijekovima	Odvojenost anti-šok terapije*	Standardna parenteralna terapija *	Cjepiva i serumi (HIG, anaTe)*	Lijekovi u liječničkoj torbi*	Infuzione otopine*
Telefonska organizacija	Brzo javljanje na telefon*	Telefonska minicentrala i razvrstavanje poziva	Mogućnost konzultacije s doktorom telefonom*	Određeno vrijeme rezervirano za telefonske konzultacije*	Telefonska dostupnost izvan radnog vremena

za osobne zdravstvene kartone s ključem, radni stol za liječnika, radni stol za medicinsku sestru, stolicu za liječnika i medicinsku sestru s podešavanjem visine i mogućnošću pokretanja, stolicu za bolesnika u prostoriji medicinske sestre, garderobne vješalice u sobi medicinske sestre i liječnika, telefon u sobi medicinske sestre i liječnika, tlakomjer s različitim širinama manžeta, suhi sterilizator, ležaj za pregled bolesnika, paravan, ormar za instrumente i lijekove, stolić za instrumente, toplomjere, fonendoskop (slušalice), špatule za pregled ždrijela za jednokratnu i višekratnu uporabu, posudu za čiste i posudu za nečiste špatule, plahte za jednokratnu uporabu, rukavice za jednokratnu uporabu, komplet lijekova za terapiju anafilaktičkog šoka, ampulirane lijekove sukladno potrebama djelatnosti, EKG uređaj s pisačem, vagu za mjerenje tjelesne težine, visinomjer, hladnjak, zglobni stolni reflektor, stalak za infuzije, negatoskop, aparat za davanje kisika, bocu s kisikom, otoskop, oftalmoskop, spekulum za pregled nosnih šupljina, štrcaljku za ispiranje ušiju, platneni metar, ručnu baterijsku lampu, perkusijski čekić, metalne bubnjeve, posude za instrumente s poklopcem, posudu s poklopcem za vatu, bubrežaste zdjelice koje se mogu sterilizirati (3 kom.), komprese, štrcaljke i igle za jednokratnu uporabu različitih dimenzija, setove za infuzije, pribor za uzimanje uzoraka za medicinsko-biokemijske

i mikrobiološke pretrage, glukometar, test trake za brzo određivanje promjena u urinu, elastičnu traku za podvezivanje, hvataljku za instrumente i posudu za držanje hvataljke, otvarač usta, udloge različitih dimenzija, plastičnu posudu za medicinski otpad, posudu za ostali otpad, infuzijske otopine sukladno potrebama populacije koja se zbrinjava, zavojni materijal te liječničku torbu čiji je sadržaj definiran Pravilnikom. Od ostale opreme izdvojio bih terapijski ultrazvuk s TENS-om kojim pacijentima omogućujemo fizikalnu terapiju u našoj ordinaciji. Pošto se u ordinaciji obavlja zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece, ona sadrži i opremu sukladnu zahtjevima za obavljanje djelatnosti pedijatrije: stol za previjanje dojenčadi, vagu za tjelesnu težinu za dojenčad s dužinommetrom, vagu za veću djecu, visinomjer, bebi sisteme i dr.

Od mogućih 20 bodova ostvareno je 17 bodova. Najveći nedostaci su u organizaciji telefonije, pošto ordinacija ne raspolaže telefonskom minicentralom. Ambulanta se nalazi na 1. katu zgrade bez lifta i pristupne rampe, pa je otežan pristup osobama s invaliditetom.

### Ostali indikatori kvalitete rada

U tablicama koje slijede prikazani su preostali pokazatelji za procjenu kvalitete rada u specijalističkoj

Tablica 2. Pokazatelji stručnosti rada i pripadajući kriteriji

Specijalizacija opće/obiteljske medicine	1 zvjezdica za svakih 5 godina specijalističkog staža (npr. za 25 godina specijalističkog staža 5 zvjezdica) *****				
Trajna edukacija	najmanje 1 tečaj CME godišnje kao slušač *	najmanje 1 predavanje godišnje kao predavač*	najmanje 1 rad u dvije godine (bez obzira na vrstu rada)*	sudjelovanje u projektu ili istraživanju najmanje 1 u 5 godina*	osobna pretplata na najmanje 1 stručni časopis*
Znanstveno napredovanje	magisterij znanosti*	doktorat znanosti*	primarijat	docentura*	profesura
Vještine liječnika	fundoskopija	pedijatrijska zaštita*	ginekološki pregled	psihoterapija*	zahvati male kirurgije*
Preventivni rad	rutinsko mjerenje RRa*	testiranje na HPL*	preventivni pregled dojki*	digitorektalni probir	organizirani sistematski pregledi*
Grupni rad s kroničarima	hipertoničari*	dijabetičari*	pulmološki	invalidi	duševni bolesnici
Kućne posjete i liječenje u kući	odlazak u KP po zahtjevu*	redoviti obilazak nepokretnih*	organizacija terminalne skrbi u kući*	mogućnost patronažne posjete*	mogućnost službe njege u kući*
Suradnja i suradnici	viša medicinska sestra u timu	grupna praksa*	redovito sastajanje tima*	izabrani i stalni konzultanti*	posjet u bolnici*
Dokumentacija	katoteka OZL ili kompjuter*	čitljivi zapisi i uputnice*	popratna pisma kod upućivanja*	prijava zaraznih bolesti*	prijava nuspojava*

Zbroj ostvarenih bodova je 37 od 45.

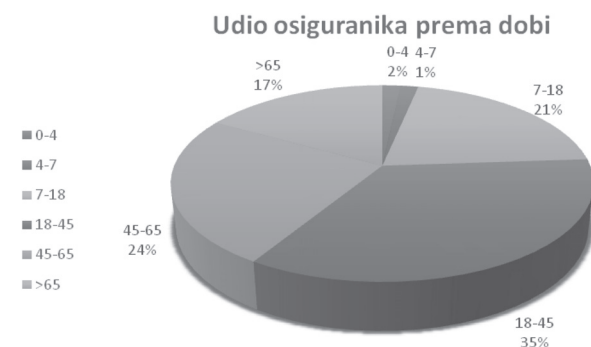
ordinaciji obiteljske medicine moje mentorice, te ostvareni bodovi. Kriteriji kvalitete koji su dobili 1 bod osjenčani su zelenom bojom, koji nisu dobili bod – crvenom bojom, a kriteriji za koje nije bilo podataka osjenčani su sivom bojom.

### Prikaz opterećenja ordinacije

Broj opredijeljenih osiguranika u studenom 2014. godine iznosio je 2017, a od toga je radno aktivnih osiguranika 746. Njihov presjek po dobnim skupinama prikazan je u tablici 4 i grafikonu 1.

Iz navedenih podataka vidimo da je opterećenje ordinacije znatno veće jer udio osiguranika starijih od 45 godina iznosi 41%, a udio mlađih od 7 godina iznosi značajnih 3%. Udio osoba starijih od 65 godina u ambulanti iznosi 17%, što je identično udjelu

u ukupnom broju stanovnika RH prema Popisu iz 2011. godine.<sup>3</sup> Prosječan broj osiguranika u ordinacijama opće / obiteljske medicine iznosi 1700, što našu ambulantu svrstava među veće u Hrvatskoj.



Grafikon 1. Udio opredijeljenih osiguranika prema dobi

### Prikaz procesa rada

Podaci navedeni u tablici 7 dobiveni su iz izvješća o mjesečnom izvršenom radu ordinacije za studeni 2014. godine, te ih u daljnjem tekstu uspoređujem sa podacima iz izvješća o poslovanju HZZO-a za 2013. godinu.<sup>7</sup> Kada od ukupnog broja zabilježenih postupaka oduzmemo preglede, propisivanje recepata i uputnica, u studenom 2014. godine zabilježeno je 943 postupaka. Razlog tako velikom broju je što se gotovo svi učinjeni postupci doista i bilježe u računalu. U broju postupaka prednjače vađenje krvi (93), cijepljenje (58), otoskopija (44), rinoskopija (24), intramuskularne injekcije (22), previjanje (18), EKG (18), TENS (10) i terapijski UZV (7). Ukupan broj osiguranih osoba koji je zatražio neki oblik zdravstvene zaštite ili uslugu iznosio je 1528, što u prosjeku iznosi 73 osobe dnevno. U taj su broj uključeni i oni koji su telefonski tražili propisivanje lijekova ili tumačenje nalaza.

Sistematski i preventivni pregledi navedeni u tablici uključuju sistematske preglede dojenčadi i predškolske te preglede odraslih. Sistematske i preventivne preglede odraslih provodimo sporadično, obično kada se pacijenti srednje i mlađe dobi jave u ambulantu zbog akutnih (najčešće respiratornih) i sličnih tegoba.

U studenom 2014. godine izdano je 542 uputnice što bi na godišnjoj razini iznosilo oko 3.2 uputnice po pacijentu. Od ukupnog broja izdanih uputnica, 390 ih je bilo za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, 18 uputnica za bolničko liječenje te 134 uputnice za laboratorij PZZ. Iz navedenog se vidi da je više od polovine uputnica izdano za specijalističke i dijagnostičke preglede. Razlozi leže u tome što se velik broj kroničnih bolesnika kontrolira kod specijalista koji često zahtijevaju nekoliko kontrolnih pregleda godišnje. Dio specijalista nalazi se i u našoj ustanovi (psihijatar, oftalmolog, ORL, kirurg, dermatolog) tako da određen broj pacijenata bude pregledan na sekundarnoj razini, ali u sklopu Doma zdravlja.

Broj recepata po osiguraniku za godinu dana iznosi 9.93, što je manje od državnog prosjeka za 2013. godinu koji iznosi 12.6 recepata po osiguraniku.<sup>7</sup> Razlog tome nalazi se u činjenici da je u našoj ambulanti relativno mali udio osiguranika starijih od 65 godina te onih sa multimorbiditetima.

Prosječna stopa bolovanja je 2,06% dok na državnoj razini ona iznosi 2,85.7 Iako u svojoj populaciji imamo 746 radno aktivnih osiguranika primijetio sam da pacijenti rijetko idu na bolovanje osim ako je to neophodno, a glavni razlog je strah od gubitka radnog mjesta.

**Tablica 3.** Pokazatelji društvenog angažmana i pripadajući kriteriji

Društveni angažman	rad u stručnim društvima*	funkcija ili rad u HLK	rad u lokalnoj zajednici*	rad u civilnim društvima *	društvena priznanja*
--------------------	---------------------------	------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------

Broj ostvarenih bodova je 4 od 5.

**Tablica 4.** Prikaz opredijeljenih osiguranika po dobnim skupinama

Dobna skupina	Broj ugovorenih osiguranika (A)	Relativna vrijednost (B)	Vrijednost grupa (A x B)
0.-4.	34	2,14	72.76
4.-7.	32	1,81	57.92
7.-18.	416	0,76	316.16
18.-45.	703	1	703.00
45.-65.	493	1,36	670.48
>65.	339	1,73	586.47
Ukupno ugovorenih:	2017	Ukupni relativni broj:	2407

**Tablica 5.** Prikaz izabranih pokazatelja za studeni 2014. godine

Uk. br. osiguranih osoba koji su zatražili uslugu		1528
Pregledi		574
Kućne posjete (OM100-OM103)		16
Sistematski / preventivni pregledi		8
DTP Postupci	Bez pregleda, uputnica i recepata	943
	Ukupno postupaka (OM001-OM228)	3729
EKG (OM200)		18
Vađenje krvi (OM137)		93
Cijepljenje (OM004)		58
Broj previjanja (OM141)		18
Broj malih kirurških zahvata		7
Uputnice	SKZZ	390
	BOL	18
	LAB	134
	UKUPNO	542
Propisano recepata	osnovna lista	1177
	dopunska lista	487
	privatni	6
	UKUPNO	1670
Stopa bolovanja	Na teret poslodavca	1,15
	Na teret HZZO-a	0,91
	UKUPNO	2,06

### Osvrt i planovi za poboljšanje

Smatram kako je ordinacija moje mentorice jedna od oglednih ambulanti obiteljske medicine, čemu u prilog govore navedeni podaci i instrumenti za procjenu kvalitete rada. No mjesta poboljšanju uvijek ima. Prije svega, trebalo bi osigurati dostupnost ambulante osobama sa invaliditetom, a najjednostavnije rješenje je ugradnja pristupne rampe. Nabavljanje telefonske minicentrale sa mogućnošću snimanja poziva izvan radnog vremena svakako bi koristilo pacijentima.

U svojoj bih ambulanti jednog dana, uz svu ovdje dostupnu opremu volio imati spirometar, te uređaj za mjerenje CRP-a i brzi test na streptokok. Na taj način znatno bi se smanjilo nepotrebno propisivanje antibiotika. Potrudio bi se povećati broj preventivnih sistematskih pregleda, naročito u starijih od 45 godina. Uvidom u prikaz procesa rada primijetio sam da su gotovo svi postupci koje smo u ambulanti obavili, uistinu i zabilježeni. To je svakako pohvalno jer su upisani DTP postupci jedini dokaz koliko i što se radi, te se nadam da ću i ja u svojoj ambulanti pažljivo bilježiti sve postupke.

### Literatura

1. Statut grada Samobora, pročišćen tekst (<http://www.samobor.hr/web/vazno/statut/>)
2. Wikipedia, online enciklopedija (<http://hr.wikipedia.org/wiki/Samobor>)
3. Popis stanovništva RH iz 2011. dostupan na Internet stranicama državnog zavoda za statistiku [http://www.dzs.hr/Hrv\\_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf)
4. Počelo je s dr. Adalbertom Georgijevićem-pismo u susret obljetnici osnivanja samoborskog Doma zdravlja, prim. Slavko Lovasić (Glasnik-SSN, 27.05.2008. godine)
5. Web stranice Doma zdravlja Zagrebačke županije (<http://www.domzdravlja-zgz.hr/ispostave/samobor/>)
6. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/11, 128/12)
7. Godišnje izvješće HZZO-a za 2013. godinu [http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/05/HZZO\\_izvjesce\\_2013\\_KB\\_FINAL.pdf](http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/05/HZZO_izvjesce_2013_KB_FINAL.pdf)

## SWOT analiza ordinacije obiteljske medicine

Maja Kožljan, dr.med, specijalizantica obiteljske medicine, Istarski domovi zdravlja

Autorica je polaznica Poslijediplomskog studija iz obiteljske medicina na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu školske godine 2014/2015. Tema rada u sklopu kolegija Unaprjeđenje kvalitete rada je SWOT analiza prikaza jedne ambulante obiteljske medicine. Analiza se odnosi na ordinaciju koje je prikazana u prethodnom članku.

**SWOT** (S - *Strengths* → **snaga**; W - *Weaknesses* → **slabosti**; O - *Opportunities* → **prilike / mogućnosti**; T - *Threats* → **prijetnje**) je kvalitativna analitička metoda koja se u poslovnom svijetu koristi za analizu i planiranje kroz 4 čimbenika. Treba naglasiti kako je ovo subjektivna, a ne objektivna metoda. Isto tako svaka SWOT analiza ima i svoju vremensku komponentu koja se može promijeniti. Obično se smatra da su snage i slabosti interni za organizaciju, a mogućnosti i prijetnje dolaze izvana (organizacija bi ovdje bila ordinacija obiteljske medicine). Snage i slabosti predstavljaju sadašnjost, a mogućnosti i prijetnje predstavljaju budućnost.

### S – Strengths – Snage

Ima nekoliko snaga koje karakteriziraju ovu ambulantu. Jedna od njih bila bi dostupnost (vremenska, prostorna) liječnika obiteljske medicine svojim korisnicima što se može vidjeti iz nekoliko podataka: rad u dvije smjene, jutarnjoj i popodnevnoj ovisno o parnim i neparnim datumima te jedna radna subota u mjesecu, pokrivenost ambulante u vrijeme godišnjih odmora korištenjem ili zamjenskog liječnika ili liječnika iz suprotne smjene.

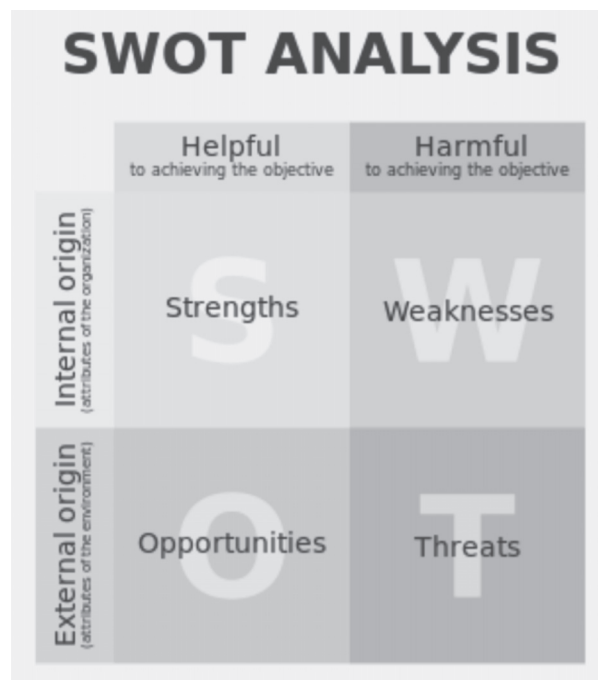
Dobra lokacija samog Doma zdravlja u centru Samobora kao i blizina autobusnog kolodvora čime je ambulanta dostupna i korisnicima koji žive van samog Samobora. Mogućnost (dostupnost) korištenja široke lepeze specijalističko konzilijarne zaštite unutar samog doma zdravlja, ljekarničke djelatnosti,

sanitetskog prijevoza, laboratorijske i radiološke dijagnostike, palijativnog tima i patronažne službe. Dobra suradnja sa istima.

Izuzetna opremljenost same ambulante prema pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/11, 128/12), te dodatnom opremom poput terapijskog ultrazvuka sa TENS-om.

Obzirom kako liječnik ove ambulante u skrbi ima i djecu kao dodatna snaga ističe se i posebna prostorija za njihovu skrb, sa posebnim ulazom i sobom za izolaciju kao i visoka stopa procijepljenost djece.

U snage spadao bi i poseban rad s kroničnim pacijentima: dijabetičarima i hipertoničarima. Zatim sistem naručivanja pacijenata koji u prosjeku govori da se na pregled čeka do 2 dana, hitni pacijenti se



Slika 1. Temeljna shema SWOT analize



ne naručuju, a vrijeme čekanja u čekaonici je do 30 minuta. Mogućnost komunikacije i putem telefona i e-maila. Trajna edukacija liječnika o čemu svjedoče podaci o objavljenim stručnim radovima, sudjelovanjima u istraživanjima, kongresima kao pasivni i aktivni sudionik. Društveni angažman u stručnim društvima, lokalnoj zajednici i civilnim društvima (priznanja).

Izuzetna bolesniku usmjerena skrb, dugotrajna i kontinuirana zaštita, zadovoljstvo pacijenata pa manje od 5% ukupnog broja potraži drugog liječnika, a svega 0,5% po prigovoru. U snage se može ubrojiti i to što je manje od 10% pacijenata sa 3 i više lijeka kao i racionalno propisivanje lijekova uopće, unutar limita HZZO-a. Unutar limita HZZO-a su i propisane uputnice.

Veliku snagu ambulanti daje i uistinu izvrsno vođenje medicinske dokumentacije, mogućnost vađenja krvi u ambulanti kao i što je ambulanta akreditirana za rad sa studentima, stažistima i specijalizantima. Veliki broj DTP postupaka što znači da se pazi da se sve ono što se radi i evidentira.

## W – Weaknesses – Slabosti

Neke od glavnih slabosti ili mana ove ambulante bila bi nedostupnost van radnog vremena. Zbog koncesije nema rada u dežurstvu vikendom i blagdanima. Nedostatak telefonske mini centrale, sefa za narkotike. Možda najbitnija slabost jest ta što se ambulanta nalazi na katu samog doma zdravlja, i nema lift kao ni posebnu pristupnu rampu za invalide što nekim pacijentima uvelike može otežati dostupnost ambulante.

Slabost je i preveliki broj pacijenata 2017 tj. 2407 obzirom na opredijeljenje osiguranika po dobnim skupinama (Prosječan broj osiguranika u ordinacijama opće / obiteljske medicine iznosi 1700, što ovu ambulantu svrstava među veće u Hrvatskoj) – prosjek pregleda je do 10 minuta po pacijentu, a zbog komorbiditeta i multimorbiditeta koji su danas sve češći često tih 10 minuta nije dovoljno. Kao što se vidjelo iz prikaza ambulante opterećenje ordinacije znatno je veće jer udio osiguranika starijih od 45 godina iznosi 41%, a udio mlađih od 7 godina iznosi značajnih 3%. Udio osoba starijih od 65 godina

Tablica 1. Shema SWOT analize prikazane ordinacije obiteljske medicine

<p><b>SNAGE</b>                  Dostupnost                  Lokacija                  Rad u dvije smjene (sistem parnih i neparnih dana)                  Naručivanje pacijenata                  Specijalističko konzilijarna zaštita                  Opremljenost ambulante (NN 61/11, 128/12)                  TENS kao dodatna oprema                  Prostorna odvojenost savjetovašta za dojenčad i malu djecu, procijepljenost djece                  Poseban rad s kroničnim pacijentima                  Trajna edukacija liječnika i društveni angažman                  Racionalno propisivanje lijekova, uputnica                  Vođenje medicinske dokumentacije                  Vađenje krvi                  Akreditacija za nastavu studenata, stažista i specijalizanata                  Bilježenje DTP postupaka</p>	<p><b>SLABOSTI</b>                  Nedostupnost van radnog vremena                  Ne obaveza dežuranja vikendom i blagdanima                  Sef za narkotike                  Telefonska mini centrala                  Lift                  Pristupna rampa za osobe s invaliditetom                  Veliki broj pacijenata                  Nedostatak planiranog i programiranog rada i za druge kroničare osim hipertoničara i dijabetičara</p>
<p><b>MOGUĆNOSTI</b>                  Uvođenje mini centrale                  Popravlak spirometra                  Uvođenje dežurstava vikendom i blagdanima                  Grupna praksa                  Lift                  Pristupna rampa</p>	<p><b>PRIJETNJE</b>                  Propisi HZZO-a                  Slabljenje ugleda liječničke profesije – nepovjerenje pacijenata                  Zaštita podataka                  Preopterećenje tima administrativnim poslovima                  Nedostatak stručne kontrole LOM-a u RH (stroga financijska kontrola)</p>

u ambulanti iznosi 17%, što je identično udjelu u ukupnom broju stanovnika RH prema.

Sljedeća slabost jest nedostatak planiranog i programiranog rada akutnih i kroničnih bolesti (npr. kroničnih plućnih bolesnika i psihijatrijskih bolesnika), savjetovanja, suzbijanje rizičnih faktora i rizičnog ponašanja, bolje kontrole postojećih bolesti i prevencije.

## O – Opportunities – Mogućnosti

Nekoliko je mogućnosti za dodatno poboljšanje rada u ambulanti. Uvođenjem mini centrale bar malo bi se uvela dostupnost van radnog vremena.

Uvođenje obaveznog dežurstva vikendima i blagdanima, ali to bi značilo mijenjanje koncesionarskih ugovora za sve takve liječnike. Mogućnost je i udruženje u grupnu praksu čime bi bila još bolja zdravstvena zaštita za kronične bolesnika (a samim time i rasterećenje možda broja pacijenata). Za takvo udruživanje bilo bi bitno da to budu liječnici koje povezuju isti motivi za poboljšanjem kvalitete života i rada, rješavanje problema, lakše osiguravanje kontinuirane i dostupne zaštite te izmjena znanja i iskustva. Pri tome je bitno da je takvo udruživanje dobrovoljno, fleksibilno, financijski prihvatljivo, poticajno za sve članove i u skladu sa svim profesionalnim standardima.

Popravlak spirometra koji postoji u ambulanti omogućio bi bolju skrb za plućne kronične pacijente. Mogućnost je i bolja organizacija odnosno preraspodjele radnog vremena za savjetovalište novorođenčad, dojenčad, djecu predškolske dobi.

Također potrebno bi bilo i uvođenje pristupne rampe i lifta čime bi se poboljšala dostupnost zdravstvene zaštite osobama s invaliditetom. Nadalje mogućnost je još bolja implementacija informatičkih sustava za što racionalnije korištenje usluga u ambulanti.

## T – Threats – Prijetnje

Prijetnje predstavljaju nove promjene i propisi koje često uvodi HZZO bez uključenja profesije što dovodi do problema u svakodnevnom radu liječnika.

Zatim nedostatak financijske potpore pri unaprjeđenju rada ambulante, naročito za ambulante koje su u domu zdravlja, a ne koncesionarske.

Sve jače slabljenje ugleda liječničke profesije u društvu što stvara sve veće nepovjerenje pacijenata. Potom pitanje zaštite podataka pacijenta obzirom na informatizaciju medicinske dokumentacije.

Prijetnja je i samo starenje populacije, što od liječnika i zapravo cijelog tima zahtjeva sve veći angažman, a i već sada su zapravo i liječnik i medicinska sestra preopterećeni velikim brojem administrativnih poslova.

Neke od prijetnji jesu i nedostatak stručne kontrole jer su LOM u Republici Hrvatskoj izloženi strogoj financijskoj kontroli od strane HZZO-a, a sami često sve propise ni ne znaju i za njih saznaju prekasno kada se već sankcioniraju zbog prekršaja.

Usmjerenost na zaradu je isto jedna od prijetnji, jer sadašnji način financiranja ugovorne liječnike HZZO potiče kako je bolje u skrbi imati što više mladih i zdravih osiguranika, a ne starije osobe, osobe s kroničnim bolestima, osobu koja je dugo na bolovanju ili koja često mijenja liječnika.

## Literatura

[http://www.dzs.hr/Hrv\\_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf)

<http://istrapedia.hr/hrv/590/domovi-zdravlja/istra-a-z/>

[http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/05/HZZO\\_izvjesce\\_2013\\_KB\\_FINAL.pdf](http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/05/HZZO_izvjesce_2013_KB_FINAL.pdf)

[http://en.wikipedia.org/wiki/SWOT\\_analysis](http://en.wikipedia.org/wiki/SWOT_analysis)

Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/11, 128/12)

Godišnje izvješće HZZO-a za 2013. godinu [http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/05/HZZO\\_izvjesce\\_2013\\_KB\\_FINAL.pdf](http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/05/HZZO_izvjesce_2013_KB_FINAL.pdf)

## Stručno edukacijski simpozij Štamparovi dani

09.-14. prosinca 2014. godine

Stručno edukacijski simpozij Štamparovi dani održan je 09.-14. prosinca 2014. godine. Riječ je o troetapnom simpoziju koji se iz godine u godinu održava u okolici Brodskog Drenovca, rodnog mjesta Andrije Štampara.

Aktivnosti ovogodišnjih Štamparovih dana prepoznalo je i Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske kroz pokroviteljstvo u sklopu projekta Udruge „Zdravlje svima“, a kao pokrovitelji su još sudjelovali Požeško – slavonska županija, Grad Požega, Grad Pleternica i Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti.

Jedna od etapa je radionica “Budi cool, ne budi bully”, koja je održana 11. prosinca 2014. godine u Osnovnoj školi Kaje Adžića Pleterničanina u Pleternici s ciljem podizanja svijesti osnovnoškolske djece o međuvršnjačkom nasilju, oblicima nasilja, posljedicama nasilja ali i stjecanju poželjnih oblika ponašanja što će u konačnici dovesti do

smanjivanja prevalencije međuvršnjačkog nasilja. Interaktivne radionice prevencije međuvršnjačkog nasilja među osnovnoškolskom djecom su proveli educirani članovi Udruge narodnog zdravlja Andrija Štampar i Studentskog zbora Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

U drugoj etapi sudjelovali su educirani studenti i mladi liječnici te su stanovništvu Velike mjerili krvni tlak i glukozu, a ujedno ih anketirali o kvaliteti života i življenja.

Međunarodni Simpozij palijativne skrbi i medicine održan je 12. i 13. prosinca 2014. godine., u sklopu treće etape Štamparovih dana. Udruga narodnoga zdravlja Andrija Štampar ove je godine organizirala Simpozij uz u suradnji s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatskim društvom za palijativnu medicinu, Hrvatskim liječničkim zborom, Hrvatskim društvom mladih liječnika, Hrvatskim liječničkim zborom te Požeškom biskupijom uz brojne druge suorganizatore.



Suorganizatori ovog Simpozija bili su ASPHER, Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku,

Prehrambeno tehnološki fakultet Sveučilišta u Osijeku, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, Zavod za znanstveni i umjetnički rad Požega, Zagrebački institut za kulturu zdravlja, Udruga za neuropsihijatriju, Hrvatsko društvo za prevenciju moždanog udara, Hrvatsko društvo za zaštitu i unaprijeđenje mentalnog zdravlja,

Hrvatska udružba obiteljske medicine, Panonski institut za narodno zdravlje, Dom zdravlja Požeško-slavonske županije, Dom zdravlja Dubrovačko-neretvanske županije, Dom zdravlja Tomislavgrad (BiH), Dom zdravlja Gadžin Han (Srbija), Zavod za hitnu medicinu Požeško-slavonske županije, Zavod za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije, SB Sv. Rafael, OŽB Požega, Studentski zbor medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Društvo nastavnika obiteljske medicine, Palijativna udruga LiPa, Udruga studenata Požeško-slavonske županije „Vallis Aurea“ te Udruga Mladi za mlade Pleternica.

Prvi dan je održano predstavljanje knjige „Palijativna skrb – brinimo zajedno“ autora prof. dr. sc. Veljka Đorđevića, doc. dr. sc. Marijane Braš i

dr.sc. Lovorke Brajković u Zavodu za znanstveni i umjetnički rad Požega.

Otvorenje Simpozija održano je 13.12.2014. u Dvorani svete Terezije Avilske, gdje su sudionike pozdravili prodekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu prof.dr.sc. Marijan Klarica, u ime Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti akademkinja Vida Demarin, a Simpozij je svečano otvorio biskup Požeške biskupije msgr.dr.sc. Antun Škvorčević.

Mr. sc. Josip Krpeljević predavao je na temu uloge duhovnika u timu palijativne skrbi, Ivana Mađaroši na temu uloge nevladinih organizacija u razvoju sustava palijativne skrbi, prof. dr. sc. Milica Katić na temu pristupa liječnika obiteljske medicine u palijativnoj skrbi, prim. mr. sc. Rajka Šimunović na temu specifičnih zadataka liječnika obiteljske medicine u palijativnoj skrbi te Ljerka Pavković na temu uloge medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne medicine. Akademkinja Vida Demarin je govorila o palijativnoj skrbi s neurološkog aspekta, doc. dr. sc. Marijana Braš je predavala na temu psihoterapijske potpore u timu palijativne skrbi, a prof. dr. sc. na temu medicine orijentirane na osobu. Ostala predavanja i predavače iznosimo u sažetcima u časopisu *Medicina Familiaris Croatica*.

Organizatori



## Nutricionističke potrebe u palijativnoj medicini

### *Nutrition support in palliative care*

Daniela Čačić Kenjerić

#### Sažetak

Uloga hrane u životu pojedinca je višestruka i proteže se od fizičke potrebe, ugone i zadovoljstva, poštivanja tradicije i običaja, socijalizacije pa sve do psihološke potrebe. Uloga prehrane u palijativnoj skrbi kreće od činjenice da, iako pacijent mora primati stanovite namirnice (hranu) na posebni način, težište mora biti na općoj kvaliteti života pacijenta i ublažavanju simptoma bolesti a ne na nutritivskom liječenju. Obzirom na taj opći cilj, uloga prehrane u palijativnoj skrbi se mijenja s napredovanjem bolesti.

U ranijim stadijima bolesti preporučuje se prehrana na usta (peroralna) koja može biti obogaćena dodacima prehrani koji se uzimaju na isti način, dok su u uznapredovalim stadijima bolesti dostupne enteralna i parenteralna prehrana. Neovisno o stadiju bolesti i tipu prehrane koji se koristi ne smije se zaboraviti na hidraciju. Kako bi se ostvario opći cilj prehrane u palijativnoj skrbi u svakom trenutku treba imati u vidu činjenicu da hrana ima veće značenje od unosa odgovarajuće količine hranjivih tvari.

**Ključne riječi:** prehrana, palijativna skrb, značenje hrane, oralno hranjenje, hidracija

#### Summary

Food's role in people's life extends from physical need, indulgence and pleasure, traditional and cultural respect, and socialization to psychological need. The aim of nutrition support in palliative care is in line with the fact that although the patient must receive certain food/nutrients, the emphasis must be on his/her quality of life (QOL) and symptoms' relief and not on active nutrition therapy. Therefore it is changing with the disease progression.

Nutrition support options vary from oral feeding combined with oral supplements in the early stage of disease, while in the advanced stages enteral and parenteral nutrition are available. Regardless the nutrition type and stages of disease hydration is an important segment which should not be forgotten. In order to fulfil the aim of nutrition support in palliative care one should have in mind the fact that food has greater importance than provision of nutrients.

**Keywords:** nutrition, palliative care, food role, oral nutrition, hydration

## Ljudska prava u sferi pružanja palijativne skrbi

### *Human rights in palliative care*

Ivan Malenica, Velebit Božikov, Danijel Pilipac, Stella Rak, Marina Čengić

#### Sažetak

Svjetska zdravstvena organizacija je 2002. godine utvrdila da je zdravlje temeljno ljudsko pravo koje je neophodno za ostvarivanje drugih ljudskih prava. Svaki čovjek ima pravo na ostvarivanje najviše moguće razine zdravlja koje pogoduje njegovom dostojanstvenom životu. Temeljem ovog određenja zdravlja te povezanosti zdravstvene zaštite i temeljnih ljudska prava, možemo zaključiti da je palijativna skrb jedno od temeljnih ljudskih prava. Budući da temelj suvremene medicine predstavljaju tri elementa: preventivna medicina, kurativna medicina i palijativna skrb, Vijeće ministara je u preporuci REC (2003) odredilo da je palijativna skrb integralni dio zdravstvenog sustava i neotuđiv element prava građana na zdravstvenu skrb. U Hrvatskoj je palijativna skrb regulirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, te posredno Zakonom o zaštiti prava pacijenata te Kodeksom medicinske etike i deontologije. Važan pravni izvor predstavlja i sudska praksa Europskog suda za ljudska prava koje je u velikom broju slučajeva, osobito onih koji su se odnosili na eutanaziju pacijenta, potvrdio da je pravo na palijativnu skrb jedno od osnovnih ljudskih prava. Temeljem navedenog, odgovornost je svake države jamčiti pravo na palijativnu skrb, te je kao takvu učiniti pristupačnom svakom pacijentu koji je treba.

**Ključne riječi:** Palijativna skrb, ljudska prava, Europski sud za ljudska prava

#### Summary

The World Health Organization declared in 2002 that health is a fundamental human right, essential for realization of other rights. Every person has the right to get the highest possible standard of health for his/her dignified life. Conclusion that palliative care is a fundamental human right is based on this definition of health as well as on connection of health care with basic human rights. Since the foundation of modern medicine is based on three elements, preventive medicine, curative medicine and palliative care, the EC Council of Ministers determined in their Recommendation (REC, 2003) that palliative care is an integral part of health care system and an inalienable element of citizens' rights to health care. Palliative care is regulated in Croatia by the Health Protection Act, and indirectly by the Protection of Patients' Rights Act and the Code of Medical Ethics and Deontology. Important legal source is legal experience of the European Court of Human Rights which, in many cases, especially those related to euthanasia confirmed that the right to palliative care is one of the basic human rights. Consequently, the responsibility of each state is to guarantee the right to palliative care, and as such make it more accessible to every patient in need.

**Key words:** palliative care, human rights, European Court of Human Rights

# Palijativna skrb u srčanom popuštanju

## *Paliative care in heart failure*

Ivan Barišić, Darija Bardak, Ile Raštegorac, Rajka Šimunović, Romano Antunović, Eva Fortner

### Sažetak

Srčano zatajivanje je važan javnozdravstveni problem, povezan s visokom stopom morbiditeta i mortaliteta. Zahvaća veliki broj ljudi i bitno narušava kvalitetu života. Danas je srčano popuštanje prepoznato kao klinički sindrom istovrijedan malignoj bolesti po težini simptoma i mortalitetu. Organiziranjem palijativne skrbi za bolesnike s malignim bolestima ukazala se potreba i za širenje ovog vida skrbi i na druge životno ugrožavajuće bolesti poput srčanog popuštanja. Simptomi koji bitno narušavaju kvalitetu života uključuju: zadržavanje, bol, perzistirajući suhi kašalj, ograničenu tjelesnu aktivnost, anksioznost, depresiju, konstipaciju. Navedeni simptomi se u pravilu mogu učinkovito kontrolirati farmakološkom terapijom, a u zadnje vrijeme sve je aktualnija i primjena liječenja koja uključuje „device therapy“ pod kojom podrazumijevamo primjenu resinhronizacijskih uređaja, implantabilnih kardioverter defibrilatora i mehaničkih pumpi (VAD). U planiranju palijativne skrbi posebno mjesto je potrebno posvetiti edukaciji bolesnika i članova obitelji u prepoznavanju pogoršanja i stupnjevito napredovanja bolesti do srčanog popuštanja kao terminalnog stadija prije smrtnog ishoda, uz pružanje psihološke pomoći i podrške cijelim tijekom bolesti. U zaključku se može reći da je u svijetu pa tako i u Hrvatskoj palijativna skrb u srčanom popuštaju prepoznata kao važan oblik zdravstvene skrbi i liječenja, ali nažalost, još uvijek nedovoljno razvijena i nije u potpunosti primijenjena u svakodnevnom radu s terminalnim srčanim bolesnikom.

**Ključne riječi:** srčano popuštanje, palijativna skrb, kvaliteta života

### Summary

Heart failure (HF) is an important healthcare problem, associated with high morbidity and mortality, affecting large number of people, often with poor quality of life. It is generally recognized as a serious condition, equivalent to malignant disease in terms of symptom burden and mortality. Implementation of palliative care for the patients with malignant disease has now expanded to include the care of all individuals affected by life-limiting conditions, including heart failure. Symptoms that significantly impair quality of life in HF include: breathlessness, pain, persistent cough, limitation in physical activity, anxiety, depression and constipation. These symptoms can be effectively controlled with drugs (i.e. ACEIs, BBs, diuretics) and devices (i.e. ICD, CRT, VAD), markedly reducing symptoms, improving survival and quality of life. In planning of palliative care for HF patients, it is important to educate them and their family members about graded course and progression of the disease to advanced stage and terminal phase. It is important to give psychological and spiritual support to patients throughout the course of the disease. In conclusion, we can say that in Croatia and worldwide the problem of palliative care for HF patients is well recognized as an important form of treatment and health care but unfortunately incompletely implemented in everyday practice

**Keywords:** heart failure, palliative care, quality of life

## Iskustva organizacije palijativne skrbi u Dubrovačko-neretvanskoj županiji

### *Experience in the organization of palliative care in Dubrovnik-Neretva County*

Vedrana Iveta

#### Sažetak

Poznato je da promjene u zdravstvenoj i socijalnoj politici utječu i na razvoj palijativne skrbi. Za uspješan razvoj palijativne skrbi presudno je povezivanje svih razina zdravstvene zaštite i uspostava novih načina rada, uključujući osnivanje mobilnih timova za palijativnu skrb, sustavnu suradnju više ustanova, te fleksibilnost rasporeda rada u skladu sa specifičnim potrebama i mogućnostima. Izgradnja Odjela za palijativnu skrb i Odjela za produženo liječenje u OB Dubrovnik započela je krajem 2012. zajedničkim ulaganjima Zaklade Blaga djela, Opće bolnice Dubrovnik, Dubrovačko – neretvanske županije, grada Dubrovnika i Dubrovačke biskupije. Uskoro zatim, početkom 2013. godine poslano je deset stručnjaka različitih profila (medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici) na poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije „Osnove palijativne medicine“ Medicinskog fakulteta u Zagrebu – CEPAMET. Edukacijom smo stekli izvjesna saznanja koja su nam omogućila uspostavljanje bolničkog i županijskog koordinacijskog tima s koordinatorom na čelu tima za razvoj palijativne skrbi na našem području. Uključene su sve institucije koje svojim djelokrugom rada mogu pridonijeti kvalitetnom razvoju palijativne skrbi. U to je vrijeme (25. siječnja 2013.) potpisan sporazum o znanstvenoj, edukacijskoj i stručnoj suradnji između Medicinskog fakulteta Zagreb i Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, koji je stvorio dobar preduvjet za daljnji razvoj projekta.

Odjel za palijativnu skrb otvoren je 28. 4. 2014. Spajanjem svih institucija uključenih u pružanje zdravstvene zaštite spajamo znanja iz područja različitih profesija, politike i laika koji imaju zajednički plan da se svim stanovnicima osiguraju jednaki uvjeti za medicinsku i socijalnu skrb. Kroz naredno razdoblje planiramo razviti palijativnu skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite, otvoriti Županijski koordinacijski centar i uspostaviti suradnju s bolničkim koordinacijskim timom gdje je uspostavljen Odjel za palijativnu skrb. Krajnji cilj je stvoriti koordinaciju na razini županije gdje bi se kroz djelovanje Koordinacijskog županijskog tima za palijativnu skrb osigurala kvalitetna skrb svima kojima je potrebna.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, županijski centar, primarna zdravstvena zaštita, koordinacija

#### Summary

It is well known that changes in health and social policy influence the development of palliative care (PC). Coordination of all levels in health care and introduction of new working modes, including creation of mobile teams for palliative care, collaboration of several institutions as well as flexibility of work schedules according to the specific needs and abilities are essential for the successful development of palliative care. Building of the Department for Palliative Care and the Department for Prolonged Treatment in the General Hospital (GH) in Dubrovnik was a joint investment of the



Foundation Kind Deeds, the General Hospital Dubrovnik, Dubrovnik - Neretva County, City of Dubrovnik and the Diocese of Dubrovnik. Works started on November 21, 2012. At the beginning of 2013 education of ten people of different profiles, including nurses, psychologists and social workers started through the postgraduate CME course - Fundamentals of palliative medicine at the University of Zagreb School of Medicine - CEPAMET. This education enabled formation of the Hospital and County Coordination Team for the development of PC which comprised all relevant institutions. Then the County Coordinator for the development of PS was named. An agreement on scientific, educational and professional cooperation between the University of Zagreb Medical School and Center for Palliative Medicine, Medical Ethics and Communication Skills was signed on January 25, 2013 in Zagreb.

Thus a good basis for further development of the project was created. Department of Palliative Care was opened on April 28, 2014. By merging all institutions involved in provision of health care, knowledge from different professions, politics and laymen whose common aim is to ensure equal conditions for medical and social care for all people was achieved. We are planning to develop PC at the primary level of health care in the close future, to open County Coordination Center and set up collaboration with the hospital coordination team and the Department of PC at the GH Dubrovnik. The ultimate goal is to create collaboration at the county level through the County PC Coordination team providing quality care to all in need.

**Key words:** palliative care, county center, primary health care, coordination

## Najčešći psihijatrijski poremećaji u palijativnoj medicini

### *Most common psychiatric disorders in palliative medicine*

Lucija Bagarić Krakan, Andrea Ražić Pavičić, Martina Bojanić, Iva Pupiće, Ivana Haluga Golubović, Danko Relić

#### Sažetak

Palijativnu granu medicine čini tim koji čine medicinski stručnjaci: liječnici (psihijatar, onkolog, internist, anesteziolog, obiteljski liječnik) i medicinske sestre, ali i drugi stručnjaci (psiholog, socijalni radnik, radni terapeut) i brojni drugi ovisno o tegobama bolesnika. Svaki član palijativnog tima trebao bi biti jednako uvažan i prihvaćen u području u kojem djeluje a isključivo u svrhu pomaganja tj. ublažavanja simptoma i ev.liječenja pacijenta. Ako se osvrnemo na psihijatriju, možemo navesti najčešće psihijatrijske poremećaje: one iz anksioznog spektra (npr. reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe; mješoviti anksiozno-depresivni poremećaj), poremećaj raspoloženja (npr. depresivni poremećaj), organski uvjetovanih duševnih poremećaja (npr. delirij) te drugih. Kod pacijenata u palijativnoj medicini povećan je suicidalni rizik koji je često povezan s lošom prognozom osnovne bolesti, kroničnom boli, komorbiditetnim somatskim bolestima s psihijatrijskim poremećajima, nekim od sljedećih simptoma: pesimističnim stavom spram budućnosti, beznađem, bezperspektivnosti. Zaključujemo da je u palijativnoj medicini važan multidisciplinarni pristup, gdje između ostalog svoje mjesto nalazi i psihijatrija zbog kompleksnosti kliničke slike i potencijalnog suicidalnog rizika naših pacijenata.

**Ključne riječi:** palijativna medicina, psihijatrijski poremećaj, suicidalni rizik

#### Summary

Palliative care is provided by a team consisting of various medical professionals: psychiatrists, oncologists, internists, anesthesiologists, nurses, psychologists, social workers, occupational therapists and many others. Each member of the palliative team should be equally respected and accepted in the field in which he/she operates with the sole purpose of helping i.e. treating the patient. Regarding psychiatry the most common psychiatric disorders are: anxiety-spectrum disorders (i.e. reaction to severe stress and adjustment disorders; mixed anxiety-depressive disorder), mood disorders (i.e. depressive disorder), and organically-induced mental disorders (i.e. delirium). Suicidal risk is increased among patients in palliative care. It is often associated with poor prognosis of somatic diseases, chronic pain, comorbidity with psychiatric disorders, and with symptoms such as pessimistic attitude towards the future, hopelessness, lack of perspective. Multidisciplinary approach is very important in palliative medicine. Psychiatry has important place due to the complexity of clinical picture and potential suicidal risk.

**Keywords:** palliative medicine, psychiatric disorder, suicidal risk

## Perkutana bilijarna drenaža kao palijativna metoda

### *Percutaneous biliary drainage as a method for permanent palliation*

Zrinka Fabris , Marko Miletić, Luka Novosel

#### Sažetak

Perkutana bilijarna drenaža je intervencijska metoda privremene ili trajne drenaže žuči radi dekompresije bilijarnog sustava kod opstrukcije izazvane benignim ili malignim uzrocima. Najčešći maligni uzroci su kolangiokarcinom, karcinom pankreasa, metastaze i limfadenopatije. Bilijarnom sustavu se pristupa s pomoću tanke igle (22 G) interkostalno u medioklavikularnoj liniji, pa se pod kontrolom ultrazvuka punktura periferni prošireni žučni vod. Injicira se kontrastno sredstvo i pod dijaskopijom se utvrđuje mjesto opstrukcije. Ukoliko je moguće žicom vodiljom proći mjesto opstrukcije postavlja se metalni stent ili dren za unutarnje-vanjsku drenažu, a ako je opstrukcija neprohodna postavlja se vanjski dren. Kateter se potom može fiksirati na kožu i tako omogućiti trajnu drenažu. Indikacije za perkutanu bilijarnu drenažu su: postojanje opstruktivne žutice, nemogućnost ili neuspjeh endoskopske bilijarne drenaže, kirurški poremećeni anatomske odnosi (npr. Billroth III), visokorizičan pacijent za kirurški zahvat, septička stanja koja zahtijevaju brzu dekompresiju, intrahepatalne i hilarne lezije.

Na Kliničkom zavodu za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC-a Zagreb ova metoda se provodi od 8. mjeseca 2012. g. te je od tada napravljeno 113 procedura, a kod 10 pacijenata je postavljen metalni stent u duktus koledokus.

**Ključne riječi:** bilijarna drenaža, metalni stent, maligna bilijarna opstrukcija

#### Summary

Percutaneous biliary drainage is a technique allowing temporary or permanent drainage of bile to decompress a biliary system obstructed by a benign or malignant disease. The most common malignant causes are cholangiocarcinoma, pancreatic cancer, cancer of the duodenal ampulla, metastases and lymphadenopathy. The biliary system can be accessed with a 22 g needle which is inserted intercostally in the mid-clavicular line under ultrasound guidance, allowing puncture of a dilated peripheral bile duct. Contrast medium can then be injected under fluoroscopic guidance to localize the site of obstruction. Where possible, a guide-wire can be inserted to allow placement of a metal stent across the site of obstruction or an internal drain, but if the obstruction cannot be passed an external drain can be inserted leaving a catheter fixed to the skin as a permanent drain. Indications for percutaneous biliary drainage are: obstructive jaundice, failure of endoscopic biliary drainage, surgically induced abnormal anatomic relationships (i.e. Billroth II procedure), patients who are at high surgical risk, septic patients with obstructed biliary systems that require rapid decompression, and intrahepatic or hilar lesions. At the Department of Diagnostic and Interventional Radiology, Clinical Hospital Center Zagreb, 113 procedures have been performed using this method since August 2012. In 10 patients a metallic stent was placed in the common bile duct.

**Keywords:** biliary drainage, metal stent, malignant biliary obstruction

## Rehabilitacija u palijativnoj skrbi

### *Rehabilitation in palliative care*

Jakov Ivković, Vedrana Vondrak, Goranka Radmilović

#### Sažetak

Palijativna skrb je usmjerena na širok spektar po život opasnih i ograničavajućih bolesti, kao što su karcinom i s njime povezana stanja, HIV, neurodegenerativne i respiratorne bolesti, te promjene mentalnog statusa. Primarni cilj fizikalne terapije u palijativnoj skrbi je postizanje najbolje moguće kvalitete života, kako za pacijente, tako i za njihove obitelji, u svakom stadiju bolesti, ne samo terminalnom. Ostali ciljevi su zadržavanje optimalne respiratorne i cirkulatorne funkcije, prevencija mišićne atrofije, skraćanja mišića i kontraktura zglobova, kontrola boli, očuvanje pacijentove samostalnosti i funkcije. Rehabilitacija u palijativnoj skrbi obuhvaća primjenu: elektro, hidro, termo i krioterapije, biofeedback, LASER-a, masaže, raznih pomagala i najvažnije - tjelovježbe. Veliki broj studija govori u prilog tome da strukturirana tjelovježba može uvelike koristiti pacijentima s uznapredovalom bolešću i smanjiti njihovo funkcionalno propadanje. Neke studije zaključuju da je kvaliteta života manje reducirana u onih koji redovito vježbaju, te da u oboljelih od karcinoma postoji pozitivan učinak redovite tjelovježbe na očekivano trajanje života. Također tjelovježba ublažuje spektar simptoma koji ograničavaju funkcioniranje pacijenata, uključujući dispneju i slabost. S obzirom na holistički pristup u palijativnoj skrbi i navedene podatke, zaključujemo kako je nužno da dio palijativnog tima bude specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije i fizioterapeut. Imajući u vidu dostupnost i pozitivne učinke tjelovježbe, od izrazite je važnosti početi sa vježbanjem već u ranom stadiju bolesti.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, kvaliteta života, rehabilitacija, fizikalna terapija, tjelovježba.

#### Summary

Palliative care covers a range of life-threatening and life-limiting conditions like cancer and cancer-associated conditions, HIV, neurodegenerative disorders, respiratory disorders, and mental health disorders. Primary goal of physical therapy in palliative care is to achieve the best possible quality of life (QOL) both for the patients and their families, in every stage of illness and not only in the terminal stage. Other goals are to maintain optimum respiratory and circulatory function, prevent muscle atrophy, muscle shortening and joint contractures, reduce pain, and optimize patient's independence and his functions. Rehabilitation in palliative care comprises application of: electrotherapy, hydrotherapy, thermo and chryotherapy, biofeedback, LASER, manual therapy, aids and, most important, exercise. Great number of studies indicates that patients in the advanced stage of disease can significantly benefit from structured exercise. It can also decrease their functional deterioration. Some studies indicate that regular exercise influence patients' decrease of QOL and have positive effect on life expectancy in cancer patients. Exercise also improves the effect of symptoms that limit patient's function including dyspnea and fatigue. Given the holistic approach in palliative care, we can conclude that physical medicine and rehabilitation specialist and physical therapist are the necessary part of the palliative care team. Considering the availability of exercise and its positive effects, it is important to start exercising early.

**Key words:** palliative care, quality of life, rehabilitation, physical therapy, exercise

## Primjena logoterapije u palijativnoj skrbi

### *Logotherapy in palliative care*

Ivan Vukoja, Lucija Bagarić Krakan, Martina Bojanić, Jakov Ivković, Fabijan Barišić, Lana Njavro

#### Sažetak

Čovjeka možemo promatrati u različitim procjenama: biološkoj, psihološkoj, socijalnoj i spiritualnoj. Na Engelovu (1977.) postavku čovjeka kao biopsihosocijalnog bića Frankl navodi i duhovnu dimenziju. Nastanak bolesti ovisi o međudjelovanju svih komponenti, ukoliko postoji disbalans. Frankl naglasak stavlja na odgovornosti te na pronalaženju smisla i samonadranju kroz čovjekov opstanak. Duhovna dimenzija čovjeka ne može oboliti. Svaka osoba ima jedinstven zadatak koji nije dan već ga se mora pronaći. Palijativni pacijenti i članovi njihovih obitelji često imaju sljedeće simptome; depresivno raspoloženje, beznadnost, bezperspektivnost, nisko samopoštovanje, pesimizam i anksioznost. Smatramo da zbog kompleksnosti situacije jedan od psihoterapijskih pristupa svakako može biti i logoterapija. Ona kao takva kroz svoje metode nudi promjenu stajališnih vrijednosti (doživljajne i stvaralačke vrednote te vrednote stava), potragu za smislom u patnji i samim tim autotranscedencijom. Zaključujemo da s logoterapijskim pristupom u palijativnoj medicini, pacijenti i okolina mogu bolje prihvatiti izazove i probleme u palijativnoj skrbi, i potencijalno pronaći smisao života u patnji s kojom se nose svaki dan.

**Ključne riječi:** logoterapija, palijativna skrb, smisao života

#### Summary

Logotherapy is a type of psychotherapy assuming that man is a biological, mental, social and spiritual being. Frankl added spiritual dimensions to Engel's postulate that humans are biopsychosocial beings. Spiritual dimensions of man can't get sick, and disease is a result of imbalance among human dimensions. Each person has a unique task which is not given but must be discovered. Palliative patients and members of their families have the following symptoms: depressed mood, hopelessness, lack of perspectives, low self-confidence, pessimism, apathy and anxiety. Therefore, logotherapy could be adequate psychiatric approach to palliative patients, especially from the logotherapeutic point of view that disease is an opportunity for transcendence and finding meaning in suffering. Therefore the logotherapeutic approach in palliative care could result with better acceptance of challenges and problems in palliative patients and relatives to accept the challenges and problems in order to find some meaning in life and suffering with which they are deal every day.

**Key words:** logotherapy, palliative care, meaning of life

## Palijativni pacijent u službi hitne medicinske pomoći u Požegi

### *Palliative patient in the Pozgea Emergency Service*

Ljiljana Obšivač, Fabijan Barišić

#### Sažetak

U našem radu koristili smo podatke o palijativnim pacijentima koji su zabilježeni u pisanom i elektronskom protokolu (program e-Hitna, tvrtke Rinels) i uključuju sve postupke u dežurnoj ambulanti i na terenu, u razdoblju od godine dana, od 01. listopada 2013. do 01. listopada 2014. godine. U tijeku te godine dana, 310 postupaka (zahvata) bilo je učinjeno palijativnim pacijentima, a to je 7,45 % od svih postupaka u godini dana i 9,06 % od ukupnog broja intervencija kod bolesnika, što je vrlo velika brojka koja ukazuje na potrebu odgovarajućeg zbrinjavanja terminalno bolesnih osoba putem drugih službi i ustanova. Najveći broj palijativnih pacijenata, 65 % , bili su pacijenti oboljeli od zloćudnih bolesti, najčešća oboljeli od malignog tumora pluća i bronha (17 %). Cirkulatorne i kardiovaskulne bolesti bile su druge po zastupljenosti uzroka palijativnog stanja (25 % ) svih terminalno bolesnih osoba. Premda postoji zakonska regulativa, palijativna medicina nije još prepoznata kao važan dio nacionalne zdravstvene politike, niti je njen sastavni dio, što se mora u budućnosti promijeniti i poboljšati kako bi se pomoglo umirućim pacijentima i njihovim obiteljima jer ljudski život je jedan i neponovljiv i svatko ljudsko biće ima pravo da ga u dostojanstvu i završi.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, hitna medicinska služba, zloćudna bolest

#### Summary

Data on interventions on patients in palliative care recorded in written or electronic form (e-Hitna Rinels' program) in the City of Pozgea Emergency Service from October 1, 2013 to October 1, 2014 were analyzed. In this one-year period 310 procedures on palliative patients were performed i.e. 7.45% of all interventions and 9.06% of all patients. Most of palliative patients (65%) suffered from malignant diseases, 17% being lung cancer. Terminal cardiovascular patients (25%) followed. Those high figures refer to organization of palliative care, apart from emergency and first aid organizations. In spite of existing legislative efforts, palliative medicine is not yet recognized as a health politics priority or its constitutive part, which must be set off and improved in the near future. Human life is unique and every human being together with his/her family deserves to end it with dignity.

**Key words:** palliative care, emergency care, malignant diseases

## Uloga nevladinih organizacija u razvoju sustava palijativne skrbi

### *Role of non governmental organizations in the development of palliative care system*

Ivana Mađaroši

#### Sažetak

Uloga nevladinih organizacija u razvoju sustava palijativne skrbi je vrlo bitna i neizostavna. S obzirom na to da je nevladina organizacija najčešće pojam humanitarne organizacije, zaklade ili građanske udruge koja ima cilj pomoći građanima u nevolji, ovakve udruge imaju veliku ulogu u formiranju sustava palijativne skrbi. Sačinjavaju je građani koji su motivirani volontirati i unaprijediti kvalitetu života u lokalnoj zajednici. Upravo zbog te motiviranosti, nevladine organizacije su voljne naći alternativne načine financiranja kroz pisanje projekata kako bi unaprijedile svoj rad. Aktivnosti nevladinih organizacija u razvoju sustava palijativne skrbi na prvom mjestu obuhvaćaju edukacije stručnjaka iz područja zdravstva i socijalne skrbi, podizanje svijesti o provođenju palijativne skrbi kroz obrazovni sustav i promociju palijativne skrbi u lokalnoj zajednici kroz sudjelovanje u javnim događanjima. Primjer takve udruge u Požeško-slavonskoj županiji jest Palijativni tim "LiPa" iz Pakraca koja već godinu dana kontinuirano provodi navedene aktivnosti te koordinira sve aktivnosti između pacijenta kojemu je potrebna palijativna skrb i zdravstveno-socijalnog sustava kako bi se unaprijedila kvaliteta života oboljelog i njegove obitelji. Ključni članovi ovakvih udruga trebaju biti liječnici, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, duhovnici i svi ostali koji su motivirani za rad s pacijentima u terminalnoj fazi bolesti kako bi se povezali s postojećim zdravstveno-socijalnim sustavom.

**Ključne riječi:** nevladine organizacije, palijativna skrb, edukacija

#### Summary

The role of non governmental organizations (NGOs) in the development of palliative care system is important and necessary. Since their goal is to help people through humanitarian organizations, foundations or civil associations, those associations are having significant role in palliative care system. NGO is consisted of citizens who motivated to volunteer and improve the quality of life in their communities. Considering this motivation NGOs are able to find alternative financial resources (e.g. projects writing). NGOs activities comprise education of professionals in health care and social system, raising consciousness in implementation of palliative care and promoting palliative care through educational system and through participation in local community public activities. The example of such palliative NGO in Požeško-slavonska county is the Palliative Team "Lipan" from Pakrac whose members were performing those activities continuously for more than one year and coordinated activities between palliative patients and health and social system in order to improve quality of life for the patients and their family members. The most prominent members of palliative NGOs are doctors, nurses, psychologists, social workers, priests and other highly motivated volunteers enhancing the cooperation between NGO and actual health and social system.

**Key words:** non governmental organizations, palliative care, education

## Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu palijativne medicine

### *The nurse's role in multidisciplinary palliative team*

Ljerka Pavković, Vesna Božić

#### Sažetak

Između svih uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi treba izdvojiti aktivnosti pomaganja bolesniku i njegovoj obitelji u procesu umiranja i žalovanja zajedno s ostalim članovima multidisciplinarnog tima: liječnikom, psihologom, socijalnim radnikom, fizioterapeutom, duhovnikom i ljekarnikom koje se provode na principima palijativne skrbi i temelje se na iskustvima na kraju života koji utječu na fizičku, funkcionalnu, socijalnu, duhovnu dimenziju i osobni boljitak.

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, sukoordinira cjelokupnim procesom palijativne skrbi u jedinicama palijativne skrbi u bolnicama, mobilnim timovima, stacionarima, domovima zdravlja, hospiciju ili kao volonter. Svaki član tima u palijativnoj skrbi mora imati određene kompetencije koje se temelje na specifičnim znanjima, a koja se zasnivaju na standardima palijativne medicine i palijativne skrbi i koje zahtijevaju određeni broj zdravstvenog osoblja

prema broju bolesnika. Djelokrug rada medicinske sestre provodi se na osnovi sestrinskih dijagnoza utemeljenih na znanju i individualnom pristupu.

Istraživanja na području palijativne skrbi su rijetka ali potvrđuju nedostatak znanja o palijativnoj skrbi među medicinskim sestrama i onima koje se tek obrazuju, te ukazuje na potrebu uvođenja specifičnih programa za to područje što bi dovelo do kvalitetnije palijativne skrbi u zdravstvenoj njezi.

**Ključne riječi:** medicinske sestre, palijativna skrb, multidisciplinarni tim

#### Summary

Considering all the nurse's roles in palliative care, the most important is helping a patient and his family during the terminal stage of life and during the grieving period as a part of multidisciplinary team working with doctor, psychologist, social worker, physiotherapist, spiritual guide and pharmacist. Those activities are based on palliative philosophy and experiences made at the end of life influencing on physical, functional, social and spiritual dimension and personal quality of life. The nurse in palliative care is an active, multifarious participant who directly gives health care, coordinates the whole process of palliative care in palliative hospital wards, mobile teams, offices, healthcare ambulances, hospices and as a volunteer. Every member of a palliative team must have some competencies based on specific knowledge consisting in standards of palliative medicine and palliative care necessary for specific amount of health workers for specific number of patients. Nurse's interventions are guided by medical diagnosis, technical skill, knowledge and individual approach.

Studies conducted in the field of palliative care are rare but they nevertheless confirm the lack of knowledge about palliative care among nurses, graduated or still in school, indicating how important is the development of educational programs specific for palliative care, improving its scope and quality.

**Key words:** nurses, palliative care, multidisciplinary team



## Palijativna skrb hemodijaliziranog bolesnika

### *Palliative care of haemodialysis patients*

Ivica Brizar, Petar Petrić, Ivan Vukoja, Nela Petrović

#### Sažetak

Uvod. Tijekom posljednjih nekoliko godina porasla je svijest o uključivanju palijativne skrbi kod bolesnika s uznapredovalom bolesti bubrega (ESRD - *end stage renal disease*).

Cilj ovoga rada je utvrditi koliko bolesnika s uznapredovalom bolesti bubrega Odjela hemodijalize OŽB Požega ima potrebu za palijativnom skrbi.

Metode: korišteni instrument je modificirani Charlson Comorbidity Index pomoću kojega se kod bolesnika u završnom stadiju bolesti bubrega za određene vrste kroničnih bolesti dodaje određeni broj bodova. Bodovi su grupirani u četiri skupine: niski komorbiditet (0-3 boda), umjereni komorbiditet (4 i 5 bodova), visoki komorbiditet (6 i 7 bodova), vrlo visoki komorbiditet (8 i više bodova).

Rezultati: 33 bolesnika Odjela za hemodijalizu OŽB Požega rangirano je prema Charlson Comorbidity Indexu. Medijan dobi bolesnika iznosio je 66 godina; 4 (12%) bolesnika imali su od 0-3 boda, 9 (27%) bolesnika imali su 4-5 bodova, 18 (54%) bolesnika imali su 6-7 bodova, a 2 (6%) bolesnika imali su 8 i više bodova.

Zaključak: Većina bolesnika s ESRD ovisi o jednom od oblika nadomjesne bubrežne funkcije do kraja svoga života, a kako su to bolesnici stariji životne dobi opterećeni brojnim komorbiditetima, njihova je kvaliteta života znatno umanjena. Uključivanje, uz osoblje hemodijalize i interdisciplinarnog tima palijativne skrbi (liječnika, psihologa, socijalnih radnika, dijetetičara, medicinskih sestara kućne njege, duhovnika, njegovatelja, te volontera) u liječenje ovih bolesnika znatno bi unaprijedilo kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, hemodijaliza, komorbiditet

#### Summary

Introduction. During the past few years an awareness of including palliative care for patients with end stage renal disease (ESRD) has risen.

Aim: to determine how many patients at the Department for haemodialysis in GCH Požega suffering from ESRD need palliative care.

Methods: a modified Charlson Comorbidity Index (CMI; a scoring questionnaire). The points are organized in four groups: low comorbidity (0 – 3 points), moderate comorbidity (4 and 5 points), high comorbidity (6 and 7 points) and very high comorbidity ( $\geq 8$  points).

Results. Ranked were 33 patients. Median age of the patients was 66 years, 4 patients (12%) scored 0 – 3 points, 9 patients (27%) scored 4 – 5 points, 18 patients (54%) scored 6 – 7 points and 2 patients (6%) scored 8 points or more.

Conclusion. The majority of ESRD patients depend on some kind of supplementary kidney function for the rest of their lives; since those are elderly patients burdened by numerous comorbidities, their quality of life is significantly impaired. By including interdisciplinary palliative care team (physicians, psychologists, social workers, nutritionists, home care nurses, spiritual guides, caretakers and volunteers) to work with haemodialysis staff on providing care to these patients would significantly improve the quality of life of these patients and their families.

**Key words:** palliative care, haemodialysis, comorbidity

## Primjena opioida u palijativnoj skrbi

### *Opioids in paliative care*

Lana Njavro, Ivan Vukoja, Jakov Ivković

#### Sažetak

Palijativna skrb obuhvaća holistički pristup oboljelima od uznapredovalih, progresivnih bolesti, s ciljem postizanja što bolje kvalitete života. S obzirom da se jaka bol pojavljuje u 60-80% pacijenata s uznapredovalim karcinomom, jedan od najvažnijih zadataka palijativne skrbi je kontrola boli. Neke studije pokazuju da čak 2/3 oboljelih od karcinoma osjećaju bol koja može biti kupirana samo upotrebom jakih opioida. Kad god je moguće, opioide treba primjenjivati peroralno, u propisanim razmacima, kako bi se postigla optimalno ublažavnje boli. Morfij je učinkovit i jeftin, stoga i najčešće primjenjivan. Postoje dva osnovna oblika peroralnog morfija: kratkodjelujući (IR) i dugodjelujući (SR). Budući da nisu utvrđene razlike u kontroli boli i nuspojavama pri primjeni ova dva oblika, kod uvođenja opioidnog liječenja treba ponuditi pacijentima na izbor koji oblik žele koristiti. Preporučena početna doza je 20-30 mg morfija dnevno, primjerice u SR obliku podijeljenog u dvije doze, uz korištenje 5 mg spasonosne doze IR morfija za kupiranje boli u fazi titracije. U održavanju opioidnog liječenja koristi se SR morfij u prilagođenoj dozi. Objavljeni podaci ukazuju da je bol u uznapredovalim stadijima karcinoma nedovoljno medikamentno kupirana, prvenstveno zbog nemogućnosti odgovarajuće procjene boli, te bolesnikovih i liječnikovih strahova od nuspojava primjene opioida. Stoga, s obzirom na široku dostupnost jakih opioida i njihov veliki potencijal u kontroli boli, dužnost je liječnika mudrim propisivanjem opioida poboljšati kvalitetu života pacijenata, uvijek imajući u vidu sve dobrobiti, ali i ograničenja njihove primjene.

**Ključne riječi:** opioidi, palijativna skrb, bol

#### Summary

Palliative care is a holistic approach to patients with advanced, progressive illness, in order to achieve the best possible quality of life. Considering that severe pain occurs in about 60-80% of patients with advanced cancer, one of the most important tasks of palliative care is pain management. Some studies showed that up to two-thirds of people with cancer experience pain that can be decreased only by giving strong opioids. Whenever possible, opioids should be administered orally, by round-the-clock schedule, which optimizes pain reduction. Morphine is effective and cheap, and therefore usually administered. There are two basic formulations of oral morphine: immediate-release (IR) and sustained-release (SR). There are no differences in pain relief and side effects between these two formulations when starting opioid therapy, so we should offer patients to choose which one to use. Recommended initial dose is 20-30 mg of oral morphine a day, for example in SR form divided in two doses, with 5 mg rescue doses of IR for pain control during the titration phase. For maintenance therapy SR morphine in adjusted dose should be used. Published evidence suggests that advanced cancer pain remains under-treated, mostly because of the failure to assess pain and patients' and physicians' fear of opioid side effects. Therefore, considering wide availability of strong opioids and their great potential for pain control, it is physician's duty to prescribe them wisely to improve the patient's quality of life, always keeping in mind benefits, but also limitations of their use.

**Key words:** opioids, palliative care, pain

# Uloga liječnika obiteljske medicine u palijativnoj skrbi

## *The role of family doctor in palliative care*

Milica Katić, Rajka Šimunović

### Sažetak

Prema Europskoj definiciji obiteljske medicine (*European definition of Family Medicine: Core competencies and Characteristics*) koja je oblikovana 2005. godine trajnost skrbi je jedno od temeljnih određenja liječnika obiteljske medicine. Spektar aktivnosti koje provodi liječnik obiteljske medicine u skrbi za bolesnika je vrlo velik te se proteže od djelovanja na determinante zdravlja do palijativne skrbi (engl. *health care continuum*), pa je tako palijativna skrb dio svakodnevnog rada obiteljskog liječnika. On najbolje zna svog bolesnika i njegovu obitelj kao i okolnosti u kojima oni žive. Obiteljski liječnik čiji tim skrbi o svom bolesniku tijekom cijelog njegova života treba biti temelj pružanja palijativne skrbi u primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Obiteljski liječnik sa suradnicima i članovima obitelji bolesnika provodi palijativnu skrb u ordinaciji, a još češće u domu bolesnika. Palijativnu skrb provodi po načelima Svjetske zdravstvene organizacije a to znači učiniti za bolesnika sve ono što će produljiti život uz primjerenu kvalitetu života te suzbijati mnogobrojne simptome koji se pojavljuju u bolesnika bilo zbog same osnovne bolesti, zbog postupaka liječenja ili zbog drugih pridruženih bolesti i stanja. Liječnik obiteljske medicine u Hrvatskoj ima u skrbi prosječno godišnje oko deset bolesnika kojima treba palijativna skrb od kojih dva do pet godišnje umire od raka. Poznato je da 90% vremena u zadnjoj godini života ti bolesnici provode u svom domu. Preduvjeti za zbrinjavanje bolesnika u kući su osposobljenost liječnika obiteljske medicine i suradnika za provođenje palijativne skrbi, osposobljenost i osnaživanje članova obitelji da brinu o bolesniku, organiziranje i učinkovito koordiniranje

timskog rada svih zdravstvenih profesionalaca i profesionalaca drugih struka te laika u osiguranju i pružanju kvalitetne palijativne skrbi, dogovor i pristanak svih uključenih, te primjereni uvjeti u kući bolesnika. Liječnik obiteljske medicine mora raspolagati specifičnim znanjima i vještinama kako pravodobno prepoznati mnogobrojne simptome koji se javljaju u bolesnika te kako kontrolirati simptome. Principi kontrole simptoma su: pravovremena i ispravna dijagnoza uzroka, objašnjavanje simptoma bolesniku i rasprava s njim o mogućnostima suzbijanja simptoma uz postavljanje realističnih ciljeva. Vrlo važan čimbenik u kontroli simptoma je i predviđanje tijeka bolesti i pojava novih problema koji bi mogli nastati jer svaka daljnja faza može dovesti do novih znakova, te ako je moguće treba ih na vrijeme spriječiti. Simptomi koji se javljaju su mnogostruki, međusobno se isprepliću i skloni su brzim promjenama. Prema podacima istraživanja provedenom u Nizozemskoj u skupini od 1608 bolesnika u kojih se provodila palijativna skrb u kući do njihove smrti, njih 38% umrlo je u svom domu, a oni koji su bolovali od raka u posljednja tri mjeseca života imali su prosječno 11,9 simptoma. Najčešći simptomi u bolesnika sa uznapredovanim rakom su bol, anoreksija, umor, mučnina, konstipacija, promijenjeno mentalno stanje, dispneja, i povraćanje. Sa primjerenim znanjem i vještinama liječnika obiteljske medicine i njegovih suradnika dostupnim metodama može se postići zadovoljavajuća kontrola tih simptoma u većine bolesnika. Primjerice, suzbijanje boli treba provoditi prema usvojenim smjernicama multimodalnog liječenja boli: pravilno uvođenje analgetika, primjena modela ljestvice ili lifta, odabrati „pravi“ analgetik, po potrebi kombinirati ili rotirati analgetike, primjenjivati ih trajno

u redovitim razmacima a dozu prilagoditi bolesniku te koristiti ostale metode suzbijanja boli. Mučnina i povraćanje nastaju zbog mnogostrukih uzroka te liječnik obiteljske medicine prema uzroku i/ili uzrocima mučnine i povraćanja u bolesnika treba odabrati najučinkovitiji lijek ili kombinaciju lijekova. Dostupni antiemetici su: antagonisti dopamina; blokatori histamin H1 receptora; antagonisti serotonina i acetilkolina. Specifično djelovanje na gastrointestinalni trakt imaju prokinetički lijekovi, antacidi, blokatori H2 receptora i inhibitori protonske pumpe, te laksativi i spazmolitici. Uz ove centralne i periferne antiemetike u suzbijanju mučnine i povraćanja mogu koristiti kortikosteroidi, anksiolitici, te otreotid. Za suzbijanje dispneje u kućnom liječenju moguće je primijentiti kisik, opijate, kortikosteroide, bronhospazmolitike. Bolesniku je pri gubitku apetita moguće pomoći primjenom deksametazona ili megastrol acetata te prilagodbom režima prehrane što je izvedivo u kućnim uvjetima. Obiteljski liječnik mora biti pozoran na brojne psihološke probleme i simptome te uz odgovarajuće lijekove koristiti i metode površinske psihoterapije odnosno koristiti postupak koji se kolokvijalno naziva "liječnik kao lijek".

Pojava hitnih stanja u bolesnika sa uznapredovanom bolesti u terminalnoj fazi neizbježna je, uzrokuju strah ne samo kod bolesnika nego i onih koji o njemu brinu, a u zdravstvenih profesionalaca izazivaju visoku razinu stresa. Iako je smrtni ishod očekivan obzirom na progresiju osnovne bolesti koja više ne odgovara na aktivno liječenje, akutno pogoršanje stanja bolesnika i smrt predstavlja za obitelj događaj koji zahtijeva hitno zbrinjavanje i vrlo često obitelj zahtijeva od liječnika da se bolesniku održi život pod svaku cijenu. Za zbrinjavanje hitnih stanja u terminalnoj fazi bolesti kao i u cjelokupnoj palijativnoj skrbi nužno je osigurati pomoć bolesniku, voditi računa o potrebama drugih članova obitelji koji promatraju hitni događaj, objasniti što se događa i što se poduzima te uključiti druge članove tima. U tim trenucima obiteljski liječnik treba biti uz obitelj i bolesnika te svojom nazočnošću iskazati razumijevanje i brigu.

Kako bi liječnici obiteljske medicine uspijevali uspješno provoditi palijativnu i potpurnu skrb u domu bolesnika moraju biti primjereno osposobljeni i blisko surađivati sa svim drugim sudionicima u palijativnoj skrbi te imati mogućnost po potrebi konzultirati se sa specijaliziranim službama i stručnjacima za palijativnu skrb i dobiti od njih stručnu pomoć.

Komunikacija između liječnika i bolesnika je temeljni aspekt skrbi koja značajno utječe na tijek liječenja, dobrobit bolesnika i njegove obitelji, odluke o izboru liječenja i suradljivost u liječenju te na kapacitet bolesnika i obitelji kako planirati skrb u budućnosti i eventualno koristiti alternativne modalitete liječenja. Bolesnik očekuje od liječnika brigu, slušanje i razumijevanje, pozornost i poštovanje, znanje i vještine, objašnjavanje prirode bolesti, istinu ali bez oduzimanja nade. Potrebno je stalno objašnjavanje onoga što se događa ili postupka koji se planira uz suglasnost bolesnika.

U liječenju bolesnika kojem treba palijativna i potporna skrb kao uostalom u svakom segmentu skrbi koji liječnik obiteljske medicine pruža treba osigurati holistički pristup te uvažavati bolesnika kao osobu i poštovati njegove odluke.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, obiteljska medicina, timski rad, suzbijanje simptoma

### **Summary**

According to the European definition of Family Medicine: Core competencies and Characteristics formed in 2005 provision of longitudinal continuity of care is one of the fundamental qualities of family doctors. Spectrum of activities conducted by family doctor in patients care is big and is extending from activities on health determinants to palliative care (health care continuum) and therefore palliative care is a part of everyday work of family doctor. He knows his patient the best as well as his family and the circumstances they live in. Family doctor whose team cares for his patient during his whole

life should be the base in palliative care in primary health care service.

Family doctor with his assistants and patient's family members implement palliative care in his office and more frequently in the patient's home. Palliative care is conducted following the principles of the World Health Organization what means that he will do everything in his power what will prolong his patient's life with adequate quality of life and suppress numerous symptoms accompanying the basic disease or as a result of the treatment procedures or because of other co morbid disease or conditions. Family doctor in Croatia has in his care about ten patient in need of palliative care, two to five of them dieing from caner per year. Those patients spend 90% of time in their last year of life in their homes. Qualification of family doctors and his assistants in palliative care as well as qualification and empowerment of family member to care for the patient, organization and efficient coordination of team work of all health professionals and professionals of other professions and laymen in order to insure and offer qualitative palliative care, agreement and consent of all involved as well as adequate conditions at patient's home are postulates for caring for such patients at home.

Family doctor should have specific knowledge and skills to recognize in time numerous symptoms in patients and to know how to control them. Principals of symptoms control are: opportune and accurate diagnosis, explanation of symptoms to the patient and discussion with the patient about the possibilities of control of those symptoms having in mind realistic goals. Very important factor in symptoms control is prognosis of disease modifying and appearance of new problems that may arise because every new phase can lead to new signs which should be prevented in time. Symptoms that appear are complex, interweaving among themselves and are inclined to quick changes. According to data from the studies in the Netherlands in the group of 1608 patients in palliative care at home until their death 38% died at home while those suffering from cancer and had 11.9 symptoms in the last three months of their lives.

Most common symptoms in patients with advanced caner are: pain, anorexia, fatigue, nausea, constipation, changed mental status, dyspnea and vomiting. With adequate knowledge and skills of family doctors and his assistants' satisfactory control of those symptoms in most patients could be acquired. For example, pain repression should be conducted according to acquired recommendations of multimodal pain treatment: proper introducing of analgesics, application of the scale model or lift, choose the «right» analgesic, combine or rotate analgesics as needed, applied them permanently in regular intervals and dosage should be adapted to the patient using other methods for pain control. Nausea and vomiting are result of multiple causes. Family doctor should choose the most efficient drug or combination of drugs according to their cause and/or causes. Available ant emetics are: dopamine antagonists, histamine H1 receptor blockers, serotonin receptors and acetylcholine. Prokinetic drugs, antacids, H2 receptor blockers, proton pump inhibitors, laxatives and spasmolytics have specific effect on gastrointestinal tract. Besides those central and peripheral ant emetics, corticosteroids, anxiolytics and octreotide could be applied for nausea and vomiting. Oxygen, opioide, corticosteroids, bronchospasmolytics are used for dyspnea in home care. When the patient looses his appetite dexametasone or magastrol acetate could be applied and nutrition regime could be adjusted what is possible to do at home. Family doctor should be attentive to various psychological problems and symptoms and apply also methods of surface psychotherapy i.e. the method which is colloquially called «doctor as medicine» together with adequate drugs.

An emergency condition in patients with advanced disease in the terminal phase is inevitable. They cause fear not only with the patient but also in the caregivers and among health professionals induce high level of stress. Although the lethal outcome is expected considering the progression of the disease not responding to active treatment, acute deterioration and death represent an event for the family

which requires emergency care and very often they ask from the doctor to keep the patient alive at any cost. For caring in emergencies in the terminal phase of disease as well as in palliative care as a whole it is necessary to ensure help for the patient, taking care of other family members who are present, explain them what is going on and which actions are taken and include the other members of the team. In these moments family doctor should be beside the family and the patient and show understanding and care with his presence.

In order to conduct successfully palliative and supportive care in patient's home family doctors should be adequately trained and closely work together with all other members in palliative care and have the possibility to consult the specialist services and professionals for palliative care if they need professional help. Communication between the doctor and the patient is the basic aspect of care influencing

significantly the course of the treatment, welfare of the patient and his family, as well as to decisions on choices of treatment, cooperation in the treatment to the capacity of the patient and his family on how to plan care in the future and using alternative modalities of treatment. The patient expects care from his doctor, listening and understanding, attention and respect, knowledge and skills, explanation about the nature of his disease, the truth but without taking away hope. It is necessary constantly explain what is going on or procedures which are planned with patient's consent.

In the of the patient in need of palliative and supportive care as in any other segment of care offering by family doctor holistic approach should be provided and respect the patient as a person and respect his decisions.

**Key words:** palliative care, family medicine, team work, symptoms control

## Prevenција međuvršnjačkog nasilja

### *Bullying prevention*

**Maksimilijan Mrak, Majda Ozjaković, Mario Mašić, Elvira Kereković, Danijela Fuštin, Viktorija Đido, Violeta Petrović, Romano Antunović, Marina Baran**

#### Summary

Uvod. Međuvršnjačko nasilje je gorući problem mladih. Ono se definira kao ponašanje kojem je cilj da se nekog povrijedi ili da mu se nanese šteta. Karakterizira ga ponavljanje te razlika u tjelesnoj i psihološkoj snazi između počinitelja zlostavljanja i djeteta koje je izloženo zlostavljajućem ponašanju.

Metodologija. U prosincu 2013 proveli smo 1 školski sat sa 112 djece šestih razreda osnovne škole. U sklopu toga sata imali smo radionicu u kojoj su educirani volonteri Udruge narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ radili s djecom te su djeci objašnjavali što je to međuvršnjačko nasilje, što ono obuhvaća i kako se očituje. Isto tako proveli smo anketu među 106 djece.

Rezultati. U istraživanju je bilo uključeno 56 (52,8%) dječaka i 50 (47,2%) djevojčica osnovne škole „fra Kaje Adžića“ u Pleternici. Oni su odgovarali na anketni upitnik u kojem su mogli zaokružiti jedan ili više odgovora. 62 (58%) djece se izjasnilo kako su se susreli s bullyingom u svojoj školi, a 44 (42%) se nije susrelo. Iako se sva djeca nisu izjasnila na pitanje jesu li ikad bili žrtvom bullyinga, njih 20 (19%) je napisalo da su bili žrtva, a 73 (69%) nisu bili žrtva bullyinga. Iz navedenog se može zaključiti da su djeca upoznata sa međuvršnjačkim nasiljem te da su neki bili i dio istog.

Zaključak. Škola kao odgojno obrazovna ustanova potencijalno je scena na kojoj svoju dramu odigravaju nasilnici i žrtve nasilja. Cilj nas kao liječnika, ali i svih ostalih osoba koje sudjeluju u rastu i razvoju djece treba ići ka što ranijem prepoznavanju međuvršnjačkog nasilja te pravodobnom reagiranju kako ne bi ostali ožiljci koji će obilježiti ostatak njihovog života.

**Ključne riječi:** vršnjačko nasilje, bullying, osnovna škola, prevencija

#### Summary

Bullying is one of the major problems in youth today. It is characterized by repetition and difference in physical and psychological strength between the bully and his victim.

In December 2013 educated volunteers of Association of people's health "Andrija Štampar" spent one school hour with 112 primary school children. They explained to children what bullying is, and how it presents. Also, during our visit we gave questionnaire to children to see if they really know what bullying is, and how it presents and to see if there were any children with bullying experience, either as victims or as observers.

Of 106 children that filled the questionnaire, 56 (52.8%) were boys and 50 (47.2%) girls. All of them were sixth graders in primary school "Fra Kaje Adžić" in Pleternica (the examinees could have circled one or more answers). Sixty two (58%) had encountered bullying in school and 44 (42%) didn't have such experience. Although all of them didn't give an answer, 20 (19%) said that they were a bully victim and 73 (69%) were not. Going through their answers we can conclude that most of the children knew what bullying is and, unfortunately, some of them were bully victims. School, as an educational institution is a potential scene where a drama can be played out between the bullies and their victims. Physicians and everyone else involved in children development should pay more attention to bullying problem and prevent untoward consequences and problems in the pupils' further life.

**Keywords:** bullying, prevention, primary school

## Najčešći kirurški zahvati u palijativnoj skrbi

### *The most common surgical interventions in palliative care*

Goran Zukanović, Mia Zukanović, Goran Šantak, Marijan Romić

#### Sažetak

Palijativni kirurški postupci čine do 20% svih kirurških zahvata. Riječ palijacija dolazi od latinske riječi pallium, što znači "dati olakšanje, ne izliječiti... smanjiti ozbiljnost". U literaturi palijativna kirurgija obuhvaća tri tipa pacijenata. Jednu grupu čine oni kojima se kirurškim zahvatom uklanjaju simptomi bolesti, znajući unaprijed da se cijeli tumor neće moći ukloniti. U drugu grupu pacijenata spadaju oni kojima se uklanja rezidualni tumor zaostao nakon cjelokupnog liječenja. Zadnju kategoriju čine oni pacijenti kojima se uklanja rekurentni tumor nakon prijašnjeg neuspjeha. U palijativne kirurške postupke spadaju: drenaže ascitesa i pleuralnog izljeva, premoštenje ili resekcija kod opstrukcije crijeva ili žučnih vodova, formiranje gastrostome kod opstrukcije ili radi hranjenja, kraniotomija radi ekscizije metastaze mozga ili rješavanja krvarenja, fiksacija patoloških prijeloma kosti, amputacija kod bolnih, avitalnih ekstremiteta, embolizacija tumora, dekompresija kralježnične moždine kod pojave metastaza, suprapubična cistostomija kod opstrukcije mokraćnih putova, jednostavna mastektomija, traheostomija kod opstruktivnih tumora glave i vrata. Potporni ili tzv. suportivni palijativni kirurški zahvati čine: biopsije kao vodič kroz palijaciju, otvaranje žilnog pristupa radi primjene lijekova, dijalize ili parenteralne prehrane, postavljanje gastrointestinalne sonde. Kod odluke o palijativnom kirurškom postupku uzimaju se u obzir mnogi medicinski činioci: prognoza bolesti, starost pacijenta, komorbiditeti, prisutnost malnutricije/kaheksije i ascitesa. Uzevši u obzir prethodno, ključni i glavni faktor u provođenju kirurškog zahvata svakako je razgovor

s pacijentom i njegovom obitelji te po potrebi uključivanje psihoterapeuta u proces liječenja.

**Ključne riječi:** palijativni kirurški postupak, komorbiditet, razgovor s pacijentom i obitelji

#### Summary

Palliative surgery make up to 20% of all surgical procedures. The word palliation comes from the Latin word pallium, which means „to give relief, not cure... reduce the severity“. Palliative surgery includes 3 types of patients. One group consists of those whose symptoms are surgically relieved, knowing in advance that the entire tumor can not be removed. The second group consists of patients in which we surgically eliminate residual tumor, left after the entire treatment. The last category consists of those patients whose recurrent tumor is eliminated after a previous failure. Palliative surgical procedures include: drainage of ascites and pleural effusion, bypass or resection in intestinal or bile ducts obstruction, forming a gastrostomy in intestinal obstruction or for feeding, craniotomy to remove the brain metastases or resolving hemorrhage, fixation of pathological fracture, amputation for painful, nonviable limbs, embolization of the tumor, decompression of the spinal cord due to metastatic lesion, suprapubic cystostomy for urinary tract obstruction, simple mastectomy, tracheostomy in obstructive tumors of the head and neck. Supportive palliative surgical interventions are: biopsy as a palliation guidance; the formation of vascular access to administer medications, perform dialysis or parenteral nutrition, or gastrointestinal tube place-



ment. Deciding on palliative surgical procedure we take into account many medical factors: prognosis of the disease, patient age, comorbidities, the presence of malnutrition / cachexia and ascites. Considering the above, a major factor in the implementation of palliative surgery certainly is conversation with the patient and his family and, if necessary inclusion of psychotherapists in the healing process.

**Key words:** palliative surgery, comorbidity, communication