



## IZVORNI RADOVI

Utjecaj etiketa upozorenja na dnevni unos soli i arterijski tlak

Postoje li razlike u broju kućnih posjeta u ruralnim i urbanim regijama RH? 1995.-2014.

Uzroci loše kontrole hipertenzije u obiteljskoj medicini

Razlike u organizaciji i funkciranju obiteljske medicine u Brodsko-posavskoj županiji u odnosu na Republiku Hrvatsku?

## STRUČNI RADOVI

Profilaksa migrenskih glavobolja lamotriginom i topiramatom

Pokretanje doma za starije i nemoćne u Požeško-slavonskoj županiji

## PRIKAZI PACIJENATA

Uloga rehabilitacije (motivacije) na oporavak pacijenta kod hipoksičnog oštećenja mozga nakon epileptičkog napadaja

## NAJAVE

XXIII. kongres HUOM-a  
Osijek 2016.



**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 Petrić, Mirica Rapić, Hrvoje Tiljak,  
Nevenka Vinter Repalust, Davorka Vrdoljak

**GRAFIČKI UREDNIK –  
GRAPHICAL EDITOR**

Alma Šimunec-Jović

**UMJETNIČKI SAVJETNIK –  
ART CONSULTANT**

Hrvoje Vuković

**FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI:**

Vlado Bjelajac

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

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

Journal is published in two times a year.

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

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

Broj žiro računa: 2360000-1101478397

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

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

Matični broj izdavača – 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**

Stanje u zdravstvenom sustavu- pogled iz primarne zdravstvene zaštite/obiteljske medicine

*Current status of the health system- a view from primary health care/family medicine*

Željko Bakar ..... 3

**IZVORNI RADOVI**

Utjecaj etiketa upozorenja na dnevni unos soli i arterijski tlak

*Influence of warning labels on daily salt consumption and arterial pressure*

Nina Pinjuh Markota, Edita Černi Obredalj, Amra Zalihić, Mirjana Rumboldt ..... 8

Postoje li razlike u broju kućnih posjeta u ruralnim i urbanim regijama RH? 1995.-2014.

*Are there differences in the trends of home visits between rural and urban regions in Croatia? 1995-2014*

Hida Javorić, Mladenka Vrcić Keglević ..... 14

Uzroci loše kontrole hipertenzije u obiteljskoj medicini

*Causes of poor hypertension control in family medicine*

Nina Janjić Zovko, Mirjana Rumboldt ..... 21

Razlike u organizaciji i funkcionaliranju obiteljske medicine u Brodsko-posavskoj županiji u odnosu na Republiku Hrvatsku?

*Differences in the organizational structure and functioning of family practice in Brodsko-posavska County and Republic of Croatia*

Mladenka Vrcić Keglević, Danijela Daus- Šebečak ..... 30

**STRUČNI RADOVI**

Profilaksa migrenskih glavobolja lamotriginom i topiramatom

*Lamotrigine and topiramate in the prophylaxis of migraine headaches*

Irena Gašparić, Mateja Bošković ..... 39

Zbrinjavanje kardiovaskularnih čimbenika rizika u bolesnika s teškim psihičkim bolestima

*Management of cardiovascular risk factors in patients with severe mental diseases*

Suzana Maltar Zorić ..... 48

Projekt specijalizacije iz obiteljske medicine:  
poslijediplomski specijalistički studij

*Family medicine specialization project:  
postgraduate course insights*

Mladenka Vrcić Keglević, Hrvoje Tiljak ..... 54

Pokretanje doma za starije i nemoćne u Požeško-slavonskoj županiji

*Investing in home for elderly and disabled persons  
in the Požeško-slavonska county*

Ana Asančaić, Olga Plazibat, Ivan Vukoja, Marko Vukoja .... 61

## PRIKAZI PACIJENATA

Uloga rehabilitacije (motivacije) na oporavak pacijenta kod hipoksičnog oštećenja mozga nakon epileptičkog napadaja / *The role of rehabilitation (motivation) in patient's recovery after hypoxic cerebral damage caused by epileptic seizure*

Vesna Tabak, Mladenka Vrcić Keglević ..... 67

Kontaktni dermatitis / *Contact dermatitis*

Tatjana Cikač, Kristina Sambol ..... 72

**OBNOVIMO ZNANJE** ..... 76

## PRIKAZ KNJIGE

Obiteljska medicina 2. preuređeno i prošireno izdanje ..... 78

## IZVJEŠĆA I NAJAVE

XXII . Kongres HUOM-a Varaždin 2015. ..... 80

Wonca World Rural Health Conference-Dubrovnik 2015. .... 81

Izvješće s WONCA EUROPE 2015. ..... 83

XXIII. kongres HUOM-a Osijek 2016. ..... 84

**Upute autorima** ..... 85



## **Stanje u zdravstvenom sustavu - pogled iz primarne zdravstvene zaštite/ obiteljske medicine**

### **Current status of the health system – a view from primary health care/ family medicine**

#### **Sažetak**

U ovom je osobnom stavu ukazano na neke probleme skupog i neefikasnog zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj te ukazano na moguća rješenja, s posebnim osvrtom na primarnu zdravstvenu zaštitu i obiteljsku medicinu.

**Ključne riječi:** zdravstveni sustav, ekonomika u zdravstvu, Hrvatska, obiteljska medicina

#### **Summary**

This personal point of view presents some issues of expensive and ineffective health care system in the Republic of Croatia and offers some solutions with a special emphasis on primary health care and family medicine.

**Key words:** health system, health economics, Croatia, family medicine

Gotovo 40 godina od početka sistematskog rada u obiteljskoj medicini izgleda mi da se nismo makli dalje od početka. Nakon bezbrojnih reformi i pretvorbi stiče se dojam da smo davnih godina radili više, drugačije i uspješnije. Obiteljska medicina (OM) i primarna zdravstvena zaštita (PZZ) i dalje ostaju neutraktivne grane medicine, a uistinu, zbog specijalističkih usitnjavanja medicinskih struka, jedine zaslužuju naziv „kraljice medicine“, jer sveobuhvatno promatralju pojedinca i njegovo okruženje. Na žalost, ni kreatori zdravstvenog sustava niti kliničari, a dijelom ni liječnici OM i PZZ, ne prihvataju ovakav stav koji bi omogućio racionalizaciju sustava i podigao ugled, učinkovitost i zadovoljstvo djelatnika u OM.

#### **Što opterećuje svaki, a posebno hrvatski zdravstveni sustav?**

1. **Starenje populacije.** Kao i u drugim razvijenim društvima, tako i u nas populacija stari. Rezultat je to, s jedne strane prodljenja životnog vijeka, a s druge pada nataliteta zbog više uzroka.
2. **Razvoj kroničnih nezaraznih masovnih bolesti.** Uz starenje populacije neminovno dolazi do porasta učestalosti kroničnih nezaraznih masovnih bolesti (KNMB), posebno krvožilnih (npr. arterijska hipertenzija), metaboličkih (npr. dijabetes) i degenerativnih (npr. artroza). Ta prevalencija dijelom raste i zbog slabe preventivne aktivnosti u PZZ, jer obiteljski liječnik (LOM) naprsto nema dovoljno vremena da se posveti preventivnim mjerama. Takve mjere su osim toga neatraktivne jer donose promjene/poboljšanje zdravstvenog stanja populacije tek nakon dužeg vremena pa nisu ni odgovarajuće stimulirane.
3. **Povećanje zdravstvene potražnje.** Ranije navедene činjenice dovode do povećanja zdravstvene potražnje. Dodatnu potražnju potiču i:
  - *zdravstvena neprosvjećenost populacije*, pa se zdravstvena zaštita „troši“ neracionalno na banalna pa i nezdravstvena stanja te na nestručne „želje“. Samopomoć se ne koristi iz neznanja i nepoznavanja funkciranja zdravstvenog sustava, njegovih mogućnosti i racionalnog slijeda postupaka;
  - *prevelika populacija u skrbi LOM-a*, koji ne može primjereno prihvati i racionalno razvrstati rastuću potražnju, a taj pritisak se

- onda preljeva u sekundarnu specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (SKZZ) i tercijarnu razinu;
- *nedefinirana podjela rada između PZZ i SKZZ - nije određeno koja stanja se trebaju u potpunosti rješavati u PZZ, a koja u SKZZ. A upravo bi se ona najčešća (tj. KNMB) trebala većinom rješavati u PZZ;*
  - *nedefinirana prava na zdravstvenu zaštitu („sto je ZZ dostupnija, to se više rabi i troši“);*
  - *nedefinirani položaj i ovlasti PZZ, odnosno LOM-a unutar zdravstvenog sustava;*
  - *slabo, neodređeno i nestimulativno korištenje znanja i opreme koji su primjereni PZZ (npr. ekg, ultrazvuk, temeljne laboratorijske pretrage), čije bi odgovarajuće korištenje smanjilo preljevanje u SKZZ;*
  - *destimuliranje razvoja PZZ - plaćanje kroz „glavarinu“ nije dovoljno ni za tekuće održavanje, a pogotovo ne za razvoj one opreme, znanja i vještina koja su primjerena LOM-u. U takvim okolnostima LOM ne rješava 70-80 % zdravstvenih potreba, već tek 50-60%, a ostalo se većim dijelom bespotrebno kanalizira u SKZZ. Ovdje ni SKZZ nije nevina:*
- zbog tendencije da bude PZZ, a ne njezin „servis“, bespotrebno naručuje potrošače - pacijente na nove kontrolne i dijagnostičke postupke, mimo LOM-a odnosno PZZ,
- zbog svega navedenog PZZ ne djeluje kao „čuvar ulaza“ (engl. *gate keeper*) u više razine zdravstvenog sustava i ne može izvršiti svoj osnovni zadatak - rješavanje najčešćih zdravstvenih problema, najjeftinije i najracionalnije.
4. **Ulaz u više razine ZZ** otvoren je i preko neiskusnih djelatnika u hitnoj medicinskoj pomoći (HMP) i u hitnim bolničkim odjelima (HBO), koji usto ne poznaju pacijente i nemaju uvid ni u cjevitost problema, niti u dosadašnju obradu.
  5. **Zbog svega navedenog opterećuje se SKZZ i povećava broj hospitalizacija**, što je vidljivo iz statističkih podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO).
  6. **SKZZ i bolnička zaštita**, zbog deduktivne metode rada, dodatno šire spektar pretraga kroz interne uputnice ili vraćaju pacijenta LOM-u po novu uputnicu za daljnju obradu.
  7. **Krug se tako vrti do beskonačnosti**, šire se i indiciraju nove pretrage, gomilaju skupi postupci i liječenje, produžuju liste čekanja, a zdravstveno stanje populacije ne pokazuje pozitivne pomake.
  8. **Sve zapravo počinje** od činjenice da se najčešće zdravstvene potrebe, a to se upravo odnosi na KMNB, ne rješavaju na razini PZZ.
  9. **Radi se o odljevu rješavanja** tih stanja i potreba iz PZZ u više razine zdravstvenog sustava koji za takvu „navalu“ potražnje trebaju sve veće kadrovske, tehnološke i smještajne kapacitete pa postaju neracionalni i financijski neodrživi.
  10. **U isto vrijeme ova bespotrebna potražnja uzima mjesto stvarno potrebnim intervencijama**, pa teška stanja dugo čekaju na rješavanje (npr. „liste čekanja“). To se najbolje vidi iz velikog broja nepodignutih i malog broja patoloških nalaza.

Rezultat je neracionalan sustav, koji je glomazan i vrlo skup, u kojem se vrte nalazi i pretrage, a ništa se ne mijenja u zdravlju populacije. Sustavu nedostaje racionalna i objektivizirana podjela rada unutar pojedinih razina pa se ne koriste najjeftinija i najdjelotvornija rješenja. Primjerice, arterijsku hipertenziju obrađuju i liječe kardiolozi, a jednostavni dijabetes tipa 2 dijabetolozi, pacijenti s artrozom obilaze ortopede i fizijatre, dok gastroezofagusnu refluksnu bolest, čija prevalencija u prosječnoj populaciji iznosi do 80%, gastroskopiraju i liječe gastroenterolozi, bolna leđa liječe fizijatri, ortopedi i neurokirurzi, debele liječe endokrinolozi, a alkoholičare psihijatri, neurolozi, internisti raznih subspecijalnosti, itd. Sva su ta stanja dobrim dijelom

vezana uz način života i starenje, čiju primarnu prevenciju predstavlja promjena načina života od mladosti, a sekundarnu prevenciju i liječenje treba mahom provoditi u PZZ.

### Što treba učiniti?

#### 1. Na razini populacije:

**Edukacija – podizanje zdravstvene kulture naroda** (velika akcija u populaciji i medijima) o rješavanju najbanalnijih zdravstvenih problema, o samoliječenju i samopomoći, o presudnoj ulozi odabranog obiteljskog liječnika, o svrshishodnom korištenju zdravstvene zaštite (prava, vidovi i razine) te o osobnoj odgovornosti za zdravstveno stanje i načinu života. Glede toga valja:

- *razmisliti o odgovornosti za nezdrav život i ponašanje*, te neodgovornost povezati sa sudjelovanjem u dijelu troškova nastalih zbog rizičnog ponašanja;
- *razmisliti o participaciji* koja bi trebala biti takva da s jedne strane odvraća od banalne i nepotrebne zdravstvene potražnje, a s druge da bude dodatni prihod osiromašenim zdravstvenim ustanovama;
- *razmisliti o nekoliko vrsta polica zdravstvenog osiguranja* ovisno o rizicima i mogućnostima, jer je sustav presiromašan za deklarirani opseg prava, nisu svi dužni snositi troškove nezdravog života pojedinca (solidarnost ima granice), nijedno društvo nije tako bogato da visoko sofisticiranom opremom i znanjem rješava banalne prohtjeve u zdravstvenim potrebama („želje“ i nestručne indikacije treba izravno plaćati), prijedloge odluka o korištenju zdravstvenog sustava trebaju donositi visokoobrazovani i odgovorni zdravstveni profesionalci uz obrazloženje i u dogовору с осигуранicima, svojim bolesnicima.

#### 2. Na razini zdravstvenog sustava

- *reafirmirati PZZ i OM* kao najjeftiniji, najracionalniji, sveobuhvatan i najznačajniji vid

zdravstvene zaštite, u kojem se rješava 80% zdravstvenih potreba (široka društvena aktivnost na svim razinama i kroz medije),

- *vratiti PZZ-u ulogu čuvara sustava i voditelja kroz sustav,*
- *promjeniti dosadašnji stav i mišljenje* da su SKZZ i bolnice ne samo vrlo važan, već i presudan dio zdravstvenog sustava (posebno mediji i građanstvo),
- *stručno dogovoriti striktnu podjelu rada* između PZZ i viših razina,
- *taksativno dogovoriti* koja se zdravstvena stanja rješavaju na kojoj razini.

#### 3. Na razini PZZ

- LOM pretvoriti u pravog i jedinog čuvara ulaza i vodiča kroz zdravstveni sustav putem:
- *edukacije - specijalizacije* i rad uz iskusne kadrove zdravstvene skrbi, stjecanje vještina i iskustva za samostalnost,
- *smanjenja populacije u skrbi* povećanjem broja ordinacija,
- *stimuliranja svih vrsta preventivnog rada* (programski pristup sredstvima lokalne samouprave),
- *stimuliranja uvođenja novih metoda i tehnologija* primjerenih PZZ,
- *poticanja grupnih i skupnih praksi* te dispanzerskih metoda u PZZ (prema patologiji i afinitetima liječnika i korištenjem prikladnih tehnologija),
- *stimuliranja otvaranja ordinacija* vlastitim sredstvima u manjim sredinama i ustanova za zdravstvenu skrb u OM,
- *poticanja zapošljavanja mladih* kod iskusnih liječnika te rada u i s populacijom u skrbi, a destimuliranje „činovničkog“ stila rada u OM,
- *smanjenja, tj. destimuliranja/zabrane slanje nekomplikiranih stanja KMNB u više razine ZZ; PZZ učiniti osnovnom i definitivnom razinom*

za rješavanje većine zdravstvenih potreba (npr. KNMB - I10, E14, J45, M15, M54..) kroz gore navedeno, - sprječavanja da HMP i HBO budu ulaz u zdravstveni sustav „na mala vrata“, - onemogućavanja upućivanja iz PZZ u SKZZ bez prethodne obrade i odgovarajućeg stručnog upita,

- *osiguravanja LOM-u dostupnost naprednim tehnologijama* u skladu s kliničkim smjernicama, a bez bespotrebnih mišljenja SKZZ,
- *poticanja zapošljavanja iskusnih lječnika* u službi hitne pomoći SHP, osobito specijalista OM s multidisciplinarnim znanjem,
- *reafirmiranja i stimuliranja kućnog lječenja* i povećanja prava na kućnu njegu,
- *redefiniranja uloge PZZ i OM* u provedbi nacionalnih programa i palijativne skrbi - veći oslonac i uloga,
- *povećanja udjela zdravstvenog „kolača“ za PZZ* sa 13 na 20%, uz omogućavanje razvoja i investicijskog ulaganja,
- promjene zakona o ZZ - *rješiti problem opstanka i razvoja ordinacija u PZZ* (npr. nasljeđivanje, promjena statusa u ustanovu za zdravstvenu skrb),
- *revizije svršishodnosti koncesija u PZZ* - samo zakup,
- *razmatranja opstanka sadašnjeg doma zdravlja* kao neučinkovite i finansijski neodržive institucije prošlosti (koji EU ne poznaje, a PZZ funkcionira) – pretvorbom u grupne prakse ili dijagnostičke centre bliže populaciji.

Težište treba biti na razvoju učinkovitosti PZZ i rješavanju velike većine zdravstvenih potreba u PZZ, koja je za to spremna i sposobljena, a specijalisti OM su jedina medicinska struka educirana za probleme multimorbidnosti i jedina struka koja sveobuhvatno pristupa pacijentu.

#### 4. Na razini SKZ i bolničke zaštite

##### Edukacija:

- o podjeli rada između polikliničko-konzilijarne zaštite (PZZ), PKZ i bolničke zaštite,
- o oslanjanju na PZZ
- o mogućnostima i opsegu rada, položaju i značaju zaštite u PZZ,
- o statusu PKZ kao „servisu“ PZZ, a ne kao službi za praćenje stanja, jer je to u domeni PZZ. Ovo je važno jer lječnici u PKZ nemaju osnovna znanja o opsegu rada i mogućnostima PZZ. Primjerice, ako se pacijent ortopedu požali na grlobolju on zahtijeva ORL pregled umjesto usmjeravanja u PZZ;
- promjena načina rada u smislu navedenoga;

##### Reorganizacija:

- uvjet za kliničku specijalizaciju treba biti rad u PZZ, kako bi takav specijalist imao dobar uvid u metode rada i mogućnosti PZZ,
- obavezan dulji period rada u PZZ tijekom stažiranja,
- u najdužim „listama čekanja“ analizirati racionalnost indikacije za pretragu,
- zabraniti i ukinuti interne uputnice za „kontrole“ nakon hospitalizacije, već to prepustiti ocjeni PZZ, a interne uputnice koristiti samo kao eventualnu dopunu dijagnostičkog postupka,
- informatizirati sustav u smislu dostupnosti informacija PKZ-u o učinjenom u PZZ i obratno,
- podjela rada između općih bolnica i kliničkih ustanova sa striktnim dogовором о
- razini usluga i opremanju tehnologijom i kadrovima,
- dio kapaciteta općih bolnica usmjeriti na palijativu i kroničnu socijalnu skrb,

- nijedan „master plan“ neće uspjeti bez reorganizacije i racionalnog funkcioniranja
- svih razina ZZ gdje PZZ mora preuzeti velik dio posla,
- u financiranju razmisliti o ustanovama sa samostalnim financiranjem i s raspodjelom ne prema statusu i položaju zdravstvenih radnika, već prema izvršenju rada (svaka usluga ima definiranu cijenu, a standardi su poznati).

Ne radi se ovdje o smanjenju prava, već o racionalizaciji prava i zdravstvenih resursa u skladu s finansijskim mogućnostima. Ovo mora shvatiti kako građanstvo, tako i liječnici i politika jer bi o jednom takvom stavu valjalo postignuti politički konsenzus.

## Dodatak

Zbog velikih rasprava oko HMP i HBO, evo mog stava glede njihove organizacije. Treba spoznati nekoliko osnovnih premisa:

- što je ZZ dostupnija veće je korištenje (pretežno neopravdano);
- populacija nam je zdravstveno neobrazovana;
- PZZ je preopterećena, pa ljudi koriste HBO kao ulaz u zdravstveni sustav na „mala vrata“ i za brzinsko rješavanje akutnih stanja i zaobilazeњe OM te neprimjereno traženje „drugog mišljenja“;
- lokalne jedinice HMP opterećene su rješavanjem stanja koja nisu hitna i proizlaze iz lagodnosti korisnika i zaobilazeњe LOM, koji zbog nedostatka opreme i pribora lakša akutna stanja

i lakše ozljede ne rješavaju, već služi za prijevoz i upućivanja u HBO;

- liječnici u HBO (pretežno mladi, stažisti ili specijalizanti) nemaju dovoljno uvida u mogućnosti i načinu rada OM, o rješavanju akutnih stanja i o postupcima i metodama održavanja kroničnih bolesnika pod kontrolom;
- HBO nema uvid u već učinjenu obradu kroničnih bolesnika i propisane terapijske postupke, te nepotrebno traži daljnje dijagnostičke procedure, zbunjuju korisnikov pogled na zdravstveno stanje i stvaraju nepotrebne troškove;

## Potrebno je:

- reafirmirati PZZ kao jedini ulaz u zdravstveni sustav (ponekad uz HMP);
- smanjiti veličinu populacije u skrbi PZZ;
- ojačati PZZ prostorom, opremom i kadrovima;
- popularizirati PZZ i OM kao „kraljicu medicine“ i jedinu struku koja može rješavati multimorbiditet i držati KNMB pod kontrolom;
- vratiti povjerenje javnosti u PZZ,
- neracionalno je pri HBO-u otvarati dodatnu ambulantu za akutna stanja kad to može rješavati iskusni specijalist OM (s nekih 10 godina radnog staža) kao voditelj tima HBO u stalnom radnom odnosu.

Sve je to rezultat situacije u zdravstvenom sustavu koji traži veliku, pravu reformu.

*Željko Bakar*

# UTJECAJ ETIKETA UPOZORENJA NA DNEVNI UNOS SOLI I ARTERIJSKI TLAK

## INFLUENCE OF WARNING LABELS ON DAILY SALT CONSUMPTION AND ARTERIAL PRESSURE

Nina Pinjuh Markota<sup>1</sup>, Edita Černi Obrdalj<sup>1</sup>, Amra Zalihić<sup>1</sup>, Mirjana Rumboldt<sup>2</sup>

### Sažetak

Prekomjerni unos kuhinjske soli je jedan od vodećih čimbenika rizika krvožilnih bolesti. Cilj istraživanja je bio ispitati utjecaj naljepnica upozorenja, postavljenih na kućne spremnike soli, na dnevni unos soli u Mostaru (Bosna i Hercegovina).

Uključeno je 150 odraslih, liječenih hipertoničara, nasumice podijeljenih u dvije skupine: kontrolna je dobila samo letak s upozorenjem o štetnosti prekomjernog unosa soli, a interventna i naljepnice upozorenja. Mjerena je 24 satna natriurija (Na 24) i arterijski tlak, na početku istraživanja, te jedan i dva mjeseca kasnije.

Ishodni Na24 iznosio je  $209,2 \pm 78,3$  mmol/dan ili  $12,3 \pm 4,6$  g NaCl-a, bez razlika među skupinama ( $P=0,745$ ). Nakon jedan i dva mjeseca u interventnoj skupini Na24 je pao na  $183 \pm 63$  i  $176 \pm 55$  mmol ( $P < 0,001$ ), a u kontrolnoj na  $203 \pm 60$  i  $200 \pm 58$  ( $P= 0,147$ ). Ukupno sniženje srednjeg arterijskog tlaka je u kontrolnoj skupini iznosilo prosječno 0,7 mm Hg, a u interventnoj 3,6 mm Hg ( $P= 0,375$ ).

Unos soli je neprihvatljivo visok, čak i u liječenih hipertoničara. Primjenom naljepnica upozorenja taj

se unos može bitno smanjiti, no postignuti uspjeh je ipak nedostatan, a dugoročni ishodi nepoznati.

**Ključne riječi:** arterijska hipertenzija, unos soli, upozorenje rizika, obiteljska medicina

### Summary

Excessive salt intake is a major cardiovascular risk factor. Examined was the impact of enhanced warning on daily salt intake in Mostar (Bosnia and Herzegovina).

A sample of 150 treated hypertensives was randomized in a group receiving a leaflet about the harmful effects of excessive salt, and a group receiving in addition warning stickers for household salt containers. Blood pressure (BP) and 24 h urinary sodium excretion (Na24) were measured at the start of the trial, and one and two months later.

The average starting Na24 was  $209,2 \pm 78,3$  mmol, equivalent to  $12,3 \pm 4,6$  g NaCl, and similar in both subgroups ( $P= 0,745$ ). One month and two months later a significant decrease was observed

<sup>1</sup> Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru i Dom zdravlja Mostar; 88000 Mostar, Bosna i Hercegovina; e-pošta: nina.pinjuh.markota@gmail.com

<sup>2</sup> Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Šoltanska 2, 21000 Split; e-pošta: mirjana.rumboldt@mefst.hr

in the intervention group (to  $183 \pm 63$  and  $176 \pm 55$  mmol;  $P<0.001$ ) but not in the control group (to  $203 \pm 60$  and  $200 \pm 58$  mmol;  $P= 0.147$ ). A noticeable decrease in BP (by some 3.6 mm Hg in mean BP;  $P= 0.375$ ) was observed in the intervention group only.

Salt intake is unacceptably high, even among treated hypertensive subjects. Enhanced warning achieved a marked reduction in Na<sub>24</sub> and BP. However, these results are still insufficient and the long-term effects are unknown.

**Key words:** arterial hypertension, salt intake, risk warning, family medicine

## Uvod

Arterijska hipertenzija danas predstavlja jedan od vodećih uzroka smrti diljem svijeta<sup>1</sup>. Prevalencija među odraslima danas iznosi oko 25% pa je jasno zašto je jedan od najvažnijih javno-zdravstvenih problema<sup>1</sup>. Uzroci najčešćeg oblika, tzv. primarne ili esencijalne arterijske hipertenzije su brojni, uključuju kako genetske tako i okolišne čimbenike, od kojih je prekomjerni unos kuhinjske soli jedan od najvažnijih<sup>2-5</sup>. Podatci velikih epidemioloških studija pokazuju jasnu povezanost između unosa kuhinjske soli i prevalencije arterijske hipertenzije<sup>6</sup>. Prekomjeren unos soli se također povezuje i s razvojem drugih bolesti, poput osteoporoze, albuminurije, raka želuca, pa i pretilosti<sup>7-12</sup>. Danas je prihvaćena činjenica da smanjenje unosa soli pogoduje sniženju arterijskog tlaka uz potencijalne dodatne zdravstvene koristi<sup>13</sup>.

Svjetska Zdravstvena Organizacija preporuča dnevni unos soli  $<5$  g dnevno. U svijetu se prosječni dnevni unos kreće oko 10-13 g pa višestruko premašuje te, preporučene granice<sup>6</sup>. Glavni izvor soli u razvijenim zemljama je tvornički prerađena hrana, odgovorna za oko 75% dnevnog unosa, dok je u nerazvijenim zemljama to uglavnom sol dodana prilikom kuhanja i dosoljavanje hrane<sup>14-17</sup>. Dostupni podatci za Hrvatsku pokazuju vrijednosti sličnije

nerazvijenim zemljama: 56,4% potrošnje otpada na kuhanje i dosoljavanje hrane, 29,8% na kruh i 12,8% na druge pekarske proizvode, uz prosječan dnevni unos od 10-13 g<sup>18-20</sup>. Slični podatci za Bosnu i Hercegovinu ne postoje, što je bio i jedan od razloga za ovo istraživanje. Nadalje, namjeravali smo utvrditi na koji bi se učinkoviti način moglo motivirati liječene hipertoničare na ograničenje unosa soli, a time i na sniženje arterijskog tlaka. Pretpostavili smo da bi se postavljanjem naljepnica upozorenja o štetnosti soli na kućne spremnike moglo postići dodatno sniženje, ne samo unosa kuhinjske soli, već i povišenog arterijskog tlaka.

## Metode istraživanja

Ispitivani uzorak bili su liječeni, punoljetni hipertoničari oba spola, registrirani u jednoj ordinaciji obiteljske medicine u Domu zdravlja Mostar. Svim ispitanicima koji su pristali na ovo istraživanje uzeti su opći podatci: dob, spol, tjelesna masa, visina, indeks tjelesne mase, te podaci o uzimanju lijekova (vrste i doze). Nakon toga im je ukazano na važnost kuhinjske soli i njene opasnosti glede visokog tlaka i podijeljeni su im odgovarajući letci (sl. 1). Nasumično, tehnikom zatvorenih omotnica, podijeljeni su u dvije skupine; kontrolnu, kojoj su vršeni mjesečni kontrolni pregledi s određivanjem arterijskog tlaka, mjeranjem Na<sub>24</sub> i propisivanjem potrebnih antihipertenziva, i interventnu, kojoj su uz navedeno podijeljene i naljepnice upozorenja o štetnosti soli radi postavljanja na vlastite kućne spremnike, pod nadzorom patronažne sestre (sl. 2).

Pored općih podataka u individualne test-liste bilježene su izmjerene vrijednosti arterijskog tlaka i natriurije. Mjerjenje arterijskog tlaka vršeno je živim sfigmomanometrom, prema ESH/ESC smjernicama<sup>13,21</sup>. Cjelodnevna natriurija je mjerena prema uvriježenom postupku: na dan uzorkovanja, ujutro u 8 h ispitanik bi mokrio u nužnik, a sav urin u sljedeća 24 h skupljan je u posude kapaciteta 1500 ml; drugog dana ujutro u 8 h ispitanik bi

posljednji puta mokrio u bocu (ovaj urin je dakle pridodan sakupljenom uzorku, čime je završeno prikupljanje)<sup>6</sup>. Prihvaćani su samo uzorci urina ukupnog volumena većeg od 750 ml (ili manji ako je sadržaj kreatinina bio >1000 mg). Izlučena količina natrija (Na24) određivana je u laboratoriju SKB Mostar pomoću selektivne ionske elektrode na uređaju Beckman Coulter AU 680 i izražavana u mmol/24 h. Protočni dijagram (sl. 3) prikazuje plan ovog istraživanja.

#### O SVRSISHODNOM UNOSU SOLI

Višak kuhinjske soli (natrijev klorid, NaCl) važan je uzrok povisjenog arterijskog tlaka, te značajno povećava rizik za razvoj moždanog i srčanog udara. Iako je preporučeni dnevni unos soli za odraslog čovjeka od 6 gama (g) dnevno, prosječan dnevni unos soli u Hrvatskoj iznosi 10 do 13 g dnevno. Smanjenjem dnevnog unosa soli može se smanjiti rizik od bolesti srca i krvnih žila.

#### Važniji izvori soli u hrani:

1. sol dodavana prilikom pripremanja hrane
2. dosoljavanje hrane
3. tvornički pripremljena i konzervirana hrana (u tablicama su navedeni primjeri hrane s visokim i niskim sadržajem soli)

#### HRANA S VISOKIM SADRŽAJEM SOLI

Namirница	Natrij, g/100 g namirnice	Kuhinjska sol, g/100 g namirnice
Siane srdele	4-6	10-15
Suhoo mješo, pršut	3-4	8-10
Pečena piletina	2-4	5-10
Slani štapici, krekeri	0,5-1	0,6-2,5
Kobanice, mesne konzerve	0,9-2,3	2,3-5,7
Kruh	0,4-0,8	1-2

#### HRANA S NISKIM SADRŽAJEM SOLI

Namirница	Natrij, g/100 g namirnice
Breskve, dinje, lubenice, naranče	ispod 0,001
Sveže jabuke, banane	0,001
Grozde, grapefruit, kruške, smokve	0,02
Jogurt, mlijeko	0,05

Višak soli u prehrani šteti vašem zdravlju.  
Smanjite dnevni unos soli!

**Slika 1.** Edukativni letak usmjeren na ograničavanje unosa kuhinjske soli

**Figure 1.** Informative flyer about salt intake

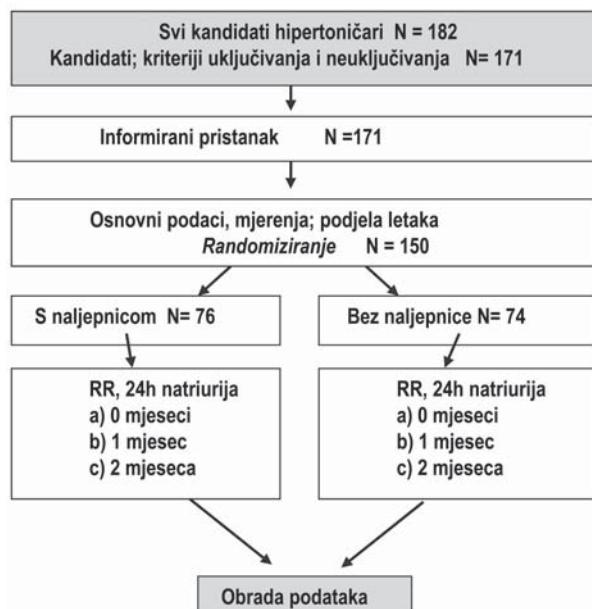
U statističkoj obradi korišteni su programi GrafPad Prism, Version 4.03; 2005 i SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za kontinuirane varijable analizirana je simetričnost raspodjele koristeći Kolmogorov-Smirnov test. U slučaju simetrične raspodjele u daljnjoj analizi korišteni su aritmetička sredina, standardna devijacija (SD) i 95% interval pouzdanosti (95% CI) za prikaz srednje vrijednosti, rasapa podataka i procjene preciznosti podataka. Za usporedbu varijabli korišteni su parametrijski testovi (Student t-test i ANOVA test), neparametrijski

Mann-Whitney U test, te  $\chi^2$  test za usporedbu frekvencija. Pri svim višestrukim usporedbama korištena je Bonferronijeva korekcija. Značajnim je smatran P<0,05.



**Slika 2.** Izgled naše naljepnice već postavljene na izvore soli u domaćinstvu.

**Figure 2.** Our warning labels on home salt containers



**Slika 3.** Protočni dijagram provedenog istraživanja

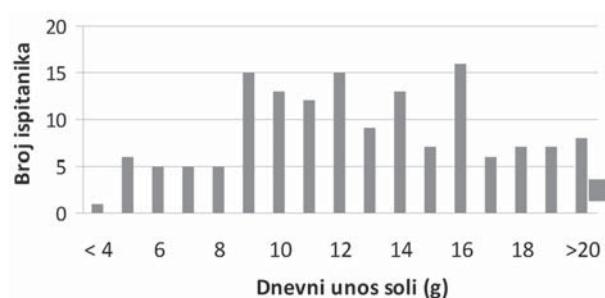
**Figure 3.** The study flow chart

**Tablica 1.** Osnovni podatci naših ispitanika (N= 150)

**Table 1.** Baseline characteristics of the examinees (N = 150)

Inačica	Ispitanici
Starost (godine)	59,3 ± 13,0
Spol ž/m	77/73
Tjelesna masa (kg)	82,7 ± 12,2
Tjelesna visina (cm)	176,6 ± 10,0
Indeks tjelesne mase (kg/m <sup>2</sup> )	26,2 ± 2,8
Broj antihipertenziva	2,1 ± 1,0
Volumen urina (ml)	1871 ± 564
Sistolički tlak (mm Hg)	143,3 ± 19,3
Dijastolički tlak	84,4 ± 9,7
Srednji arterijski tlak	104,0 ± 12,2

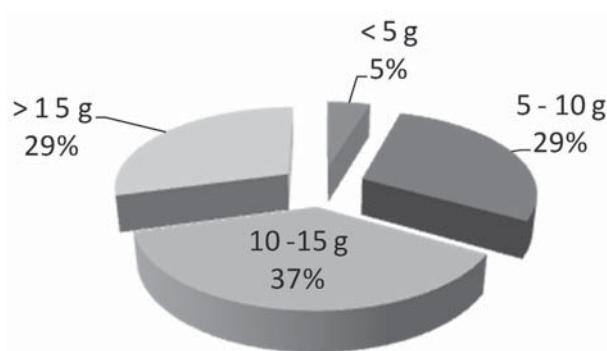
Raspon natriurije se kretao od minimalnih 62 mmol (ekvivalentno 3,6 g soli) do maksimalnih 505 mmol (ekvivalentno 29,7 g soli). Prosječna Na24 iznosila je  $209,2 \pm 78,3$  mmol, što odgovara dnevnom unosu soli od  $12,3 \pm 4,6$  g. Raspodjela Na24 je i grafički prikazana na sl. 4.



**Slika 4.** Grafički prikaz raspodjele natriurije u naših 150 ispitanika

**Figure 4.** Baseline urinary sodium excretion among the examinees (N = 150)

Proizlazi da je samo 5% ispitanika uzimalo sol u preporučenim količinama (do 5 g/dan). Gotovo dvije trećine ispitanika unosi više od 10 g, što dvostruko premašuje preporučeni unos, i dodatno je razmotreno na sl. 5.



**Slika 5.** Raspodjela početnog unosa soli u naših ispitanika

**Figure 5.** Starting salt intake distribution among the examinees

Kretanje natriurije tijekom ovog pokusa prikazuje tab. 2. Očito je došlo do bitnog, statistički vrlo značajnog smanjenja u interventnoj skupini (za gotovo 17%), što je bilo znatno manje izraženo u kontrolnoj (za oko 3,5%).

**Tablica 2.** Vrijednosti 24-satne natriurije (Na24) po skupinama ispitanika

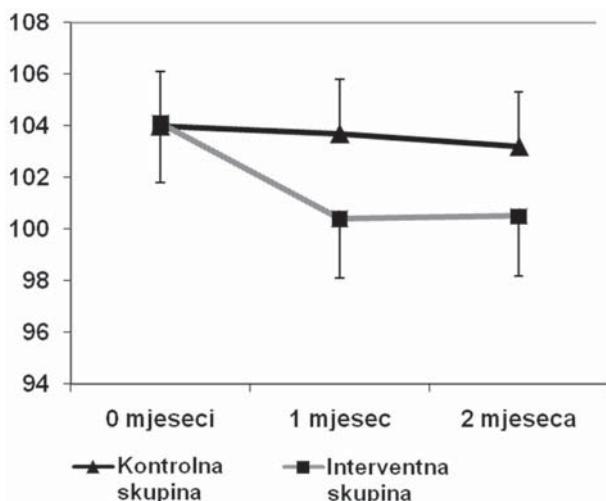
**Table 2.** Na24 during study depending on the intensity of the intervention

Skupine Na24	Kontrolna (N= 74)	Interventna (N= 76)	P (t-test)
0 mjeseci	207,1±71,0	211,2±85,2	0,745
1 mjesec	203,4±59,9	182,6±62,6	0,040
2 mjeseca	200,4±58,5	176,4±54,5	0,011
ANOVA**	F=1,95; P=0,147	F= 27,22; P<0,001	

\*Prosjek ± SD (mm Hg);

\*\*Jednosmjerna ANOVA se odnosi na stupce, a t-test s onferronijevom korekcijom na redove.

Slične su promjene opažene i u arterijskom tlaku, kao što je na primjeru srednjeg tlaka grafički prikazano na sl. 6. Ukupno sniženje srednjeg arterijskog tlaka je u kontrolnoj skupini iznosilo prosječno 0,7 mm Hg, a u interventnoj 3,6 mm Hg. Ova razlika od nekih 2,9 mm Hg (95% CI od -15,8 do +11,6 mm Hg) ipak nije dosegla konvencionalnu statističku značajnost ( $P= 0,375$ )<sup>22,23</sup>.



**Slika 6.** Kretanje srednjeg arterijskog tlaka (mm Hg) tijekom pokusa. Simboli predstavljaju aritmetičke sredine, a okomiti stupići standardne pogreške (SEMs)

**Figure 6.** Mean blood pressure levels (mm Hg) during the study. Dots represent means, error bars standard errors (SEMs)

## Rasprava

Zbog visoke prevalencije arterijska hipertenzija predstavlja najvažniji čimbenik rizika za razvoj srčanožilnih bolesti. Jedan od glavnih okolišnih čimbenika povišenih vrijednosti arterijskog tlaka je prekomjeran unos soli<sup>1-5</sup>. Smanjenje soli u prehrani predstavlja važnu javno-zdravstvenu mjeru u kontroli arterijske hipertenzije, ali i smanjenju učestalosti drugih bolesti. Niz istraživanja je na žalost pokazao da je prekomjeran unos soli prije pravilo nego izuzetak, te da nerijetko dvostruko premašuje dnevne potrebe<sup>6</sup>. Većina unosa kuhinjske soli u razvijenim zemljama se odnosi na sol sadržan u gotovim prehrabbenim proizvodima. Za razliku od navedenih, vodeći izvori soli u nerazvijenim zemljama su sol dodana pri kuhanju i dosolvavanje hrane. Slične izvore soli u prehrani očekujemo i u našoj sredini.

Budući da u našem okruženju nije bilo takvih podataka, provedeno je istraživanje dnevног unosa soli u posebnom uzorku naše populacije. Prosječna dnevna natriuriјa je iznosila 209 mmol, što odgova-

ra dnevnom unosu od 12,3 g soli, u rasponu od 3,6 do gotovo 30 g! Samo 5% ispitanika unosi preporučenih 5 g soli. Posebno brine podatak da je gotovo dvije trećine ispitanika uzimalo više od 10 g soli, što dvostruko premašuje dnevne potrebe u zdravoj populaciji, a gotovo 30% naših ispitanika uzimalo je više od 15 g soli, 3 puta više od dnevno preporučene količine. Kako je riječ o liječenim hipertoničarima, koji su u prosjeku uzimali nešto više od dva antihipertenzivna lijeka uz dosta dobro kontroliran arterijski tlak, dnevni je unos soli u našem uzorku potpuno neprihvatljiv! Ti su pacijenti zasigurno bili u više navrata savjetovani o općim mjerama, navlastito o važnosti smanjenja unosa kuhinjske soli, što se pokazalo nedovoljnim. Osim toga, primjerenim soljenjem mogao bi se znatno smanjiti kako broj tako i doziranje propisanih antihipertenziva.

Ovaj pokus ima i stanovite nedostatke. Ispitanici su praćeni samo kroz dva mjeseca, što je nedovoljno za procjenu dugoročnih učinaka. Naime, samo dugotrajno smanjenje soli u prehrani donosi očitu zdravstvenu korist. U ovom radu nije istraživan mogući utjecaj naljepnica na članove obitelji ispitanika, što je potencijalno vrlo važno. Postignuto smanjenje dnevног unosa soli bilo je veće od očekivanoga (za >16 %), ali još uvjek nedovoljno jer je taj unos i dalje bio znatno iznad preporučenih vrijednosti. Zato će nastavak ovog istraživanja biti usmjeren na dugoročne učinke takve intervencije.

Utvrđili smo da dnevni unos soli u našoj sredini višestruko premašuje dnevne potrebe, kao i u većini drugih zemalja. Također smo ustanovili da dodatno motiviranje pomoću naljepnica upozorenja, slično tvrdnjama istaknutim na kutijama cigareta<sup>24</sup>, može znatno smanjiti unos kuhinjske soli. Dugoročne rezultate ovakve intervencije treba još provjeriti. Dobiveni podaci svakako ukazuju na potrebu za dodatnom akcijom i pojačanim angažmanom te individualnim, ali i globalnim pristupom ovom problemu. Neophodne su intenzivnije mjere usmjerene na smanjenje dnevног unosa soli u općoj, a posebno u hipertenzivnoj populaciji.

## Literatura

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K i sur. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365:217-23.
2. Poulter NR, Khaw KT, Hopwood BE i sur. The Kenyan Luo migration study: observations on the initiation of a rise in blood pressure. *BMJ* 1990;300:967-72.
3. MacGregor GA, Markandu ND, Sagnella GA i sur. Double-blind study of three sodium intakes. Ande long-term effects of sodium restriction in essential hypertension. *Lancet* 1989;2:1244-7.
4. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM i sur. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001;344:3-10.
5. He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2013;346:f1325.
6. Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ* 1988;297:319-28.
7. Kupari M, Koskinen P, Virolainen J. Correlates of left ventricular mass in a population sample aged 36 to 37 years. Focus on lifestyle and salt intake. *Circulation* 1994;89:1041-50.
8. Verhave JC, Hillege HL, Burgerhof JG i sur. Sodium intake affects urinary albumin excretion especially in overweight subjects. *J Intern Med* 2004;256:324-30.
9. Antonios T, MacGregor GA. Salt intake: potential deleterious effects excluding blood pressure. *J Hum Hypertens* 1995;9:511-5.
10. Martini LA, Cuppari L, Colugati FAB. High sodium chloride intake is associated with low bone density in calcium stoneforming patinets. *Clin Nephrol* 2000;54:85-9.
11. Tsugane S. Salt, salted food intake, and risk of gastric cancer: epidemiologic evidence. *Cancer Sci* 2005;95:1-6.
12. He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. Salt intake is related to soft drink consumption in children and adolescents: a link to obesity? *Hypertension* 2008;51:629-34.
13. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. i sur. Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Practice guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Press* 2014;23:3-16.
14. Mattes RD, Donnelly D. Relative contributions of dietary sodium sources. *J Am Coll Nutr* 1991;10:383-93.
15. Zhai FY, Yang XG. Report of National Nutrition and Health Survey of China Residents in 2002. Part 2: diet and nutrition intake. Beijing: People's Health Press, 2006.
16. Sarno F, Claro RM, Levy RB i sur. Estimated sodium intake by the Brazilian population, 2002-2003. *Rev Saude Publ* 2009;43:219-25.
17. Lee HS, Duffey KJ, Popkin BM. Sodium and potassium intake patterns and trends in South Korea. *J Hum Hypertens* 2013;27:298-303.
18. Rumboldt Z. Manje soli – više zdravlja. *Liječ Vjesn* 2009;131:166-7.
19. Premužić V, Erceg I, Jovanović A i sur. Salt intake in adults. Second International Symposium on Hypertension. Osijek: Translational Medicine in Hypertension, 2010.
20. Miškulin M. i sur. Salt intake in the Croatian adult population: implications for the public health. Translational Medicine in Hypertension, 2010.
21. Rumboldt M, Petric D, ur. OSCE/OSKI (Objective Structured Clinical Examination/Objektivno strukturirani klinički ispit). Praktikum vještina za studente i specijalizante/specjaliste obiteljske medicine. 2. izd. Split: Redak, 2014:83-90.
22. Pinjuh Markota N, Rumboldt M, Rumboldt Z. Emphasized warning reduces salt intake: a randomized controlled trial. *J Am Soc Hypertens* 2015;9:214-20.
23. Pinjuh Markota N, Rumboldt M. Reducing salt intake by enhanced warning in family medicine. *J Fam Med* 2015;2(2):1025.
24. Macy JT, Chassin L, Presson CC, Yeung E. Exposure to graphic warning labels on cigarette packages: effects on implicit and explicit attitudes toward smoking among young adults. *Psychol Health* 2015;7:1-32.

# POSTOJE LI RAZLIKE U BROJU KUĆNIH POSJETA U RURALNIM I URBANIM REGIJAMA RH? 1995. - 2014.

## *ARE THERE DIFFERENCES IN THE TRENDS OF HOME VISITS BETWEEN RURAL AND URBAN REGIONS IN CROATIA? 1995-2014*

Hida Javorić<sup>1</sup>, Mladenka Vrcić Keglević<sup>2</sup>

### Sažetak

**Uvod.** U europskim zemljama kao i u Hrvatskoj kućne posjete (KP) i liječenje su u djelokrugu obiteljske medicine (OM). Istraživanja pokazuju da je broj KP relativno nizak, sustavno opada od 2004. i različit je između županija.

**Cilj** je bio istražiti postoje li razlike u trendovima broja KP između ruralnih i urbanih sredina RH u razdoblju od 1995. do 2014. godine.

**Metode.** Istraživanje je opservacijsko (povijesno – prospективno), temeljeno na rutinski prikupljenim podatcima Hrvatskih zdravstveno-statističkih ljetopisa od 1995. do 2014.: o broju liječnika OM (LOM), pacijenata koji su dolazili/koristili OM i KP u RH i po županijama. Grupirani su u 3 regije: pretežito ruralne, značajno ruralne i urbane. Izračunat je prosječan broj KP, broj posjeta po pacijentu i po LOM -u.

**Rezultati.** Prosječan broj KP/pacijent bio je veći (0,16-0,12) u pretežito i značajno ruralnoj, nego u urbanoj regiji (0,11-0,06). U ruralnim regijama broj KP/LOM kretao se od 136,6 do 181,6, znatno više nego u pretežno ruralnim (129,2-189,2) ili urbanim (88,0-144,5).

**Zaključak.** LOM-i u ruralnim regijama obavljuju više KP od kolega u urbanim. Da bi se zadovoljile potrebe populacije i zadržalo liječnike, ovo treba imati na umu pri planiranju i financiranju tih područja.

**Ključne riječi:** kućne posjete, ruralno, urbano, obiteljska medicina, Hrvatska

### Summary

**Introduction and aims:** Home visits are within the scope of family practice (FP) in Croatia as well as it is in other countries. The aim of the study was to determine the overall trends in home visits (HV) in Croatian FM. We investigated whether there were any differences in the trends of HV between Croatian rural and urban regions.

**Methods:** This was perspective study, from 1995 to 2014. Data were collected from the Croatian Health Service Yearbooks. The number of family doctors and the number of home visits were collected for each study year in relation to regions; Croatia was divided in three regions: rural, semi-rural and urban.

**Results.** Significantly higher number of home visits was found in rural regions than in semi-rural

<sup>1</sup> Ordinacija obiteljske medicine, Remetinečki gaj 14, 10 345 Zagreb

<sup>2</sup> Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb, e-mail: mvrcic@snz.hr

and urban ones. In 2000 the average number of home visits was higher in rural - 0.16 per patient - than in semi-rural (0.14) and urban (0.10) regions. In the same year, each family doctor in rural areas performed 189 home visits, in comparison to 178 in semi-rural and 120 in urban regions. The differences in trends were not found, the number of home visits increased until the year 2000 and then decreased in all regions.

**Conclusion.** A higher number of home visits was found in Croatian rural regions than in semi-rural and urban ones. These results should be taken in consideration in FP delivery planning.

**Key words:** home visits, family practice, rural/urban differences, Croatia

## Uvod

Liječenja bolesnika u kući je osnovna karakteristika obiteljske medicine (OM) koja je razlikuje od drugih djelatnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ). Kućne posjete i kućno liječenje su termini koji se najčešće koriste zajedno, jer je teško razlikovati prvu posjetu na poziv bolesnika zbog akutno nastale bolesti od onih koje se planirano provode u liječenju i praćenju kroničnih bolesnika. Taj oblik liječenja u kući je najčešće planiran, a uključuje i patronažne sestre, te medicinske sestre koje kod nas pripadaju posebnoj djelatnosti kućne njegе<sup>1</sup>. Pored osnovnog cilja da se bolesnika liječi u njegovom obiteljskom i socijalnom okruženju, te smanjivanja troškova bolničkog liječenja koji su uvijek i svugde najskuplji dio zdravstvenog sustava, je važna svrha kućnih posjeta i kućnog liječenja<sup>1,2</sup>.

Kućne posjete i kućno liječenje u Europskim zemljama je u djelokrugu OM, ali je na različite načine organizirano i financirano, stoga se i broj kućnih posjeta znatno razlikuje. Npr. 5% svih kontakata između liječnika obiteljske medicine (LOM) i bolesnika u Švicarskoj otpada na kućne posjete, za razliku od Belgije u kojem je taj broj iznosio i do 50%<sup>3</sup>. Kućne posjete i kućno liječenje u Hrvatskoj je oduvijek bilo u djelokrugu rada

LOM, koji je do 1993. godine bio „rajonski“ liječnik odgovoran za populaciju određenog područja, a kućne posjete su bile posebno plaćane ovisno o njihovom broju. Prema istraživanjima Šućura u Hrvatskoj je 1985. godine na jednog LOM-a prosječno dnevno otpadalo od 0,45 kućnih posjeta (KP) u Zajednici općina Osijek, do 1,72 u Gradu Zagrebu<sup>4</sup>. Prema istraživanju Oreškovića i suradnika broj kućnih posjeta nakon 1990-te se počeo naglo smanjivati<sup>5</sup>. Nakon toga nije bilo sustavnih istraživanja problema KP u RH ako se izuzme nekoliko dimplomskih radova u kojima se problem razmatrao s aspekta jedne ili dvije ordinacija OM. Istovremeno, provedene su znatne promjene u organizaciji, funkcioniranju i financiranju cjelokupne PZZ, pa i OM. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1991., a još jasnije onoga iz 2003. godine, uvedeno je pravo slobodnog izbora liječnika<sup>6,7</sup>. Sukladno Zakonu, LOM-a je mogao izabrati i pacijent koji je po mjestu stanovanja znatno udaljen od ordinacije izabranog LOM-a, drugih dijelova grada ili okolnih sela<sup>6</sup>. Zakonom o Zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine također je omogućeno otvaranje Ustanova za zdravstvenu njegu u kući koje provode zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika u njihovim kućama po uputama i stručnim nadzorom LOM-a<sup>7</sup>. Nadalje, sukladno Pravilniku o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova PZZ i lječilišta<sup>8</sup>, LOM-i su kao i drugi liječnici iz PZZ postajali zakupci uz obvezu sklapanja individualnog ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Njihova ugovorna obveza je provođenje zdravstvene zaštite iz djelokruga OM sukladno Programu mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranje i za pacijenta koji su ih odabrali. Ugovorni liječnici, zakupci, od 2010. i koncesionari, su dobili i prava raspolaganja s finansijskim sredstvima koja su proizlazila iz ugovornog odnosa, postali su na neki način „privatnici“. Međutim, dio LOM i dalje su ostali uposlenici domova zdravlja, ali s istim ugovornim obvezama i pravima kao i LOM, koncesionari. Sukladno Ugovoru s HZZOom, KP su ulazile u

opseg glavarine i nisu se posebno plaćale<sup>9</sup>. Od 2013. KP su zasebno plaćene u okviru tzv „dijagnostički terapijskih postupaka“<sup>10</sup>. Osim toga, Pravilnikom o standardima i normativima o provođenju zdravstvene zaštite iz 2006. godine definiran je i standard za KP na način da je svaki pacijent imao pravo na jednu KP ili kućno liječenje, svake četiri godine, odnosno 0,25 KP godišnje<sup>11</sup>. Taj se standard djelomično ostvariva kroz djelatnost kućne njegе, a patronažne sestre su obvezane na jednu posjetu mjesечно svakom bolesniku za kojeg je potrebna kućna njega.

Ovaj rad je nastavak istraživanja<sup>12</sup>, u kojem smo ispitali povezanost navedenih promjena i broja KP u OM. Cilj ovog rada je bio istražiti postoje li razlike u trendovima kretanja broja KP u djelatnosti OM u ruralnim i urbanim regijama RH u razdoblju od 1995. do 2014. godine. Budući da su uvjeti rada LOM-a, uključujući i uvjete pod kojima se obavljaju KP, u ruralnim područjima znatno drugačiji nego u urbanim, svrha rada je ukazati na potrebu posebnog vrednovanja ovog specifičnog djelokruga rada LOM u ruralnim područjima.

## Metoda rada

Radi se o retrospektivnom, opservacijskom (povijesno-prospektivnom) istraživanju, temeljenom na rutinski prikupljenim podatcima (Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za razdoblje od 1995. do 2014. godine o djelatnosti OM<sup>13</sup>; broj pacijenata koji su dolazili/koristili OM i broj KP za razdoblje od 1995. do 2014. godine, u RH i po županijama).

Podatci prikupljeni po županijama su obrađeni sukladno ruralno – urbanoj podjeli RH, tj. grupirani su u tri regije: pretežito ruralne, značajno ruralne i urbane. Prema Strategiji ruralnog razvoja RH od 2008. do 2013. godine, RH je, sukladno kriterijima Organization for economic Co-operation and Development (OECD), podijeljena na 3 regije: pretežito ruralne, značajno ruralne i urbane. Pretežito ruralne županije su: Bjelovarsko-

bilogorska, Brodsko-posavska, Krapinsko-zagorska, Karlovačka, Koprivničko-križevačka, Ličko-senjska, Požeško-slavonska, Sisačko-moslavačka, Šibensko-kninska, Varaždinska, Virovitičko-podravska, Vukovarsko-srijemska, Zadarska i Zagrebačka. Značajne ruralne su: Primorsko-goranska, Osječko-baranjska, Splitsko-dalmatinska, Istarska, Dubrovačko-neretvanska i Međimurska županija. Jedina urbana županija je Grad Zagreb.

Budući da je broj pacijenata i broj LOM-a u pojedinim regijama različit, zbog potreba standardizacije je izračunat prosječan broj kućnih posjeta po jednom pacijentu koji je dolazio/koristio OM i po jednom LOM-u, za pojedine godine i za 3 navedene regije.

Prikupljeni podatci su obrađeni korištenjem Microsoft Office paketa (Excell). Rezultati obrade su prikazani kao tablice frekvencija, postotci i linijski grafikoni.

## Rezultati

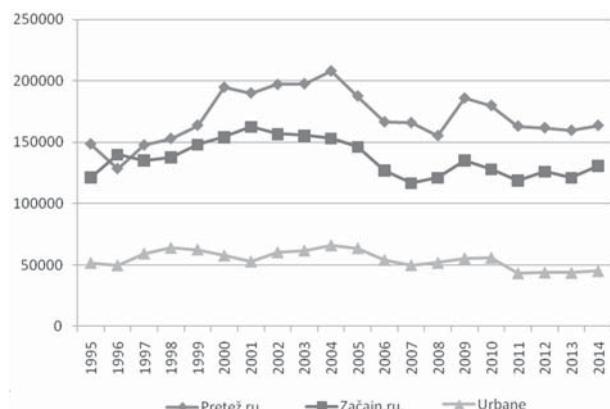
Iako je broj pacijenata koji su koristili OM, uz manje oscilacije, u blagom porastu (2.958.640 pacijenata u 1995., a 3.178.550 u 2014. godini), broj KP koje su obavili LOM-i u RH je pokazivao uzlazni trend do 2004. godine, nakon čega je, uz blage oscilacije, kontinuirano opadao. U 1996. godini je obavljeno 318.150 KP, u 2004., kad ih je bilo najviše, 427.316 KP, dok je u 2014. je obavljeno svega 339.548 KP, ili prosječno između 0,1 i 0,14 KP po jednom pacijentu koji je koristio službu OM u pojedinim godinama (sl. 1).

Na sl. 2 prikazane su razlike u broju KP u odnosu na ruralno/urbane regije u RH. U pretežno ruralnim regijama obavljen je najveći broj KP, nešto manji u značajno ruralnim, a najmanji u urbanim. Tako npr. u pretežito ruralnim regijama taj se broj kreće od 128.409 do 208.005, a u urbanoj od 43.314 do 66.154. Međutim, kretanje broja kućnih posjeta u svim regijama slijedi kretanja zamjećena u RH, koje je u opadanju je od 2004. godine (sl. 2).



**Slika 1.** Kretanje broja kućnih posjeta u RH obavljenih u obiteljskoj medicini od 1995. do 2014.

**Figure 1.** Trends in the average number of home visits in Croatian family practice, 1995-2014.

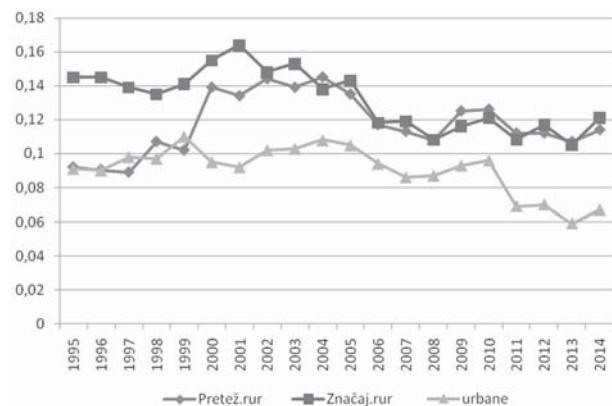


**Slika 2.** Kretanje prosječnog broja kućnih posjeta po regijama od 1995. do 2014.

**Figure 2.** Trends in the average numbers of home visits performed in family practice regarding rural, semirural and urban regions in Croatia, 1995-2014.

Budući da je broj pacijenata koji su dolazili/koristili OM u pojedinim regijama različit, napravljen je izračun prosječnog broja KP po pacijetu/korisniku i po jednom LOM-u u pojedinim godinama (sl. 3 i 4). U ovom slučaju je prosječan broj KP po pacijentu/korisniku bio najveći u značajno ruralnim, da bi nakon 2008. godine nešto veći broj KP bio obavljen u pretežito ruralnim regijama. U urbanoj regiji, Gradu Zagrebu, je taj broj najmanji tijekom

cijelog razdoblja, pa se tako prosječan broj KP po pacijentu-korisniku kretao od 0,11 u 1999. do 0,06 u 2013. godini, dok se u pretežito i značajno ruralnim regijama kretao od 0,16 u 2001. do 0,12 u 2013. godini (sl. 3).



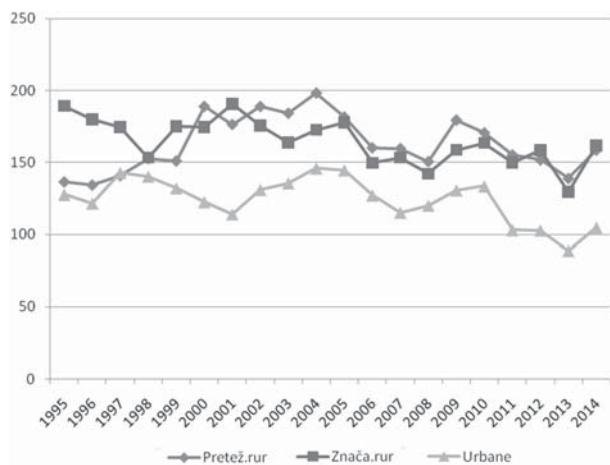
**Slika 3.** Kretanje prosječnog broja kućnih posjeta po jednom pacijenatu u OM po regijama RH 1995.-2014.

**Figure 3.** Average number of home visits per patient performed in family practice according to rural, semirural or urban regions in Croatia, 1995-2014.

U početku praćenja, najveći broj KP po jednom LOM-u je obavljen u značajno ruralnim regijama, da bi nakon 2000. godine najveći broj bio napravljen u pretežito ruralnim regijama RH. Veći broj KP po jednom LOM-u u pretežito ruralnim regijama prisutan je do kraja praćenja. U urbanoj regiji je napravljen najmanji broj KP po LOM-u. U pretežno ruralnim regijama najviše KP po LOM-u obavljeno je 2005., prosječno 181,6 KP, a najmanje u 1995. godini, 136,6. U značajno ruralnim regijama najviše KP po timu LOM-a obavljeno je 1995., prosječno 189,2, sa silaznim trendom sve do 2013. godine kada je obavljeno svega 129,2. U urbanoj regiji, Gradu Zagrebu obavljeno je najviše kućnih posjeta u 2005., prosječno 144,5, a najmanje u 2013. godini, prosječno 88 KP po LOM-u (sl. 4).

Iako je kretanje broja pacijenata koji su koristili OM, uz manje oscilacije, u blagom porastu, sveukupan broj kućnih posjeta koje su obavili LOM-i u RH je relativno malen, kako po ukupnom broju posjeta po pacijentu, tako i po jednom LOM-u. Nakon

početnog uspona, broj KP je u postupnom padu od 2005. godine i ne odgovara standardu; sukladno Pravilniku o standardima i normativima, svaki pacijent ima pravo na 0,25 kućnih posjeta godišnje, a ostvareno ih je samo 0,1, što je 2,5 puta manje<sup>11</sup>. U usporedbi s rezultatima o kojima izvještava Šućur, to je 5-10 puta manje u odnosu na 1985. godinu<sup>4</sup>. Međutim, taj broj je nešto veći u odnosu na podatke Oreškovića i suradnika<sup>5</sup>. Najsličniji našima su podaci iz Slovenije. I njihovi LOM-i obave u prosjeku 2,5 KP tjedno, ili oko 130 KP godišnje<sup>14</sup>. U drugim zemljama broj KP je značajno veći. Tako je u Nizozemskoj 14 % kontakta pacijent-doktor obavljen je 1987. u kući bolesnika s padom na 7-7,5 % u 2001.<sup>15</sup> U Njemačkoj LOM obavi prosječno 6,5 KP tjedno<sup>16</sup>. I u tim zemljama opada broj KP, koje izgleda postaju zanemareni dio rada LOM-a<sup>17-19</sup>.



**Slika 4.** Kretanje prosječnog broja kućnih posjeta po jednom LOM-u u RH po regijama, 1995.-2014. godine.

**Figure 4.** Average number of home visits per family doctor regarding the rural, semirural and urban regions of Croatia, 1995-2014.

Pored općeg smanjenja broja KP uočene su i regionalne razlike. Njihov broj je veći u pretežito ruralnim nego u urbanoj regiji RH i to tijekom cijelog 20-godišnjeg razdoblja. Međutim, i u ruralnim sredinama broj KP je manji od propisanog standarda. Dobiveni podatci su usporedivi s onima iz literature. Tako npr. po Jurković i sur.

u pet ruralnih ordinacija OM je u jednoj godini napravljeno od 261 do 639 KP<sup>20</sup>. Medić (ruralna ordinacija Dubravica kod Zaprešića), izvještava da je u 2010. godini obavio 566 KP, od čega ih je 63% bilo namijenjeno pacijentima s mjestom stanovanja koje je više od 10 km udaljeno od ordinacije, a 49% nepokretnim pacijentima<sup>21</sup>. Prema našim rezultatima, obavljeno je značajno manje KP nego u navedenim istraživanjima; u pretežito ruralnim regijama obavljeno je prosječno od 140 do 190 KP godišnje, a u značajno ruralnim još i manje. I u Sloveniji, u kojoj je organizacija i funkciranje OM najsličnija našoj, su LOM koji rade u ruralnim sredinama obavljali veći broj KP nego oni koji rade u urbanim centrima<sup>14,22</sup>.

Izgleda da je pojava većeg broja KP u ruralnim sredinama sveopće prisutna i u drugim zemljama<sup>18-25</sup>. Čini se da su lokalne prilike, uključujući i veću udaljenost ordinacije OM od mjesta stanovanja pacijenata u ruralnim sredinama, važna odrednica djelokruga rada LOM-a, uključujući i broj kućnih posjeta. LOM-i najčešće i žive u ruralnim sredinama kroz duži vremenski period, postaju sastavni dio tih sredina i bolje poznaju i potrebe ljudi<sup>14</sup>. Osim toga, i odnos liječnika i bolesnika u takvim sredinama je čvrsti i „ljudskiji“ i nije jednostavno odbiti zahtjev takvog bolesnika, pa kad su i KP u pitanju<sup>26</sup>. Međutim i uvjeti življenja su drugaćiji i najvjerojatnije imaju utjecaja. Teža dostupnost, ne samo OM nego i drugih oblika zaštite, lošija prometna infrastruktura, te dominantno starije stanovništvo, osobito prisutno u našim selima, su sigurno razlozi povećanog broja KP u ruralnim sredinama<sup>3,15,22-25</sup>.

Istraživanje je temeljeno na rutinski prikupljenim podatcima što može predstavljati prednost, ali i ograničenje. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo su službeni podaci na kojima se temelji nacionalna zdravstvena statistika i planiranje. Podatci se prikupljaju na standardizirani način što omogućuje kontinuitet praćenja i usporedivost, osobito nakon 2008. kada je uvedena informatizacija u PZZ

i automatsko prikupljanje podataka. Međutim, uočeni su i problemi s nepreciznošću pojedinih podataka, što bi moglo utjecati na rezultate, ali najvjerojatnije ne i na trendove 20-godišnjeg praćenja. U ovu kategoriju bi se mogle svrstati i nedovoljno evidentiraje KP, kao uostalom i drugih oblika rada u OM što je dokazano u istraživanjima<sup>26</sup>. Za KP je to osobito prisutno, jer je evidentiranje nepraktično. Nakon obavljenе KP trebalo bi se vratiti u ordinaciju i upisati KP u kompjutorski program, što se možda ne čini redovito. Ako je ova pojava u pitanju, ona bi predstavljala sustavnu pogrešku prisutnu u cijelom praćenju i ne bi smjela utjecati na kretanja koja su praćena u ovom istraživanju.

Usprkos nedostatcima, rezultati istraživanja ukazuju na potrebu ozbiljnog promišljanja o načinima rješavanja problema malog broja kućnih posjeta u OM općenito, osobito kada se svugdje u svijetu traže mogućnosti zamjene skupe bolničke zaštite s liječenjem u kući bolesnika. Rastući broj kroničnih bolesnika, starenje populacije, te sve veće potrebe za palijativnom zaštitom također treba uzeti u razmatranje, a posebno činjenicu da bolesnici visoko vrednuju KP i kućno liječenja, osobito ono koje izvode njihovi odabrani LOM-ovi<sup>27-32</sup>. Što se tiče KP koje obave LOM-ovi u ruralnim sredinama, one će najvjerojatnije uvijek biti u prosjeku brojnije, pa zaslužuju posebnu pažnju planera i financijera zdravstvene zaštite. To se odnosi na bolje opskrbljenosti tih ordinacija opremom, uključujući i automobil, te pravednom nadoknadom troškova korištenja osobnog automobila ili rada liječnika. Naime, vrijeme potrebno za obavljanje KP na seoskim područjima je zbog udaljenosti u pravilu duže od onog u gradskim sredinama i trebalo bi biti pravednije vrednovano što nije slučaj sa sadašnjim stanjem u kojem je cijena KP jednaka, neovisno gdje se obavlja<sup>33</sup>. Odlazak LOM-A iz seoskih sredina, prisutan svugdje u svijetu pa i kod nas, možda bi bio manji ako se, između ostalog, riješi i pravedno vrednovanje KP.

## Zaključci

LOM-i koji rade u ruralnim sredinama obavljaju veći broj KP od njihovih kolega koji rade u urbanim sredinama, najvjerojatnije kao posljedica specifičnih potreba te populacije i uvjeta rada, čimbenika koje bi trebalo dodatno istražiti. Međutim, neovisno o razlozima, ova se činjenica treba uzeti u obzir pri planiranju, vrednovanju i finansiranju OM u ruralnim sredinama, kako bi se zadovoljile potrebe ruralne populacije, a liječnike zadržalo u tim sredinama.

## Zahvala

Rad je izrađen uz podršku Zaklade za razvoj obiteljske medicine, međutim sva mišljenja i stavovi navedeni u radu su osobna mišljenja i stavovi autora rada.

## Literatura

- Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerstrom C i sur. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Serv Res. 2011;11:207.
- Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. Can Fam Physician. 2013;59:237-40.
- Genet N, Boerma W, Kroneman K, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe. Current structure and future challenges. The European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No 27. Copenhagen: WHO EURO; 2012. Dostupno na: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf)
- Šućur M, Šućur Ž. Kućni posjeti, kućno liječenje, rehabilitacija, njega i pomoć u kući. U: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1990:19-36.
- Orešković S, Kuzman M, Budak A, Vrcić-Keglević M, Ivanković A. Doctor in the house: Trends in GPs home visiting in Croatia 1990-1995 compared to current trend in USA and UK. Coll Antropol. 1997;21:595-608.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (pročišćeni tekst). NN (12);1991.

7. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. NN (75);1993.
8. Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta. NN (6);1996.
9. Odluka o osnovama za sklanjanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima. NN (52);2000.
10. Opći uvjeti ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN (34);2013.
11. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za 2006. godinu. NN (155);2005.
12. Javorić H, Topolovec-Nižetić V, Pavleković G. Home visits in Croatian family practice: a longitudinal study: 1995–2012. Coll Antropol. 2014;38(suppl 2):55-60.
13. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 1995-2014. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1996-2015.
14. Švab I, Kravos A, Vidmar G. Factors influencing home visits in Slovenian general practice Fam Pract. 2003;20:58-60.
15. Wienke GW, Boerma P, Groenewegen P. GP home visiting in 18 European countries Adding the role of health system features. Eur J Gen Pract. 2001;7:132-7.
16. Snijder EA, Kersting M, Thelle G, Kruschinski C, Humers-Pradier E, Junius-Walker U. Home visits in German general practice: findings from routinely collected computer data of 158 000 patients. Gesundheitswesen. 2007;69:679-85.
17. van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJM, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Fam Pract 2006;7:58.
18. Peterson LE, Landers SH, Bazemore A. Trends in physician house calls to Medicare beneficiaries. J Am Board Fam Med. 2012;25:682-6.
19. Sullivan CO, Omar RZ, Forrest CB, Majeed A. Adjusting for case mix and social class in examining variation in home visits between practices. Fam Pract. 2004;21:355-63.
20. Jurkovic LJ, Lazic Đ, Dodig Ž, Madunic-Majnaric I, Đanic N, Kralj D, Barišić-Marčac Z. Udio, značajke i opravdanost kućnih posjeta u radu liječnika obiteljske medicine koji zbrinjavaju stanovništvo seoskog područja Hrvatske. Med Jad. 2008;38:99-106.
21. Medić B. Number and structure of home visits in rural family practice Dubravica in 2010. U: WONCA Rural Congress Abstracts. Dubrovnik: WONCA, 2015.
22. Kersnik J. Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. Fam Pract. 2000;17:389-93.
23. Voigt K, Taché S, Klement A, Fankhaenel T, Bojanowski S, Bergmann A. Gaining information about home visits in primary care: methodological issues from a feasibility study. BMC Fam Pract. 2014;15:87.
24. Huibers L, Moth G, Andersen M, van Grunsven P, Giesen P, Christensen MB, Olesen F. Consumption in out-of-hours health care: Danes double Dutch? Scand J Prim Health Care. 2014;32:44-50.
25. Zimmermann T, Kaduszkiewicz H, vd Bussche H, Schön G, Wegscheider K, Werle J i sur. Reliability of morbidity data reported by GPs. Results of a longitudinal study in primary care. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012;55:260-9.
26. Thelle G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E. Home visits – central to primary care, tradition or obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract. 2011;12:24-9.
27. Stewart M, Sangster JF, Ryan BL, Hoch JH, Cohen I, McWilliam CL i sur. Integrating physician services in the home: evaluation of an innovative program. Can Fam Physician. 2010;56:1166-74.
28. Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, Kjellberg J.
29. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. Scand J Prim Health Care 2010;28:146-53.
30. Brogaard T, Jensen AB, Sokolowski I, Olesen F, Neergaard MA. Who is the key worker in palliative home care? Scand J Prim Health Care 2011;29:150-6.
31. Pereles L. Home visits. An access to care issue for the 21st century. Can Fam Physician. 2010;46:2044-8.
32. Carr-Bains S, Nightingale AL, Ballard KD. Patients' experiences and satisfaction with out-of-hours GP home visiting provided by a GP cooperative. Fam Pract. 2011; 28 88-92.
33. HZZO vodič kroz dijagnostičko terapijske postupke u PZZ OM. Dostupno na: [http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/01/HZZO\\_Vodic\\_kroz\\_DTP\\_za\\_OM\\_04032013.pdf](http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/01/HZZO_Vodic_kroz_DTP_za_OM_04032013.pdf)

# UZROCI LOŠE KONTROLE HIPERTENZIJE U OBITELJSKOJ MEDICINI

## CAUSES OF POOR HYPERTENSION CONTROL IN FAMILY MEDICINE

Nina Janjić Zovko<sup>1</sup>, Mirjana Rumboldt<sup>2</sup>

### Sažetak

**Cilj.** Arterijska hipertenzija jedan je od glavnih uzročnika srčanožilnih bolesti.

Cilj ovog istraživanja je utvrditi prevalenciju nekontrolirane hipertenzije među liječenim hipertoničarima u ordinacijama obiteljske medicine i procijeniti joj uzroke.

**Metode.** U istraživanje su uključena 292 hipertoničara podijeljena u dvije skupine - dobro kontrolirane hipertenzije ( $RR < 140/90$  mm Hg) i nekontrolirane hipertenzije ( $RR \geq 140/90$  mm Hg). Uz anamnestičke i antropometrijske podatke, analizirana su socioekonomска obilježja te laboratorijski podaci, navlastito natriurija pomoći Kawasaki je formule.

**Rezultati.** Dobro kontroliran arterijski tlak imalo je 45,5%, dok je 54,5% ispitanika imalo arterijski tlak  $> 140/90$  mm Hg. Prosječno izlučivanje natrija iznosilo je 171 mmol/dan (IQR 130-207), bez značajnih razlika među skupinama. Utvrđena je značajno veća učestalost loše kontrolirane hipertenzije uz niže obrazovanje  $\chi^2 = 8,024$ ;  $P = 0,046$ ), zanimanje ( $\chi^2 = 5,702$ ;  $P = 0,017$ ) i nepovoljno materijalno stanje ( $\chi^2 = 8,020$ ;  $P = 0,018$ ).

**Zaključak.** Liječnik obiteljske medicine može bitno utjecati na stavove svojih pacijenata uz prihvatanje zdravog životnog stila. Valja individualno provjeriti čimbenike slabije kontrole arterijskog tlaka, poput prekomernog unosa kuhinjske soli, pa svakog pacijenta upoznati s nefarmakološkim mjerama te ukazati na one koje može ustrajno provoditi.

**Ključne riječi:** hipertenzija, natrij, kontrola hipertenzije

### Summary

**Aim.** Arterial hypertension is a major cardiovascular risk factor. The aim of this study was to identify and rank causes and risk factors for uncontrolled hypertension, such as compliance, excessive salt intake, sex, age and socioeconomic status.

**Methods.** There were 292 treated hypertensive patients included in this study and divided into two groups – well controlled ( $BP < 140/90$  mm Hg), and uncontrolled ( $RR \geq 140/90$  mm Hg). Demographic, anthropocentric, socioeconomic, and laboratory data, including daily natriuria using the Kawasaki formula were analyzed.

**Results.** 45.5% of the examinees were well controlled and 54.5% uncontrolled.

<sup>1</sup> Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, DZ SDŽ

<sup>2</sup> Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

The average sodium excretion was 171 mmol/day (IQR 130-207), with no significant differences between the groups. A significant link was identified between the uncontrolled hypertension and lower education level ( $\chi^2 = 8.024$ ;  $P = 0.046$ ), „blue collar“ occupation ( $\chi^2 = 5.702$ ;  $P = 0.017$ ) and low socioeconomic status ( $\chi^2 = 8.020$ ;  $P = 0.018$ ).

**Conclusion.** Family physicians can modify patients' attitudes, including the acceptance of a healthy life style. The factors affecting blood pressure control should be identified individually and patients should be informed about non-pharmacological measures, such as excessive salt intake, emphasizing those which could be maintained consistently .

**Key words:** arterial hypertension, sodium, hypertension control

## Uvod

Srčanožilne bolesti vodeći su uzrok pobola i pomo-  
ra diljem svijeta od kojih umire 52% žena i 42% muškaraca. Nastaju udruženim djelovanjem više čimbenika rizika od kojih su neki nepromjenjivi (dob, nasljeđe, rasa i spol) dok su drugi, kao pu-  
šenje, hipertenzija, hiperlipidemija, tjelesna inaktivnost promjenjivi i na njih možemo utjecati. U Republici Hrvatskoj (RH) bile su 2012. godine na prvom mjestu uzroka mortaliteta s 48,3%: 54,5% žena i 42,1% muškaraca<sup>1</sup>. Jedan su od glavnih uzroka hospitalizacija, a 2011. god. nalazile su se na prvome mjestu s 14,2% bolesnika. Na drugome su mjestu po broju dijagnoza zabilježenih u općoj medicini s udjelom od 12% bolesnih. U posljednjem desetljeću opaža se pad smrtnosti od krvоžilnih bolesti u svijetu pa i u Hrvatskoj. Daljnji se napredak očekuje provođenjem svršishodnih programa pre-  
vencije, otkrivanja i učinkovitog liječenja<sup>1,2</sup>.

Arterijska hipertenzija je vodeći, neovisni čimbenik pobola i smrtnosti od srčanožilnih bolesti s prevalencijom oko 40% u odrasloj populaciji. Među važnijim je javnozdravstvenim problemima, i jedan je od najvažnijih preventibilnih uzroka prijevremene smrtnosti. U Republici Hrvatskoj

od hipertenzije boluje 44,2% stanovnika iznad 18 godina - 45,6% muškaraca i 43% žena. Prema EH-UH studiji prevalencija arterijske hipertenzije u RH je 37,5% i češća je u žena (39,7%) nego u muškaraca (35,2%)<sup>3-5</sup>. Ispitivanje u RH pokazuje da je 58,6% ispitanika s arterijskom hipertenzijom znalo za njezino postojanje, liječilo se 48,4%, od kojih je kontrolirani tlak postiglo 14,8% hipertoničara<sup>5</sup>.

Unatoč činjenici da dobra kontrola hipertenzije smanjuje rizik od komplikacija i smrtnosti, postotak dobro liječenih hipertoničara je nizak. Prema istraživanju Vitezica i sur. kontrolu hipertenzije postiglo je 23% ispitanika<sup>6</sup>. Podaci Ercega i suradnika ukazuju na nižu prevalenciju nekontrolirane hipertenzije u žena (34,9%) u odnosu na muškarce (40,5%)<sup>7</sup>. U EH-UH studiji da boluje od arterijske hipertenzije znalo je 72,6% ispitanika, nešto više žena (75,3%) nego muškaraca (64,5%). Samo 59,6% pacijenata s povišenim tlakom se liječi, u čemu prednjače žene sa 62,9% prema 53,7% muškaraca. Dobra kontrola arterijskog tlaka postignuta je u svega 19,4% ispitanika, a tlak je bolje reguliran u žena (19,3%) nego u muškaraca (16,7%)<sup>4</sup>.

Najniža prevalencija hipertenzije u RH zabilježena je u Istri i Hrvatskom primorju (29%), dok je najviša u sjeverozapadnoj Hrvatskoj (43,5%). U Dalmaciji je zabilježena prevalencija od 37,5%<sup>3</sup>. Bolja kontrola arterijske hipertenzije nije postignuta ni u drugim europskim zemljama kao ni u SAD-u gdje se učestalost dobro kontrolirane hipertenzije kreće oko 29%<sup>5</sup>.

Brojni su razlozi slabe kontrole hipertenzije, primjerice klinička inercija liječnika u podešavanju ili mijenjanju terapije<sup>8</sup>. Osim toga, liječnici su skloni podcjenjivanju kontrole arterijskog tlaka svojih pacijenata: čak 64% liječnika smatralo je da 50% njihovih hipertoničara ima dobro kontroliran arterijski tlak<sup>6</sup>. Loša suradljivost pacijenata (engl. *non compliance*) kao i njihova nedovoljna educiranost o hipertenziji i njezinim posljedicama bitni su čimbenici slabo kontrolirane hipertenzije<sup>9</sup>. Korištenje prohipertenzivnih lijekova, kao što su nesteroidni antireumatici (NSAR), antidepresivi,

kortikosteroidi ili estrogeni remeti kontrolu arterijskog tlaka<sup>10</sup>. Od prediktora slabije kontrole arterijskog tlaka spominju se i starija dob pacijenta, izolirana sistolička hipertenzija, uzimanje dva ili više antihipertenziva, dijabetes i korištenje peroralnih antidiabetika<sup>11</sup>. Radni status i stupanj obrazovanja imaju znatan utjecaj na kontrolu arterijskog tlaka: zaposleni s višim stupnjem obrazovanja imaju bolje reguliran tlak u odnosu na nezaposlene i umirovljenike<sup>7</sup>. Zanemarivanje zdravog životnog stila, osobito debljina, pušenje i dijeta s visokim unosom soli<sup>12,13</sup> doprinose slaboj regulaciji arterijskog tlaka.

Visoki unos soli, tj. natrijevog klorida u prehrani povisuje arterijski tlak, a smanjenje uzrokuje pad arterijskog tlaka kod hipertoničara i normotenzivnih ispitanika<sup>13</sup>. Smjernice Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) predlažu unos soli niži od 5 g dnevno. Ipak, unosi se znatno više od preporučene količine. Tako se u razvijenim zemljama unos soli kreće oko 10-20g, a u RH je procijenjen na 11-16g<sup>15</sup>.

U liječenju arterijske hipertenzije temeljnu ulogu ima usvajanje „zdravih“ higijensko-dijjetetskih navika. Savjetovanje hipertoničara uključuje sniženje unosa kuhinjske soli na manje od 5 g dnevno uz redukciju tjelesne težine u pretilih, smanjenje unosa etilnog alkohola na 20 g dnevno u muškaraca i 10 g dnevno u žena te redovitu tjelovježbu kod neaktivnih<sup>3</sup>.

Uloga liječnika obiteljske medicine u savjetovanju, edukaciji i praćenju hipertoničara je ključna. Pacijente često pitamo za čimbenike rizika (obiteljska anamneza, pušenje, tjelovježba), neki podaci su zabilježeni u kartonu (uzimanje prohipertenzivnih lijekova) dok su drugi lako vidljivi “s vrata”, kao prekomjerna tjelesna težina i abdominalna pretilost. Međutim, rijetko se ispituje i objektivizira unos soli u organizam. Skupljanje 24-satnog urina smatra se zlatnim standardom za utvrđivanje unosa soli (24-h natriureza; Na24)<sup>13,14</sup>. Složeni postupak uzorkovanja olakšava Kawasakihevu formula<sup>16</sup>. Njome se procjenjuje Na24 iz jutarnjeg uzorka urina. Formula uzima

u obzir dob, spol, tjelesnu visinu i težinu te koncentraciju natrija i kreatinina u uzorku urina, a validirana je i u liječenih hipertoničara<sup>17</sup>. Smatra se da je bubrežno izlučivanje natrija jednako njegovom unosu pa se natriureza može uzeti kao mjera dijetetskih navika čovjeka.

### Ispitanici i metode

Ovo presječno ispitivanje provedeno je u 10 ordinacija obiteljske medicine na području Splita, od studenog 2012. do studenog 2013. godine. Sudjelovanje je ponuđeno pacijentima oba spola s utvrđenom hipertenzijom, starijima od 18 godina koji uzimaju antihipertenzivnu terapiju najmanje 6 mjeseci. Isključene su osobe u terminalnoj fazi bolesti, one s perzistentnom fibrilacijom atrija ili zatajenjem srca te pacijenti u kojih se sumnja na sekundarnu hipertenziju. U primjereni upitnik unesili su se demografski podaci (dob, spol, obrazovanje, bračno stanje), antropometrijski pokazatelji (visina, težina, indeks tjelesne mase) i izmjerene vrijednosti arterijskog tlaka živinim sfigmomanometrom prema propozicijama<sup>31</sup>, bilježena je srednja vrijednost zadnja dva mjerena. Mjeren je zatim opseg struka i bokova, kao i visina i težina tijela (neelastična mjerna traka, medicinska vaga s visinomjerom); dobivene su vrijednosti zaokruživane na 0,5 cm za visinu i 0,5 kg za težinu, iz kojih je određen indeks tjelesne mase (ITM - BMI) i omjer struka i bokova (WHR). Osobe s ITM <25 smatrane su normalno uhranjenima, one s ITM 25-29,9 preuhranjenima, a ≥30 pretilima. Urednim vrijednostima WHR-a smatrani su omjeri <1 za muškarce te <0,85 za žene. Dnevno izlučivanje natrija (Na24) izračunato je pomoću Kawasakieve formule<sup>16</sup>.

Na24 (mmol/d)=16,3 x [(UNa/UCr) x 24h-UCr]0,5, gdje se natrij i kreatinin određuju izravno iz mokraće, dok se 24-h izlučivanje kreatinina (24h-UCr, u mg/dan) izračunava jednadžbom za muškarce  $15,1 \times TT \text{ (kg)} + 7,4 \times TV \text{ (cm)} - 12,4 \times \text{godine} - 80$ , a za žene  $8,6 \times TT \text{ (kg)} + 5,1 \times TV \text{ (cm)} - 4,7 \times \text{godine} - 75$ .

Ispitanici su osim toga anketirani o subjektivnom dojmu materijalnog stanja.

Nereguliranom hipertenzijom smatrane su vrijednosti arterijskog tlaka  $>140/90$  mm Hg pri uključivanju u istraživanje. Na temelju izmjerenih vrijednosti ispitanici su podijeljeni u dvije skupine: 1. grupa dobro kontrolirane hipertenzije ( $RR <140/90$  mm Hg) i 2. grupa nekontrolirane hipertenzije ( $RR <140/90$  mm Hg).

Podaci su uneseni u računalni program Excel i obrađeni statističkim paketom SPSS 17.0. Korištene su metode deskriptivne statistike (aritmetička sredina i standardna devijacija), a značajnost opaženih razlika provjeravana je  $\chi^2$  testom. Razina statističke značajnosti određena je na  $P <0,05$ .

### Cilj istraživanja

Utvrđiti prevalenciju nekontrolirane hipertenzije među liječenim hipertoničarima u ordinacijama obiteljske medicine.

Procijeniti unos soli kod liječenih hipertoničara u ordinaciji obiteljske medicine iz jednokratnog uzorka urina putem Kawasaki-jeve formule.

Ustanoviti demografske i soicoeknomske predikto-re loše kontrolirane hipertenzije.

### Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 292 hipertoničara: 127 muškaraca i 165 žena. Prosječna dob ispitanika (medijan; interkvartilni raspon) bila je 66 godina (60-73). U braku je bilo 209 (71,6%) ispitanika, udovaca je 66 (22,6%), samaca 11 (2,8%), dok je u vanbračnoj zajednici bio 1 ispitanik (0,3%). Većina, njih 238 (82,9%) živjelo je u obitelji, a samo 49 (17,1%) bez obitelji. Odgovor nije dalo 5 (1,7%) ispitanika. Dodatne sociodemografske osobine donosi tab. 1.

**Tablica 1.** Sociodemografska obilježja ispitanika (N=292)

**Table 1.** Sociodemographic characteristics of examinees (N=292)

Obilježje	N	%
<b>Stupanj obrazovanja</b>		
bez škole	36	12,4
osnovna škola	46	15,8
srednja škola	156	53,6
viša škola/fakultet	51	17,5
magisterij/doktorat	2	0,7
ukupno	291	100
bez podataka	1	0,3
<b>Radni status</b>		
zaposlen	42	14,5
nezaposlen	29	10
umirovljenik	219	75,5
ukupno	290	100
bez podataka	2	0,7
<b>Zanimanje</b>		
plavi ovratnik	184	63,4
bijeli ovratnik	106	36,6
<b>Ukupno</b>	<b>290</b>	<b>100</b>
Bez podataka	2	0,7

**Tablica 2.** Navike ispitanika (N= 292)

**Table 2.** Examinees habits (N=292)

Navika	N	%
<b>Tjelesna aktivnost</b>		
- da	104	35,7
- povremeno	71	24,2
- ne	116	39,9
- bez podataka	1	0,3
<b>Pušenje</b>		
- da	47	16,4
- ne	240	83,6
- bez podataka	5	1,7
<b>Konzumiranje alkohola</b>		
- da, svaki dan	64	21,9
- povremeno	52	17,8
- ne	176	60,3

Sudionici su većinom imali završenu srednju školu (53,6%), bili umirovljeni (75,5%) ili spadali u skupinu zanimanja plavog ovratnika (63,4%). Navike naših ispitanika donosi tab. 2.

Ispitanici uglavnom ne puše i ne uzimaju alkohol. Ipak, 40% njih se ne bavi tjelesnom aktivnošću. Antropometrijska obilježja ispitanika prikazuje tab. 3.

**Tablica 3.** Antropometrijska obilježja ispitanika

**Table 3.** Anthropometric characteristics of the examinees

Obilježje	Medijan	IQR
Tjelesna visina u cm	168	162-176
Tjelesna težina u kg	83	73-93
Indeks tjelesne mase	29	26-31
Opseg struka	100	90-107
Opseg bokova	108	103-113
Omjer struka i bokova	0,92	0,86-0,97
Indeks tjelesne mase	N	%
normalan	48	16,5
prekomjerna težina	132	45,4
pretilost	111	38,1
ukupno	291	100,0
bez podataka	1	0,3
Opseg struka		
normalan	107	37,3
povišen	180	62,7
ukupno	287	100,0
bez podataka	5	1,7
WHR		
normalan	139	48,4
povišen	148	51,6
ukupno	287	100,0
bez podataka	5	1,7

IQR=interkvartilni raspon,

WHR= omjer opsega struka i bokova

Samo 16,5% analiziranih hipertoničara imalo je normalan ITM, dok ih je 45,4% imalo prekomjernu tjelesnu masu, a 38,1% je bilo pretilo. Povišen opseg struka imalo je 62,7% ispitanika, a više od polovice imalo je i povišen omjer struka i bokova.

Laboratorijski podaci prikazani su u tab. 6. Natriurija i kolesterol bili su povišeni u gotovo svih ispitanika, ali između skupina nisu opažene značajne razlike.

**Tablica 4.** Raspon laboratorijskih podataka

**Table 4.** Range of laboratory data

Pokazatelj	N	medijan	IQR
Kolesterol	247	5,6	4,9-6,3
LDL kolesterol	177	3,3	2,8-4,0
HDL kolesterol	217	1,3	1,2-1,5
Trigliceridi	240	1,5	1,2-2,0
Glukoza u krvi	248	5,5	4,9-6,6
Natriurija	247	171	130-207

IQR= interkvartilni raspon

Od ukupnog broja ispitanika 45,5 % imalo je dobro kontroliran arterijski tlak, dok ih je 54,5% bilo loše kontrolirano (tab. 5).

**Tablica 5.** Prevalencija nekontrolirane hipertenzije među liječenim hipertoničarima

**Table 5.** Prevalence of uncontrolled hypertension among patients treated for hypertension

Inačica	A*	B*
<b>Sistolički tlak (medijan; IQR)</b>	139	130-150
<b>Dijastolički tlak (medijan; IQR)</b>	84	80-90
Sistolički tlak	N	%
- normalan (<140 mm Hg)	147	50,3
- povišen ( $\geq 140$ mm Hg)	145	49,7
<b>Dijastolički tlak</b>		
- normalan (<90 mmHg)	186	63,7
- povišen ( $\geq 90$ mmHg)	106	36,3
<b>Hipertenzija</b>		
- kontrolirana	133	45,5
- nekontrolirana	159	54,5

\*A= apsolutni brojevi, B= relativni brojevi (IQR, %).

IQR = interkvartilni raspon; P = Mann - Whitney odnosno  $\chi^2$  test; \* materijalno stanje

Podaci s tabl. 6 ukazuju na značajnu povezanost nekontrolirane hipertenzije s obzirom na niži stupanj obrazovanja ( $\chi^2 = 8,024$ ; ss= 3; P = 0,046; C = 0,164), pretežito manualno zanimanje ( $\chi^2 = 5,702$ ; ss=1; P = 0,017; φ koeficijent = 0,140) i slabije materijalno stanje ( $\chi^2 = 8,020$ ; ss= 2; P =

0,018; C = 0,163). Međutim, kao što je prikazano na tab. 7, nisu utvrđene značajne razlike u učestalosti nekontrolirane hipertenzije s obzirom na natriuriju. Ipak, povišena Na24 bila je češća u nekontroliranih hipertoničara.

**Tablica 6.** Kontrola hipertenzije s obzirom na dob, spol i socioekonomска obilježja

**Table 6.** Hypertension control regarding age, sex and socioeconomic status

Hipertenzija							
	nekontrolirana		kontrolirana		ukupno		
Dob (medijan; IQR)	66	61-74	66	60-72			0,540
Spol	N	%	N	%	N	%	
-muški	70	55,1	57	44,9	127	100,0	0,841
-ženski	89	53,9	76	46,1	165	100,0	
Stupanj obrazovanja							
-bez škole	23	63,9	13	36,1	36	100,0	0,046; 0,164
-osnovna škola	27	58,7	19	41,3	46	100,0	
-srednja škola	89	57,1	67	42,9	156	100,0	
-viša škola/fakultet	20	37,7	33	62,3	53	100,0	
Radni status							
-zaposlen	20	47,6	22	52,4	42	100,0	0,495
-nezaposlen	14	48,3					
	15	51,7	29	100,0			
-umirovljenik	123	56,2	96	43,8	219	100,0	
Zanimanje							
-plavi ovratnik	110	59,8	74	40,2	184	100,0	0,017; 0,140
-bijeli ovratnik	48	45,3	58	54,7	106	100,0	
Mjesečna primanja kućanstva							
<3000 kn	38	58,5	27	41,5	65	100,0	0,476
3000 - 6000 kn	80	56,7	61	43,3	141	100,0	
6000 - 9000 kn	29	46,0	34	54,0	63	100,0	
>9000 kn	11	55,0	9	45,0	20	100,0	
Subjektivno*							
-ispodprosječno	38	52,1	35	47,9	73	100,0	0,018; 0,163
-prosječno	83	62,9	49	37,1	132	100,0	
-iznadprosječno	38	43,7	49	56,3	87	100,0	
Bračni status							
-u braku	109	51,9	101	48,1	210	100,0	0,162
-samac	50	61,0	32	39,0	82	100,0	

**Tablica 7.** Natriurija u pacijenata s nekontroliranom i kontroliranom hipertenzijom

**Table 7.** Natriuria in patients with uncontrolled and controlled hypertension

	Hipertenzija							
	nekontrolirana		kontrolirana		ukupno			
	medijan	IQR	medijan	IQR				
<b>Na24</b>	170	136-210	175	128-201			0,941	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>normalna (<math>\leq 150</math> mmol/d)</b>	39	49,4	40	50,6	79	100,0	0,379	
<b>povišena (<math>&gt;150</math> mmol/d)</b>	93	55,4	75	44,6	168	100,0		

P= Mann-Whitney test za numeričke varijable, IQR= interkvartilni raspon

## Rasprava

Budući da je loša kontrola arterijske hipertenzije izravno povezana s nizom opasnih srčanožilnih komplikacija s visokim pomorom i znatnim troškovima, važno je utvrditi čimbenike koji pogoduju takvom stanju<sup>6,19</sup>. Prema rezultatima ovog istraživanja gotovo polovica ispitanika, njih 45,5%, imala je dobru kontrolu hipertenzije, što je neočekivano dobro<sup>4,6</sup>. Primjerice u istraživanju Vitezića i suradnika zadovoljavajuću kontrolu hipertenzije postiglo je svega 23% liječenih hipertoničara<sup>6</sup>. Ipak, i u tom istraživanju je splitska regija pokazala najniže vrijednosti. Osim toga, čini se da u ordinacije obiteljske medicine češće dolaze oni pacijenti koji su zainteresirani za svoje zdravlje pa bolje provode antihipertenzivno liječenje. Nadalje, čini se da žene nešto bolje kontroliraju hipertenziju nego muškarci (46,1: 44,9%), što je opaženo i u EH-UH studiji<sup>4</sup>.

Brojni su radovi pokazali da se s porastom stupnja edukacije smanjuje i srčanožilna smrtnost<sup>2</sup>. Smatra se da obrazovanje unapređuje razumijevanje rizika i prakticiranje zdravog životnog stila<sup>20,21</sup>. Slabiji socioekonomski status, niži stupanj obrazovanja i manje plaćeno radno mjesto smanjuju vjerojatnost primjerene kontrole povиšenog tlaka<sup>4,6</sup>. Vlastiti rezultati potkrepljuju takve podatke - s porastom stupnja obrazovanja smanjuje se prevalencija nekontrolirane hipertenzije, koja je bila značajno

viša u manualnih radnika (djelatnika „plavog ovratnika“).

Osim ovih, socijalnih čimbenika (stupanj obrazovanja i radno mjesto), važni su i psihosocijalni faktori – naši ispitanici koji su smatrali da je njihovo materijalno stanje bolje u odnosu na druge imali su bitno nižu učestalost nekontrolirane hipertenzije (P= 0,018).

Unatoč spoznajama o višestrukoj koristi smanjenog unosa soli, prosječni unos NaCl-a je i dalje znatno viši od preporučenih 5-6 g dnevno<sup>12-15</sup>. U ovom istraživanju prosječno dnevno izlučivanje natrija, izračunato po Kawasaki jevoj formuli<sup>16</sup>, iznosilo je oko 171 mmol, što odgovara unosu oko 10 g kuhinjske soli, dakle dvostruko više od preporučenih vrijednosti! Dobro kontrolirani hipertoničari izlučivali su prosječno 175 mmol natrija, a loše kontrolirani oko 170 mmol. Ipak, 49,4% loše kontroliranih hipertoničara u odnosu na 50,6% dobro kontroliranih imalo je Na24 ispod 150 mmol dok je iznad 150 mmol imalo 55,4% loše kontroliranih u odnosu na 44,6% dobro kontroliranih hipertoničara. Može se zaključiti da je u svih liječenih hipertoničara, usprkos znatnim edukativnim naporima, unos soli neprihvatljivo visok, pa da u tom smislu nisu opažene bitne razlike između dobro i loše kontroliranih pacijenata. Nedavno je pokazano je da se sustavnim

upozoravanjem liječenih hipertoničara na opasnost prekomjernog unosa kuhinjske soli natriurija može u par mjeseci sniziti za oko 35 mmol uz dodatni pad arterijskog tlaka za 5-6/2-3 mm Hg<sup>22</sup>.

Redovnom tjelesnom aktivnošću bavilo se samo 35,7% naših ispitanika. Situacija je bolja što se tiče štetnih navika: 83,6% naših hipertoničara bili su nepušači, a 60,3% ih je navelo da uopće ne uzima alkoholna pića. Ipak, većina, 83,5%, imala je povиšen indeks tjelesne mase, a preko 38% bilo je debelo (ITM  $\geq 30$ )!

## Zaključak

Kao liječnik prvog kontakta, koji najbolje poznaje pacijenta u svom bio-psiho-socijalnom okruženju, obiteljski doktor može najviše utjecati na njegove stavove i na prihvatanje zdravog životnog stila. Stoga je nužno identificirati čimbenike koji mogu utjecati na slabiju kontrolu arterijskog tlaka te prepoznati pacijente izložene visokom riziku. Prema dobivenim podacima lošoj su kontroli hipertenzije osobito sklone osobe slabijeg socioekonomskog statusa, a provođenje općih mjera, navlastito ograničenja unosa kuhinjske soli, te primjerene prehrane i tjelovježbe, široko se zanemaruje.

## Literatura

1. Kralj V, Brkić Biloš I. Mortalitet i morbiditet od kardiovaskularnih bolesti. *Cardiol Croat.* 2013;8:373-8.
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, i sur. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2013;34:2159-219.
3. Dika Ž, Pećin I, Jelaković B. Epidemiologija arterijske hipertenzije u Hrvatskoj i svijetu. *Medicus.* 2007; 16:137-45.
4. Jelaković B, Željković-Vrkić T, Pećin I, Dika Ž, Jovanović A, Podobnik D, i sur. Arterijska hipertenzija u Hrvatskoj. Rezultati EH-UH studije. *Acta Med Croatica.* 2007;61:287-92.
5. Erceg M, Hrabak-Žerjavić V, Ivičević Uhernik A. Regionalne značajke arterijske hipertenzije u odraslog stanovništva Republike Hrvatske. *Acta Med Croatica.* 2007;61:293-8.
6. Vitezić D, Burke T, Mršić-Pelčić J, Mavrić Ž, Zaputović L, Župan G, i sur. Characteristics of blood-pressure control in treated hypertensive patients in Croatia. *Blood Press.* 2005;2:33-41.
7. Erceg M, Kern J, Babić-Erceg A, Ivičević-Uhernik A, Vuletić S. Regional differences in the prevalence of arterial hypertension in Croatia. *Coll Antropol.* 2009;33(Suppl 1):19-23.
8. Philips LS, Branch WT, Cook BC, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, i sur. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001;135:825-34.
9. Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, Castelo Branco L. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovas Dis Res.* 2010;1:196-202.
10. Pavličević I, Kuzmanić M, Rumboldt M, Rumboldt Z. Interaction between antihypertensives and antirheumatic drugs in primary care: a controlled trial. *Can J Clin Pharmacol* 2008;15:e372-82.
11. Duggirala MK, Cuddihy RM, Cuddihy MT, Naessens JM, Cha SS, Mandrekar JN, i sur. Predictors of blood pressure control in patients with diabetes and hypertension seen in primary care clinics. *Am J Hypertens.* 2005;18:833-8.
12. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, i sur. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med.* 2001;344:3-10.
13. He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2013;346:f1325.
14. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting. Geneva: World Health Organization; 2007.
15. Pavličević I, Rumboldt M, Rumboldt Z, Glavaški M. Zašto liječeni hipertoničari ne poštuju naše savjete? Doprinos inicijativi „CRASH“. *Liječ Vjesn.* 2012;134:20-4.

16. Kawasaki T, Itoh K, Uezono K, Sasaki H. A simple method for estimating 24 h urinary sodium and potassium excretion from second morning voiding urine specimen in adults. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 1993;20:7-14.
17. O'Donnell MJ, Yusuf S, Phil D, Mente A, Gao P, Mann JF, i sur. Urinary sodium and potassium excretion and risk of cardiovascular events. *JAMA.* 2011;306:2229-38.
18. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, i sur. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2007;28:1462-536.
19. Qureshi NN, Hatcher J, Chaturvedi N, Jafar TH. Effect of general practitioner education on adherence to antihypertensive drugs: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2007;335:1030-5.
20. Fornari C, Donfrancesco C, Riva MA, Palmieri L, Panico S, Vanuzzo ,D i sur. Social status and cardiovascular disease: a Mediterranean case. Results from the Italian Progetto CUORE cohort study. *BMC Public Health.* 2010;10:574-9.
21. Erceg M, Ivicević-Uhernik A, Kern J, Vuletić S. Is there any association between blood pressure and education level? The CroHort study. *Coll Antropol.* 2012;36 (Suppl 1):125-9.
22. Pinjuh Markota N, Rumboldt M, Rumboldt Z. Emphasized warning reduces salt intake: a randomized controlled trial. *J Am Soc Hypertens.* 2015;9:214-20.

# RAZLIKE U ORGANIZACIJI I FUNKCIONIRANJU OBITELJSKE MEDICINE U BRODSKO-POSAVSKOJ ŽUPANIJI U ODNOSU NA REPUBLIKU HRVATSKU

## *DIFFERENCES IN THE ORGANIZATIONAL STRUCTURE AND FUNCTIONING OF FAMILY PRACTICE IN BRODSKO- POSAVSKA COUNTY AND REPUBLIC OF CROATIA*

Mladenka Vrcić Keglević, Danijela Daus-Šebeđak

### Sažetak

S promjenama zdravstvenog sustava u Hrvatskoj (RH) u proteklih 20 godina došlo je do promjena u organizaciji i funkcioniranju obiteljske medicine (OM) uz regionalne razlike.

Cilj je opažajnom (povijesno prospektivnom) analizom utvrditi postoje li i kakve su razlike u organizaciji i funkcioniranju OM između Brodsko-posavske županije (BPŽ) i RH.

Izvori podataka su bili Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi od 1995. do 2014. godine, Mreža planiranih i ugovorenih ordinacija OM te Popis stanovništva 2011. godine.

**Rezultati.** Broj LOM-a u RH povećao se u ovih 20 godina za 11,2%, a u BPŽ za 28,4%. U BPŽ je nedostajalo 16 ili 17,4% liječnika u 2013. a u Hrvatskoj 5,5 %. BPŽ ima prosječno više specijalista OM nego RH (52,6% : 49,3%). U BPŽ je broj osiguranika na listi liječnika 2.035, u RH 1.849. Dio pacijenata koji koriste OM u BPŽ je manji od državnoga (44.0%-8.1% : 74.9%-80,5%). U RH godišnji prosječan broj posjeta / LOM je manji nego u BPŽ (8.515-15.283 : 9.063 - 15.483).

Broj kućnih posjeta u BPŽ kreće se od 88 do 180, u RH od 140 do 180.

**Zaključak.** Nedvojbeno je potreban veći broj LOM-a u BPŽ, posebno u ruralnim područjima radi bolje dostupnosti populaciji i manjeg opterećenja, tj. kvalitetnije zdravstvene zaštite.

**Ključne riječi:** obiteljska medicina, organizacijska struktura, funkcioniranje, Hrvatska

### Summary

Frequent “health care reforms” in the last 20 years led to changes in organization, structure and function of family practice (FP), with regional differences in outcomes. The aim of this study was to investigate the differences in the organization and functioning of FP between a county [Brodsko-posavska County (BPC)] and the Croatian mean. It was an observational, longitudinal study, using the Croatian Health Service Yearbooks, 1995-2014, the Croatian Network of planned and contracted FPs, and national census.

**Results.** The number of FPs in Croatia increased by 11.2% while in BPC it increased by 28.4%,

<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

but still 16 family doctors (FDs) are missing there (17.4% in BPC vs. 5.5% in Croatia). However, in BPC there were more FD specialist than in Croatia (52.6 % vs. 49.3 %), and more enlisted patients (2,035 vs 1,849), while the number of annual visits to FP was less (44.0%-78.1% vs. 74.9-80.5%). The annual number of office visits per FD was similar and varied from 8,515 to 15,283 in Croatia vs. 9,063-15,483 in BPC, as well as the number of home visits (140-180 per FD in Croatia vs. 88-180 in BPC).

**Conclusion.** FPs in BPC are understaffed; the FDs are overburdened by office visits and referrals, performing less home visits and preventive activities, which should be accounted for in any FP service planning, particularly concerning the rural regions.

**Key words:** family practice, organizational structure, functioning, Croatia

## Uvod

Paralelno s društvenim i ekonomskim promjenama započetim osnutkom Republike Hrvatske (RH) početkom 90-ih godina, došlo je i do promjena u organizaciji, funkcioniranju i financiranju zdravstvenog sustava, uključujući i primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ). Jedna od prvih promjena je bilo uvođenje slobodnog izbora liječnika u PZZ u 1993. godini, uključujući i liječnika obiteljske medicine (LOM) kao njezinog najvažnijeg nosioca<sup>1</sup>. Zatim je 1996. godine uslijedila privatizacija PZZ. LOM postaje samostalni subjekt s obavezom sklapanja individualnog ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) za provođenje zdravstvene zaštite osiguranika koji su ih izabrali kao svoje osobne liječnike<sup>2</sup>. Osnova za financiranje je bio broj osiguranika, tzv. lista pacijenata; veći broj je značio veću finansijsku težinu ugovora<sup>3</sup>. Od 2005. godine finansijska osnova je nadograđivana sukladno radnim učincima. Najprije je uvedeno plaćanje sistematskih i preventivnih pregleda, od 2010. godine i nekih dijagnostičko-terapijskih postupaka, a od 2013. godine, financiranje je te-

meljeno na tzv. „pentagramu“ koji se sastoji od hladnog pogona, broja osiguranika na listi, ključnih pokazatelja izvedbe, indikatora kvalitete i dijagnostičko-terapijskih postupaka<sup>4-6</sup>. U 2006. godini je formirana Mreža zdravstvenih ustanova, uključujući i ordinacije obiteljske medicine (OM). Mreža se nekoliko puta mijenjala, ali je pored lokalnih specifičnosti, osnova za formiranje mreže uvijek bio broj stanovnika temeljen na popisu stanovništva na određenom području. Potrebni broj LOM-a se izračunavao na način da je broj stanovnika na određenom području dijeljen sa 1700 pacijenata, broj definiran Standardom o provođenju zdravstvene zaštite<sup>7</sup>. Istovremeno su tekle i druge promjene koje su mogle utjecati na organizaciju i funkcioniranje OM, kao što su: uvođenje informatizacije, restrikcije i kontrole propisivanja lijekova i upućivanja pacijenata u specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (SKZ), kao i racionalni odnos prema problemu bolovanja, te uvođenje elektronskog propisivanja recepata i uputnica<sup>8,9</sup>.

Sustavna evaluacija utjecaja ovih promjena na organizacijsku strukturu i funkcioniranje PZZ je napravljena je u 2013. godini<sup>10</sup>. Rezultati su pokazali da su promjene utjecale na sve vidove organizacije i funkcioniranja PZZ, uključujući i OM. Međutim, rezultati su također ukazali na postojanja regionalnih razlika unutar RH<sup>11-15</sup>. Stoga je cilj ovog rada bio istražiti postoje li i kakve su razlike u organizacijskoj strukturi i funkcioniranju OM u BPŽ u odnosu na RH na temelju rutinskih prikupljenih podataka, u 20-godišnjem razdoblju, od 1995. do 2014. godine.

## Metode

Provedeno je opažajno, tzv. povijesno-prospektivno istraživanje utemeljeno na rutinski prikupljenim podacima. Korištena su tri izvora podataka: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi (ljetopisi) Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u periodu od 1995. do 2014.<sup>16</sup>, Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti opće-obiteljske medicine iz 2013. godine objavljene na web-stranicama HZZO-a<sup>17</sup>, te

Popis stanovništva Državnog zavoda za statistiku iz 2011. godine<sup>18</sup>.

Na temelju ljetopisa su prikupljeni podaci o broju i obrazovnoj strukturi liječnika i medicinskih sestara koji rade u djelatnosti OM, i izračunati su postotci specijalista OM i specijalista ostalih specijalnosti. S namjerom da se ispita opterećenost djelatnosti OM, prikupljeni su podaci o broju osiguranika na listama i broju pacijenata koji u toku godine posjete svog izabranog LOM-a, u ljetopisima registrirano pod terminom korisnici. Iz tih podataka je izračunat prosječan broj osiguranika po jednom LOM-u i stupanj korištenja djelatnosti OM, odnosno postotak pacijenata koji su u pojedinoj godini posjetili - koristili zdravstvenu zaštitu u djelatnosti OM. U namjeri da se dodatno rasvijetli opseg rada pojedinog LOM-a, prikupljeni su podaci o broju posjeta pacijenata u ordinacijama OM, o broju posjeta LOM-a u kući bolesnika, o broju upućivanja u SKZ, te o broju preventivnih i sistematskih pregleda. Iz prikupljenih podataka je izračunat prosječan broj posjeta po jednom LOM/ordinaciji OM godišnje, prosječan broj kućnih posjeta i prosječan broj preventivnih i sistematskih pregleda po jednom LOM-u. Također je izračunata stopa upućivanja u SKZ u odnosu na broj posjeta. Podaci su prikupljeni, odvojeno za BPŽ i RH, te po pojedinoj godini praćenja, od 1995. do 2014. godine. Odabran je ovaj period praćenja zbog toga jer su se podaci prikupljali na identičan način tijekom cijelog kupa razdoblja. Podaci su se najčešće i prikazali na istovjetan način; do 2004. godine su detaljno prikazivani po pojedinim općinama i gradovima, a od 2005. samo po županijama, pa su na taj način izneseni i u ovom radu<sup>16</sup>.

Podaci Mreže javne zdravstvene službe u djelatnosti OM, objavljeni na web-stanicama HZZO-a iz 2013. poslužili su da se ispita nedostatak ili višak ugovorenih LOM-a. Na temelju tih podataka, izračunate su razlike između planiranih i ugovorenih ordinacija OM, odnosno liječnika koji u njima rade<sup>17</sup>. Na temelju Popisa stanovništva Državnog zavoda za statistiku iz 2011. godine, prikupljeni su

podaci o broju stanovnika u općinama i gradovima u kojima se nalaze planirane ordinacije OM<sup>18</sup>.

Podaci su obrađeni u Microsoft Excell programu, prikazani apsolutnim brojevima i postotcima, te grafički linijskim dijagramima.

## Rezultati

U početku praćenja, broj timova OM u RH je pokazivao sklonost porasta, s 2.047. u 1995. na 2.377 u 2002. godini, nakon čega je počeo opadati, tako da je u 2010. bilo 2.279 timova OM. U 2013. godini je zabilježen porast na 2.306 timova, da bi u 2014. uslijedio pad na 2.274 tima. Bez obzira na oscilacije, broj im je općenito porastao za 11,8%. U BPŽ broj timova OM je u kontinuiranom porastu za 18,4%; 1995. bilo ih je 62, a od 2006. kreće se od 75 do 77. Neovisno o navedenom porastu, u 2013. godini je u BPŽ nedostajalo 16 timova; za 17,4% je manje ugovoreno od planiranih. U RH je nedostajalo 123 tima, odnosno 5,5% je manje ugovoreno.

Najveći broj planiranih timova je nedostajao u seoskim područjima BPŽ, sukladno teritorijalnoj podjeli RH označenim kao općine. Posebno se ističu općine Brodski Stupnik, sa 3.036 stanovnika i Cernik, sa 3.640 stanovnika, u kojima su planirana dva tima OM, a nije ugovoren niti jedan. I u općini Gornji Bogičevci, u kojoj živi 1.975 stanovnika nije ugovoren niti jedan tim. U općini Sibinj, s 6.895 stanovnika, trebala su biti četiri, a ugovorena su samo dva tima, što znači da svaki od njih skrbi za preko 3.000 stanovnika. Takav nedostatak nije zabilježen u gradovima. U Slavonskom Brodu je ugovoren samo jedan tim manje od planiranog, dok su u Novoj Gradiški ugovorena dva tima više od planiranih (tab. 1).

Pored LOM-a, u djelatnosti OM bili su zaposleni i specijalisti drugih specijalnosti, najčešće specijalisti medicine rada i školske medicine. Njihov broj se kretao oko 10%, podjednako u RH i u BPŽ, s trendom opadanja. Broj medicinskih sestara u RH je uvijek odgovarao broju liječnika, dok je u BPŽ, u početku praćenja bio veći, a naknadno se izjednačio

s brojem liječnika. Broj medicinskih sestara s visokom stručnom spremom je uvek bio mali u RH i u BPŽ, s tendencijom nestajanja tog profila zdravstvenih radnika iz OM.

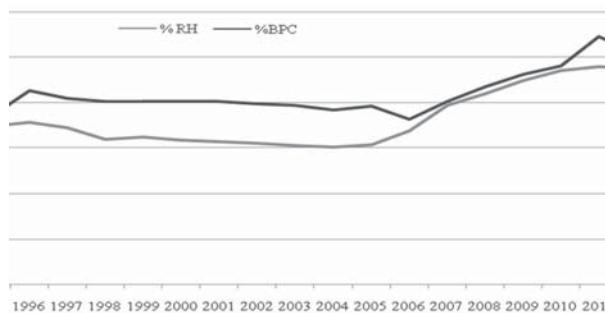
Postotak specijalista OM (SOM) u BPŽ je uvek bio veći od prosjeka RH, s podjednakim padom do 2004. godine, nakon čega je nastupio porast. u

1995. godini je bilo 34,8% SOM-a u RH, uslijedio je pad na 30,2% u 2004., nakon čega je započeo kontinuirani rast, u 2013. bilo 49,3% specijalista OM u RH (porast za 19,1%), ali je u 2014. došlo do pada na 44,5%. U BPŽ je u početku praćenja je bio 37,1% SOM, a na kraju praćenja, u 2014. godini bilo ih je 59,7% (porast za 22,6%) (sl. 1).

**Tablica 1.** Općine i gradovi u BPŽ s brojem potrebnih/planiranih i brojem ugovorenih timova OM te brojem stanovnika u tim gradovima/općinama

**Table 1.** Communities and towns in Brodsko – posavska County with the number of inhabitants and the number of planned and contracted family practices

Općina/grad Community/town	Planirani timovi Planned FPs	Ugovoreni timovi Contracted FPs	Razlika Difference	Broj stanovnika Inhabitants
Brebrina	2	1	-1	3252
Brodski Stupnik	2	0	-2	3036
Bukovlje	1	1	0	3108
Cernik NG	2	0	-2	3640
Davor NG	2	2	0	3015
Donji Andrijevci	2	2	0	3709
Dragalić	0	0	0	1361
Garčin	3	2	-1	4806
Gornja Vrba	1	1	0	2512
Gornji Bogičevci	1	0	-1	1975
Gundinci	1	1	0	2027
Klakar	1	0	-1	2319
Nova Gradiška	9	11	+2	14229
Nova Kapela	3	2	-1	4227
Okučani	3	2	-1	3447
Oprisavci	2	1	-1	2508
Oriovac	4	4	0	5824
Podcrkavlje	1	1	0	2553
Rešetari	3	1	-2	4753
Sibinj	4	2	-2	6895
Sikirevci	1	1	0	2476
Slavonski Brod	34	33	-1	59141
Slavonski Šamac	1	1	0	2169
Stara Gradiška	1	1	0	1363
Staro Petrovo Selo	3	3	0	5186
Velika Kopanica	2	2	0	3308
Vrbje	1	0	-1	2215
Vrpolje	2	1	-1	3521
<b>Ukupno</b>	<b>92</b>	<b>76</b>	<b>-16</b>	<b>158575</b>



**Slika 1.** Kretanje SOM-a (u %) u RH i BPŽ u razdoblju od 1995. do 2013.

**Figure 1.** Family medicine specialists (%) in BPC and in Croatia, 1995. – 2013.

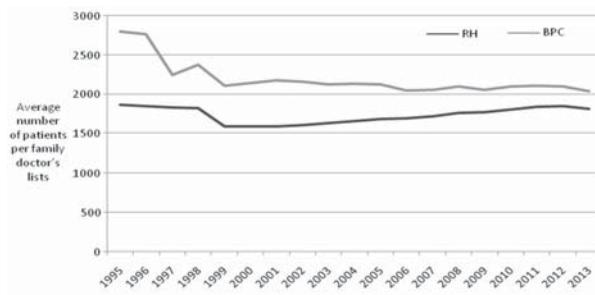
U ispitivanom razdoblju, prosječan broj osiguranih po LOM-u u RH je opadao, s prosječno 1.864,8 u 1995. na 1.584,7 u 1999. godini. Nakon toga je taj broj počeo rasti, tako da je u 2014. prosječno iznosi 1.838,8. U BPŽ je prosječan broj pacijenata po jednom LOM-u bio uvijek veći od hrvatskog prosjeka; u 1995. iznosio je 2.799,5, a u 2014. 2.049,6. Ipak, za razliku od Hrvatske, broj pacijenata po jednom LOM-u u BPŽ je bio u stalnom padu (sl. 2).

Međutim, službu nisu koristili svi osiguranici koji su bili na listama LOM-a. U RH se njihov postotak kretao između 74,9% u 1996. kada ih je bilo najmanje i 80% u 2004. godini. Nakon te godine je udio osiguranika koji su koristili djelatnost OM počeo opadati (76,1% u 2014.). U BPŽ je postotak korisnika uvijek bio manji; u 1996. godini je 44,5% pacijenata posjetilo svog LOM, nakon čega je postotak počeo rasti i skoro se izjednačio s hrvatskim (72,4% u 2014.; sl. 3).

Broj posjeta LOM-u u RH se gotovo udvostručio, sa prosječno 8.515 posjete po LOM-u u 1995. na 15.283 u 2014. godini (sl. 4). U BPŽ je prosječan broj posjeta bio iznad republičkog prosjeka, npr. u 1995. je iznosio 10.255 posjeta po timu LOM-a, dok se na kraju promatranog razdoblja približno izjednačio, npr. 15.483 prosječne posjete po jednom LOM-u u 2014. godini.

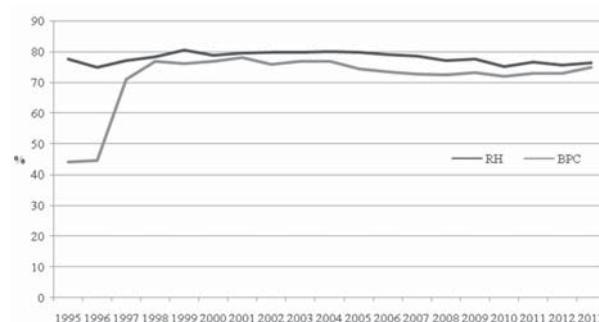
Postotak posjeta koje uključuju i klinički pregled rastao je od 1995. do 2005. godine, sa 69,3% na

72,8%, a najveći je zabilježen u 2003. godini - 76,1%. Od 2005. se broj pregleda počeo smanjivati, s 72,8% u toj godini, na 40,0% u 2014. godini; ukupno smanjenje za 32,8%. U BPŽ je u početku praćenja postotak bio manji od hrvatskog prosjeka (1995. je iznosio 55,3%), rastao je kao i u RH tako da je 2003. bio 75,1%. Nakon toga je počeo opadati, ali nešto manjim tempom nego u RH. U zadnjih tri godine je postotak pacijenata koji su klinički pregledani nešto veći nego u ostatku RH (43,5% u 2014., prema 40,0%). Usprkos ovom rastu, klinički pregledanih pacijenata u BPŽ je u promatranom periodu manje za 31,5% .



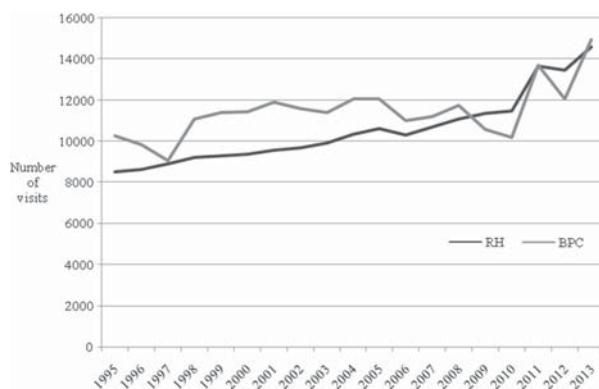
**Slika 2.** Prosječan broj osiguranika na listi LOM-a u BPŽ i RH od 1995. do 2013.

**Figure 2.** Average number of patients on FD lists in BPC and in Croatia, 1995–2013.



**Slika 3.** Postotno korištenja primarne zdravstvene zaštite u RH i BPŽ od 1995. do 2013.

**Figure 3.** Annual percentage of patients seeing their FD in BPC and in Croatia, 1995 – 2013.

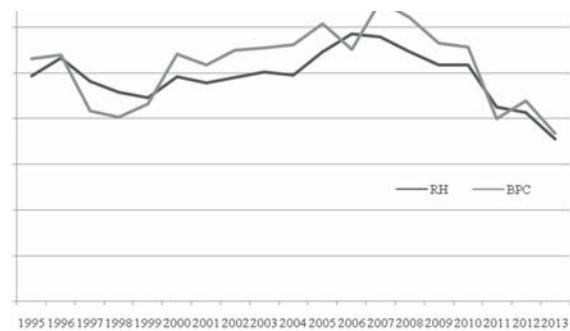


**Slika 4.** Prosječni broj posjeta po LOM-u u Hrvatskoj i BPŽ za razdoblje 1995. - 2013.

**Figure 4.** The average annual number of visits per FD in BPC and in Croatia, 1995 – 2013.

Stope upućivanja, postotak upućenih pacijenata prema broju ambulantnih posjeta je u RH rastao od 1995. godine (24,7% upućenih) do 2006. godine (29,3% upućenih). Nakon te godine stope upućivanja kontinuirano opadaju, tako da je u 2014. godini stopa bila 16,3% upućenih pacijenata u odnosu na posjete. Uz manje oscilacije, u BPŽ je ta stopa upućivanja bila veća; u 1995. godini je iznosila 26,5%, a u 2007. je iznosila 32,9%, nakon čega je počela opadati tako da je u 2014. godini iznosila 18,1% (sl 5).

Prosječan broj kućnih posjeta po jednom LOM-u u RH je bio u blagom porastu do 2004. godine, a od tada je u padu. U 1995. godini bilo je 157, u 2004. 180, a u 2014. godini prosječno 149,3 kućnih posjeta po jednom LOM. U BPŽ broj kućnih posjeta po jednom LOM-u je uglavnom bio niži nego u RH. Najniži prosječan broj kućnih posjeta zabilježen je 1995. godine kada je iznosio 87,5 posjeta, potom je uz oscilacije rastao, a najveći broj kućnih posjeta je zabilježen 2009. i iznosio je 183,1. Nakon 2009. godine i u BPŽ je zamijećen pad prosječnog broja kućnih posjeta po jednom LOM-u. U 2014. godini je zabilježen nagli rast u odnosu na 2013. godinu i premašio je hrvatski prosjek, sa 170,2 kućnih posjeta.



**Slika 5.** Kretanje stope upućivanja u RH i BPŽ od 1995. do 2013.

**Figure 5.** Specialist consultation/referral rates in BPC and in Croatia, 1995 – 2013.

Prosječan godišnji broj preventivnih i sistematskih pregleda po jednom LOM-u bio je relativno malen u RH i u BPŽ, s tendencijom opadanja tijekom perioda praćenja. U 1995. godini je u RH zabilježeno prosječno 38,5 pregleda po jednom LOM-u, uz blagi porast do 2002. godine, kada je zabilježeno 43,4 pregleda. Najmanji broj zabilježenih preventivnih i sistematskih pregleda u RH je bio u 2012. godini i iznosio je svega 8 pregleda po jednom LOM-u. U BPŽ je broj pregleda generalno manji od hrvatskog prosjeka, uz velike oscilacije, od nula pregleda u 1995., 1996. i 1998., do prosječno 109,9 pregleda zabilježenih u 1999. godini, dok je 2010. godine zabilježen najmanji broj preventivnih i sistematskih pregleda ukupno, 8,9 po timu. Nakon toga je i u ovoj županiji zabilježen pad preventivnih pregleda, na npr. prosječno 8,9 pregleda u 2010. godini, da bi u 2013. godini porastao na 39,5 pregleda po jednom LOM. U 2014. g. je u BPŽ i u RH zabilježen nagli porast broja preventivnih i sistematskih pregleda po jednom LOM (223,3 u BPŽ, a 59,3 u RH).

## Raspovrat

Rezultati 20-godišnjeg praćenja nedvojbeno upućuju na razlike u organizaciji i funkcioniranju obiteljske medicine u BPŽ u odnosu na Republiku Hrvatsku. Tijekom cjelokupnog razdoblja praćenja

u BPŽ je kontinuirano nedostajalo obiteljskih liječnika. Sukladno Mreži, u 2013. godini je nedostajalo 16 LOM-a; 17,4% je manje ugovoreno od planiranih, a u RH je 5,5% je manje ugovoreno. Od 16 LOM-a koji su nedostajali, njih 15 je nedostajalo u ruralnim područjima županije, a samo jedan u gradu.

Kao što je bilo za očekivati, zbog nedostatku liječnika je veći prosječan broj pacijenata na listi pojedinog LOM-a tijekom cijelog praćenja i veći je godišnji broj posjeta pacijenata ordinacijama OM u BPŽ. Navedeni pokazatelji upućuju na povećano radno opterećenje LOM-a, ali i na slabiju dostupnost OM u toj županiji. Zbog toga je najvjerojatnije i postotak korištenja OM manja u BPŽ nego u RH. Naime postotak bolesnika koji dolaze u ordinaciju OM godišnje je uvijek manji od prosjeka RH. Za pretpostaviti je da su sukladno tome i elementi koji opisuju funkcioniranje OM nepovoljniji u BPŽ nego u RH. Postotak bolesnika kod kojih je napravljen klinički pregled, te broj kućnih posjeta i broj preventivnih i sistematskih pregleda je manji od republičkog prosjeka, dok je stopa upućivanja u SKZ veća. Jedina razlika je veći postotak specijalista OM u BPŽ nego u RH. Međutim, važno je naglasiti da su razlike u promatranim parametrima između BPŽ i RH postale sve manje u zadnjim godinama praćenja, pretežito zbog toga što su republički parametri postajali nepovoljniji, kao npr. 26 LOM-a manje u 2014. u odnosu na 2013. godinu.

Rezultati brojnih istraživanja su ukazali na činjenice da su, odgovarajući broj liječnika u odnosu na broj stanovnika i njihova ravnomjerna geografska raspodjela, najvažniji elementi kojima se mjeri dostupnost i kvaliteta primarne zdravstvene zaštite<sup>19-21</sup>. Izgleda da su o toj činjenici vodili računa i kreatori Nacionalne strategije razvoja zdravstva u RH, jer su broj od 1500 pacijenata na jednog LOM definirali kao poželjan standard u budućnosti<sup>22</sup>. Istraživanja su pokazala da mali broj liječnika u PZZ, a u RH su pretežito LOM, i njihova udaljenost od populacije utječu ne samo

na stupanj korištenja i radno opterećenje LOM-a, nego može imati dalekosežnije dugoročne učinke i na zdravstvene pokazatelje<sup>23</sup>. Podaci iz SAD-a s početka 90-ih godina pokazuju da savezne države s većim omjerom liječnika u PZZ imaju bolje zdravstvene pokazatelje, poput niže stope općeg i specifičnog mortaliteta, niže smrtnosti dojenčadi, manji broj novorođenčadi s niskom porođajnom težinom i bolje pokazatelje subjektivnog osjećaja zdravlja<sup>24-25</sup>. Vogel i Ackerman su pokazali da je veći broj liječnika PZZ na broj stanovnika bio povezan i s dužim životnim vijekom<sup>26</sup>. Istraživanje smrtnosti od raka grlića maternice u Floridi pokazalo je da se povećanjem samo za jednog LOM-a na 10 000 stanovnika letalitet smanjuje za 0,65 na 100 000, pa bi povećanje broja LOM-ova za jednu trećinu dovelo do smanjenja te smrtnosti za 20%<sup>27</sup>. Da je broj liječnika PZZ važan za zdravstvene pokazatelje pokazala su istraživanja i u drugim zemljama. U Engleskoj je standardizirana smrtnost u dobi od 15 do 65 godina bila niža u područjima gdje je broj LOM-a veći. Svako povećanje za jednog liječnika na 10 000 stanovnika (što zapravo znači povećanje broja liječnika za 15-20%) bilo je povezano s padom mortaliteta za oko 6%<sup>28</sup>.

Naravno, na temelju naših rezultata se ne može zaključiti da su zdravstveni pokazatelji u BPŽ lošiji od republičkog prosjeka ili da su nastali zbog nedovoljnog broja LOM-a jer nam ti podaci nedostaju. Međutim, vidljiv je trajan nedostatak LOM-a uz preopterećenost obimom posla i posljedično slabije korištenje primarne zdravstvene zaštite. Rutinski prikupljeni podaci ukazuju na trendove, ali ne otkrivaju uzroke. Teško je reći je li primarno u pitanju nedostatak prostora gdje bi liječnici radili ili je nedovoljan interes za rad u OM, pa se liječnici ne javljaju na natječaje. U Cerniku se primjerice upravo uređuje novi prostor za dva planirana tima. Teško je prosuditi je li baš nedostatak liječnika i povećano radno opterećenje uzrok nepovoljnih pokazatelja OM u BPŽ, kao što je postotak klinički pregledanih pacijenata, postotak upućivanja ili broj kućnih posjeta. Preuzetno bi

bilo zaključivati o mogućim posljedicama opisanih kretanja i trenutnog stanja. Za to su potrebna dodatna istraživanja, i to na samom terenu BPŽ, na temelji druge vrste i načina prikupljanja podataka. Međutim, neovisno o ograničenjima ovog rada, organizatori zdravstvene zaštite u BPŽ morali bi voditi računa o ustanovljenim činjenicama i o mogućim dugoročnim posljedicama koje se naziru.

## Zaključak

Rezultati ovog istraživanja nedvojbeno upućuju na potrebu povećanja broja LOM-a u BPŽ, osobito u ruralnim područjima. To bi bio doprinos boljom dostupnosti OM populaciji, smanjilo bi preveliko radno opterećenje LOM-a, te doprinijelo boljoj kvaliteti tog segmenta zdravstvene zaštite.

## Zahvala

Rad je izrađen uz potporu Zaklade za razvoj obiteljske medicine, a posebnu zahvalu autori upućuju dr. Miru Benčiću za pomoć pri grafičkoj obradi dobivenih rezultata.

## Literatura

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju. NN 1993;(75)
2. Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta. NN 1996;(6).
3. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima. NN 2006;(54).
4. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora s zdravstvenim ustanovama i privatnim djelatnicima. NN 2005;(30), 2006;(19).
5. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN 2010;(43).
6. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN 2013;(43).
7. Mreža javne zdravstvene službe. NN 2012;(101).
8. Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. NN 2009;(158).
9. Pravilnik o rokovima najduljeg trajanja bolovanja. NN 2003;(5).
10. Vrcić Keglević M. Evaluation of the Croatian primary care. Coll Antropol 2014;38 (supl 2):1.
11. Vrcić Keglević M, Balint I, Cvetković I, Gaćina A. Organisational structure of the Croatian family practice: A longitudinal study based on routinely collected data. Coll Antropol 2014;38 (supl 2):3-9.
12. Smolković Lj, Kujundžić-Tiljak M, Tiljak H. Trends in general practitioners/family doctors workload in Croatia in period 1995.-2012. Coll Antropol 2014;38 (supl 2):19-24.
13. Sorić AM, Livaković Z, Martinović-Galijašević S, Vrcić Keglević M. Trends in referrals from Croatian family practice in relation to specialist consultations: A longitudinal observational study from 1995 to 2012. Coll Antropol 2014;38 (supl 2):43-8.
14. Javorić H, Topolovec-Nižetić V, Pavleković G. Home visits in Croatian family practice: a longitudinal study 1995-2012. Coll Antropol 2014;38(supl 2):55-9.
15. Nelken-Bestvina D, Kurc-Bionda A, Vojvodić Ž, Babić I, Pavleković G, Šošić Z. Trends in preventive activities for the adult population in family medicine in Croatia:1995-2012. Coll Antropol 2014;38(supl 2):61-6.
16. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi. 1995–2014. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1996.–2015.
17. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti opće obiteljske medicine u 2013.godini. Dostupno na: [www.hzzo.hr](http://www.hzzo.hr).
18. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva iz 2011. Dostupno na: [www.dzs.hr](http://www.dzs.hr).
19. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
20. WHO. The World Health report 2008: primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.

21. Gérvás J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract* 1994;11:307–17.
22. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012 – 2020. NN 2012;(116).
23. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003;38:831–65.
24. Shi L. The relationship between primary care and life chances. *J Health Care Poor Underserved* 1992;3:321–35.
25. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24:431–58.
26. Vogel RL, Ackermann RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *Int J Health Serv* 1998;28:183–96.
27. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med* 2003;35:60–4.
28. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England. Is there an association? *J Public Health Med* 2002;24:252–4.

# PROFILAKSA MIGRENSKIH GLAVOBOLJA LAMOTRIGINOM I TOPIRAMATOM

## LAMOTRIGINE AND TOPIRAMATE IN PROPHYLAXIS OF MIGRAINE HEADACHES

Irena Gašparić, Mateja Bošković

### Sažetak

Migrenска главоболја је интензивна пулсиралајућа хемикранија, праћена фотофобијом, фонофобијом, скинтилацијајућим скотомима, вегетативним симптомима, понекад и пролазним невролошким испадима. Мигрена има негативан утjecaj на емоционални и социо-економски живот pojedince, а позната је и повезаност с cerebrovaskularним болестима. Зато су профилакса и заустављање нападајуће мигрене битни у превенцији моžданог удара и побољшању квалитета живота. Пrikazana су наша искуства у профилактичкој примјени антиепилептика 4. генерације (lamotrigin и topiramat).

Cilj je bio utvrditi уčinkovitost tih antikonvulziva на број дана provedених без главоболје, на укупан дојам о побољшању квалитета живота, утјечaj на радну способност праћењем броја дана изостанка с посла и утјечaj профилаксе на тип и интензитет боли.

Резултати су показали да је према укупном дојму већина испitanika (95,4%) изјавила да профилакса антиепилептицима помаже у лечењу мигренске главоболје. Уочено је значајно смањење броја дана с главоболјом током године дана, као и значајан пад апсентизма због мигрене ( $\chi^2=16,952$ ,  $P<0,0001$ ), а 54 % испitanika је изјавило да уз профилаксу уопće не изостаје с посла. Такође је значајно смањен интензитет и тип боли.

**Ključне ријечи:** антиепилептици, мигрена, профилакса

### Summary

Migraine headache is an intense, pulsating hemicrania, accompanied by photophobia, phonophobia, scintillating scotomata, vegetative symptoms, and sometimes also by transient neurological deficits. Migraine adversely affects emotional and socio-economic life, and there is a correlation with cerebrovascular diseases. Relief and prophylaxis of migraine attack are very important in prevention of cerebral infarction and improvement in quality of life.

The paper presents our experience in the migraine prophylaxis using the 4th generation antiepileptic drugs (lamotrigine and topiramate). The objective was to determine efficacy of the anticonvulsant prophylaxis. We have analysed the number of days without headache, quality of life estimation, effects on working capacity evaluating the absenteeism rate, and effects on pain type and intensity. The majority of the patients (95.4 %) declared that antiepileptic prophylaxis improved their migraine. A significant reduction in headache days per year was observed, and absenteeism was significantly reduced ( $\chi^2= 16.952$ ,  $P<0.0001$ ) and eliminated in 54 % of the examinees. Pain intensity and type of were also significantly reduced.

**Keywords:** antiepileptic drugs, migraine, prophylaxis.

## Uvod

Migrena je intenzivna pulsirajuća glavobolja, obično unilateralna, praćena fotofobijom i fonofobijom, mučninom i povraćanjem, ponekad scintilirajućim skotomima. Smatra se da je u bolesnika s više od 4-6 napadaja mjesečno i ako napadaji traju duže od 48-72 sata, a ne prestaju na uobičajene analgetike, potrebno provesti profilaksu<sup>1</sup>. Prevencija se provodi antiepilepticima, beta blokatorima, antidepresivima, akupunturom i psihoterapijom zbog sličnog patofiziološkog mehanizma nastanka migrenske glavobolje i paroksizmalnih izbijanja moždane kore u epileptogenim aktivnostima<sup>2</sup>. Istraživanja su pokazala da bolesnici s migrenom imaju 12 puta veću incidenciju epilepsije od zdrave populacije. Često se migrenske glavobolje s aurom povezuju s kompleksnim parcijalnim atakama okcipitalnog ishodišta. Kod obje se javljaju vizualni fenomeni, s razlikama u trajanju i izgledu vidnih senzacija. Kod migrene se javljaju skotomi, bljeskanje i svjetlucanje pred očima, obično bezbojno i u cik-cak varijanti. Nerijetko se i kao klinička slika epilepsija javljaju vidne halucinacije i slike u boji.

Posebno je korisna primjena antiepileptika kod bolesnika koji imaju dizritmičke promjene u elektroencefalogramu (EEG) ili specifične epileptičke patološke valove<sup>3-5</sup>. Topiramat, u nas registriran pod zaštićenim imenima Epiramat, Tiramat, Topira i Topamax, odobren je i za profilaksu migrene. Lamotrin, u nas registriran pod zaštićenim imenima Arvind, Danoptin, Lamal, Lameptil, Lamictal, Lamotrin i Lamox, odobren je, izgleda, samo za liječenje epilepsije i bipolarnog poremećaja, premda je posebno učinkovit u profilaksi migrena s aurom<sup>4,5</sup>.

Cilj rada je prikazati učinkovitost profilakse lamotriginom i topiramatom u prevenciji migrenskih glavobolja. Za istraživanje je primijenjen upitnik o migreni. Analizirali smo tip i jačinu boli, učestalost migrenskih glavobolja, broj dana izostanka s posla prije i nakon uvođenja profilakse, ukupan dojam o učinkovitosti i poboljšanju kvalitete života pacijenata.

## Ispitanici i metode

U ovom opservacijskom istraživanju koje je provedeno u Poliklinici za neurologiju Opće županijske bolnice Požega u razdoblju od 2009. do 2014. godine uključeno je ukupno 55 bolesnika s migrenom, od toga 42 žene i 12 muškaraca. Kriteriji za uključenje su bile migrenozne glavobolje s aurom i bez aure, s pratećim neurološkim ispadima, fotofobijom i fonofobijom koje se javljaju više od 4 puta mjesečno.

U prevenciju smo uključili antiepileptičku terapiju (AET) topiramat i lamotrin. Topiramat je primijenjen u dnevnoj dozi od 25-150 mg, a lamotrin u dozi do 50-100 mg. Početne doze su kod svakog bolesnika spočetka bile najniže, a potom se postepeno povećavale do kliničke djelotvornosti.

Za potrebe istraživanja sastavljen je upitnik s podacima o jačini i tipu glavobolje prema dobi i spolu, pratećim neurološkim ispadima, broju dana izostanka s posla i ukupnom dojmu o jačini boli prije i nakon uvođenja profilakse (prilog 1).

## Statističke metode

Kategoriski podaci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci su opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategoriskih varijabli su testirane  $\chi^2$  testom, po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Razlika u učestalosti izostanaka s posla prije i poslije uvođenja profilakse testirana je testom marginalne homogenosti. Sve P vrijednosti su dvostrane, uz razinu značajnosti <0,05. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

## Rezultati

Istraživanje je provedeno na 55 ispitanika, od kojih je 24 (43,6%) za profilaksu uzimalo topiramat, a 31 (56,4%) lamotrigin. Muškaraca je bilo 17 (30,9%), a žena 38 (69,1%), podjednako prema skupinama (tbl. 1).

**Tablica 1.** Ispitanici prema profilaksi i spolu

**Table 1.** Examinees according to prophylaxis and sex

	Broj (%) ispitanika			P*
	Topiramat	Lamotrigin	Ukupno	
<b>Spol</b>				
Muškarci	7 (29,2)	10 (32,3)	17 (30,9)	0,950
Žene	17 (70,8)	21 (67,7)	38 (69,1)	
Ukupno	24 (100)	31 (100)	55 (100)	

\*Fisherov egzaktni test

Srednja dob ispitanika iznosila je 38 godina (interkvartilnog raspona 32 – 46 godina), bez značajnih razlika prema spolu ili skupinama (tbl. 2).

**Tablica 2.** Dob ispitanika prema spolu i skupinama

**Table 2.** Age of examinees according to sex and groups

	Medijan dobi (interkvartilni raspon)	z	P*
<b>Spol</b>			
Muškarci	38 (32,5 – 45,5)	-0,301	0,764
Žene	38,5 (32 – 46,5)		
<b>Skupine prema profilaksi</b>			
Topiramat	36,5 (31 – 41,7)	-1,682	0,093
Lamotrigin	40 (34 – 48)		
Ukupno	38 (32 – 46)		

\*Mann Whitney U test

Svi ispitanici su prije profilakse AET imali migrenске glavobolje više od 4 puta mjesечно, bol je najčešće bila jaka, u 47 (85,5%) ispitanika, a prema tipu za većinu, njih 44 (80%) pulsirajuća. Pridružene simptome u vidu mučnine i povraćanja,

scintilirajućih skotoma i fotofobije imalo je više od 60% ispitanika, bez značajnih razlika prema spolu. Neurološke ispadne u vidu trnjenja lica, ruku i otežanog govora češće su imali muškarci (tbl. 3).

Nije bilo značajnih razlika u učestalosti migrenskih napada ( $\chi^2$  test, ss=1, P=0,397), intenziteta ( $\chi^2$ , ss=1, P=0,067) i tipa boli ( $\chi^2$ , ss=2, P=0,082) prema profilaksi (tbl. 4).

Sve ispitanike je glavobolja ometala u obavljanju svakodnevnih poslova. Analizom broja dana izostanka s posla prije uvođenja profilakse, 24 (43,6%) je izostajalo zbog glavobolje 1-2 dana, 12 (21,8%) 2-3 dana, a 19 (34,5%) uopće nije izostajalo s posla zbog glavobolje. Najčešći izbor terapije bio je zolmitriptan, kod 21 (38,2%) ispitanika, a sumatriptan za 17 (30,9%), podjednako po spolu (tbl. 5) i vrsti profilakse (tbl. 6).

Nije opaženo statistički značajno smanjenje izostajanja s posla prije i poslije uvođenja profilakse prema skupinama (tbl. 7).

Svi su ispitanici uzimali samo jedan AET. Većina, 53 ili 96,4% navelo je da im AET pomaže u prevenciji hemikranije. Učestalost migrenskih glavobolja od svega 1 – 2 tijekom godine dana uz profilaksu navelo je 35 (63,6%) ispitanika, a 17 (30,9%) je bilo bez glavobolje, bez bitne razlike između skupina ( $\chi^2=1,845$ , ss=2, P=0,397). Kod 39 (72,2%) ispitanika došlo je do smanjenja boli, a 15 (27,8%) ispitanika navodi djelomično poboljšanje, opet bez razlika između skupina ( $\chi^2=0,166$ , ss=1, P=0,684). Jedan ispitanik nije odgovorio na pitanje o boli. Da ne izostaju s posla te da nisu uskraćeni za svakodnevne aktivnosti nakon uvođenja profilakse AET navelo je 30 (54,5%) ispitanika, podjednako po skupinama (tbl. 7 i 8).

Usporedbom podataka s tbl. 5 i 6 s onima sa tbl. 7 i 8 jasno se uočava izrazito smanjenje izostanaka s posla zbog migrane ( $\chi^2=16,952$ , ss=2; P<0,0001), bez značajnih razlika između ispitivanih lijekova, lamotrigina i topiramata ( $\chi^2=0,034$ , ss=2, P=0,983; tbl. 8).

**Tablica 3.** Učestalost migrena, tip i jačina boli prema spolu**Table 3.** Migraine frequency, type and pain intensity according to sex

		Broj (%) ispitanika				
		Muškarci	Žene	Ukupno		
<b>Učestalost migrenskih glavobolja (prije terapije)</b>						
više od 4 puta mjesečno		17 (100)	38 (100)	55 (100)	-	-
Intenzitet boli (prije uzimanja AET)	Umjerena	3 (17,6)	5 (13,2)	8 (14,5)	0,190 (1*)	0,663
	Jaka	14 (82,4)	33 (86,8)	47 (85,5)		
	Ukupno	17 (100)	38 (100)	55 (100)		
Tip boli	Tupa	1 (5,9)	2 (5,3)	3 (5,5)	1,646 (2)	0,439
	Pulsirajuća	12 (70,6)	32 (84,2)	44 (80)		
	Stezajuća	4 (23,5)	4 (10,5)	8 (14,5)		
	Ukupno	17 (100)	38 (100)	55 (100)		
<b>Pridruženi simptomi</b>						
Mučnina, povraćanje		11 (64,7)	26 (68,4)	37 (67,3)	0,074 (1)	0,786
Scintilirajući skotomi		8 (47,1)	27 (71,1)	35 (63,6)	2,922 (1)	0,087
Fotofobija (preosjetljivost na svjetlost)		11 (64,7)	27 (71,1)	38 (69,1)	0,222 (1)	0,638
Fonofobija (preosjetljivost na zvuk)		8 (47,1)	14 (36,8)	22 (40)	0,511 (1)	0,475
Neurološki ispadni (trnjenje lica, ruke, otežan govor)		5 (29,4)	2 (5,3)	7 (12,7)	6,167 (1)	0,013

\*stupnjevi slobode (ss) za  $\chi^2$  test**Tablica 4.** Učestalost migrena, tip i jačina boli prema skupinama**Table 4.** Migraine frequency, type and pain intensity according to groups

		Broj (%) ispitanika			$\chi^2$ test	P*
		Topiramat	Lamotrin	Ukupno		
<b>Učestalost migrenskih glavobolja (prije terapije)</b>						
više od 3 puta mjesečno		24 (100)	31 (100)	55 (100)	-	-
Intenzitet boli (prije uzimanja AET)	Umjerena	6 (25)	2 (6,5)	8 (14,5)	3,744	0,053
	Jaka	18 (75)	29 (93,5)	47 (85,5)		
	Ukupno	24 (100)	31 (100)	55 (100)		
Tip boli	Tupa	3 (12,5)	0	3 (5,5)	5,008	0,082
	Pulsirajuća	19 (79,2)	25 (80,6)	44 (80)		
	Stezajuća	2 (8,3)	6 (19,4)	8 (14,5)		
	Ukupno	24 (100)	31 (100)	55 (100)		
<b>Pridruženi simptomi</b>						
Mučnina, povraćanje		19 (79,2)	18 (58,1)	37 (67,3)	2,736	0,098
Scintilirajući skotomi		12 (50)	23 (74,2)	35 (63,6)	3,422	0,064
Fotofobija (preosjetljivost na svjetlost)		16 (66,7)	22 (71)	38 (69,1)	0,117	0,732
Fonofobija (preosjetljivost na zvuk)		8 (33,3)	14 (45,2)	22 (40)	0,789	0,375
Neurološki ispadni (trnjenje lica, ruke, otežan govor)		4 (16,7)	3 (9,3)	7 (12,7)	0,595	0,441

**Tablica 5.** Utjecaj glavobolje na posao prema spolu**Table 5.** Influence of headache to work according to sex

	Broj (%) ispitanika			$\chi^2$	P
	Muškarci	Žene	Ukupno		
<b>Glavobolja ih ometa u obavljanju svakodnevnih poslova</b>					
Da	17 (100)	38 (100)	55 (100)	-	-
<b>Koliko dana mjesечно izostajete s posla radi migrene</b>					
1 – 2 dana	8 (47,1)	16 (42,1)	24 (43,6)	1,519 (2*)	0,468
2 – 3 dana	2 (11,8)	10 (26,3)	12 (21,8)		
ne izostaju zbog glavobolje	7 (41,2)	12 (31,6)	19 (34,5)		
Ukupno	17 (100)	38 (100)	55 (100)		
<b>Koji lijek koriste u terapiji</b>					
Sumatriptan	6 (35,3)	11 (28,9)	17 (30,9)	2,481 (3)	0,479
Rizatriptan	4 (23,5)	10 (26,3)	14 (25,5)		
Zolmitriptan	5 (29,4)	16 (42,1)	21 (38,2)		
neki drugi lijek li NSAR	2 (11,8)	1 (2,6)	3 (5,5)		
Ukupno	17 (100)	38 (100)	55 (100)		

\*stupnjevi slobode (ss) za  $\chi^2$  test**Tablica 6.** Utjecaj glavobolje na posao prema skupinama (prije uvođenja AET)**Table 6.** Influence of headache to work according to groups (before introducing AET)

	Broj (%) ispitanika			$\chi^2$	P*
	Topiramat	Lamotrigin	Ukupno		
<b>Glavobolja ih ometa u obavljanju svakodnevnih poslova</b>					
Da	24 (100)	31 (100)	55 (100)	-	-
<b>Koliko dana mjesечно izostajete s posla radi migrene</b>					
1 – 2 dana	9 (37,5)	15 (48,4)	24 (43,6)	1,011 (2*)	0,603
2 – 3 dana	5 (20,8)	7 (22,6)	12 (21,8)		
ne izostaju zbog glavobolje	10 (41,7)	9 (29)	19 (34,5)		
Ukupno	24 (100)	31 (100)	55 (100)		
<b>Koji lijek koriste u terapiji</b>					
Sumatriptan	9 (37,5)	8 (25,8)	17 (30,9)	7,286 (3)	0,063
Rizatriptan	3 (12,5)	11 (35,5)	14 (25,5)		
Zolmitriptan	9 (37,5)	12 (38,7)	21 (38,2)		
neki drugi lijek li NSAR	3 (12,5)	0	3 (5,5)		
Ukupno	24 (100)	31 (100)	55 (100)		

\*stupnjevi slobode (ss) za  $\chi^2$  test

**Tablica 7.** Učestalost izostajanja s posla prije i poslije uvođenja profilakse (prema skupinama)**Table 7.** Frequency of absenteeism before and after introduction of prophylaxis (by groups)

	Broj (%) ispitanika prema izostajanju s pola prije uvođenja profilakse				P*
	1 – 2 dana	2 – 3 dana	0 dana	Ukupno	
<b>Topiramat</b>					
Izostajanje s posla poslije uvođenja profilaske	1 – 2 dana	3/9	4/5	3/10	10/24
	2 – 3 dana	1/9	0	0	1/24
	0 dana	5/9	1/5	7/10	13/24
	<b>Ukupno</b>	<b>9/9</b>	<b>5/5</b>	<b>10/10</b>	<b>24/24</b>
<b>Lamotrinig</b>					
Izostajanje s posla poslije uvođenja profilaske	1 – 2 dana	5/15	3/7	5/9	13/31
	2 – 3 dana	0	1/7	0	1/31
	0 dana	10/15	3/7	4/9	17/31
	<b>Ukupno</b>	<b>15/15</b>	<b>7/7</b>	<b>9/9</b>	<b>31/31</b>

\*test marginalne homogenosti

**Tablica 8.** Učestalost migrene, tip boli i jačina uz AET prema skupinama**Table 8.** Migraine frequency, type of pain and its intensity with AET by groups

	Broj (%) ispitanika			$\chi^2$ test	P*
	Topiramat	Lamotrinig	Ukupno		
<b>Uzimaju AET za prevenciju migrene</b>	<b>24 (100)</b>	<b>31 (100)</b>	<b>55 (100)</b>	-	-
AET im pomaže u prevenciji (opći dojam)	23 (95,8)	30 (96,8)	53 (96,4)	0,034	0,853
<b>Učestalost migrenske glavobolje uz AET terapiju (tijekom godinu dana)</b>					
1 – 2 glavobolje	13 (54,2)	22 (71)	35 (63,6)	1,845 (2*)	0,397
2 – 3 glavobolje	2 (8,3)	1 (3,2)	3 (5,5)		
<b>bez glavobolje</b>	<b>9 (37,5)</b>	<b>8 (25,8)</b>	<b>17 (30,9)</b>		
Ukupno	24 (100)	31 (100)	55 (100)		
<b>Je li došlo do smanjenja boli uz terapiju AET</b>					
Da	18 (75)	21 (70)	39 (72,2)	0,166	0,684
Djelomično poboljšanje	6 (25)	9 (30)	15 (27,8)		
Ukupno	24 (100)	30 (100)	54 (100)		
<b>Koliko dana mjesečno izostaju s posla ili su uskraćeni za svakodnevne aktivnosti nakon uvođenja profilakse AET</b>					
1 – 2 dana	10 (41,7)	13 (41,9)	23 (41,8)	0,034 (2)	0,983
2 – 3 dana	1 (4,2)	1 (3,2)	2 (3,6)		
0 dana	13 (54,2)	17 (54,8)	30 (54,5)		
Ukupno	24 (100)	31 (100)	55 (100)		

\*stupnjevi slobode (ss) za  $\chi^2$  test

## Rasprava

Migrena je po međunarodnoj klasifikaciji glavobolja primarna glavobolja, a može biti epizodna i kronična migrenska glavobolja, s aurom i bez aure, s pratećim neurološkim ispadima. Oko 60% bolesnika ima pozitivnu obiteljsku anamnezu. Prema podacima iz literature javlja se u 6-29% žena i 3%-12% muškaraca<sup>4-5</sup>.

Kronične migrenske glavobolje su povezane s komorbiditetom, teškom socijalnom i emocionalnom situacijom. U konačnici mogu rezultirati i pojavom vaskularnih lakunarnih lezija, a i opsežnijih infarkta mozga. Opisana je i disekcija krvnih žila vrata povezana s migrenom, s pojmom cerebrovaskularnog inzulta. Lipton i suradnici su objavili podatak da oko 36 milijuna Amerikanaca ima migrenu<sup>6</sup>.

Profilaktičko suzbijanje migrene pokazalo se klinički učinkovitim: osim antikonvulziva primjenjuju se salicilati, beta blokatori, botulinum toksin, antidepresivi<sup>1-5</sup>. Postoji povezanost u patofiziološkom mehanizmu nastanka glavobolje i epilepsije. Paroksizmalna pojava glavobolje i pratećih neuroloških ispada slična je epileptogenom izbijanju, što je dovelo je do primjene AET u prevenciji migrene. Ne smije se zanemariti ni uloga psihoterapije, relaksacije muzikoterapijom ili plesom, te tjelovježbe. U slučaju pojave više od 4-6 migrenskih glavobolja mjesечно preporuča se uvesti profilaksa<sup>1-4</sup>. Izbor lijekova ovisi o različitim iskustvima kliničara, socio-ekonomskim pitanjima bolesnika, psihološkim faktorima. Najčešće se propisuju lijekovi iz skupine antiepileptika i antidepresiva, zatim vitamini, biljni pripravci, psihološke metode relaksacije<sup>1</sup>.

Antiepileptici su se u niskim dozama pokazali iznimno učinkoviti, s malo nuspojava, bez nepovoljnog utjecaja na radnu sposobnost. Početna doza lijeka treba biti uvek najniža, uz postepeno povećanje do maksimalne učinkovitosti. Istraživanja su pokazala da je potrebno 8-12 tjedana da se postigne pravi učinak lijeka<sup>7</sup>. Studije o

učinkovitosti topiramata su pokazale da je potrebna kontinuirana primjena terapije kroz 26 tjedana da bi se postiglo kliničko poboljšanje, odnosno prestanak glavobolje<sup>8-10</sup>. Većina autora drži da je za značajno smanjenje broja migrenskih glavobolja potrebno 3-6 mjeseci profilaktičke terapije<sup>7-12</sup>. Osim medikamentne prevencije potrebno je promijeniti navike i stil života. Pretjerano konzumiranje kofeina, alkohola, dugotrajni boravak na suncu, hormonske promjene, promjene atmosferskog tlaka i psihička napetost mogu biti uzročnici migrene<sup>1,10-12</sup>.

U našem nekontroliranom istraživanju je preko 95% ispitanika izjavilo da im AET pomaže u liječenju i profilaksi migrenskih glavobolja. Značajan broj ispitanika (30,9%) nije imao ni jednu glavobolju tijekom godinu dana, a kod 63,6% uočeno je smanjenje učestalosti glavobolja na 1-2 godišnje. Poznato je da se migrene češće javljaju u žena nego u muškaraca, što je uočeno i na našem uzorku. Po uvođenju AET bitno je smanjen broj izostanaka s posla zbog glavobolje ( $P<0,0001$ ), bez razlika između lamotrigina i topiramata ( $P=0,983$ ). Postignuto je i znatno smanjenje intenziteta i tipa boli. Prije uvođenja AET profilakse 47 ispitanika je izjavilo da je bol jaka, a po tipu boli njih 44 je izjavilo da je pulsirajuća. Pridružene simptome u vidu mučnine, povraćanja, scintilirajućih skotoma, fotofobije i fonofobije imalo je više od 60% ispitanika, bez značajnijih razlika prema spolu. Prateći neurološki ispadi su nešto češće opaženi u muškaraca ( $P = 0,013$ ). Uvođenjem profilakse došlo je do izrazitog smanjenja intenziteta boli kod 39 (72,2%) ispitanika, a 15 (27,8%) ih je navelo djelomično poboljšanje, dok jedan ispitanik nije odgovorio na to pitanje. Postignuto je i smanjenje dana provedenih s glavoboljom tijekom godinu dana, što poboljšava kvalitetu života pacijenata s migrenom.

Provedeno je otvoreno istraživanje bez randomiziranja i kontrolne skupine, što znatno ograničava relevantnost prikazanih rezultata. Podaci su osim toga dobiveni samo putem upitnika

o migreni, pa predstavljaju odraz subjektivnog dojma pacijenata. Potrebno bi bilo ove ishode provjeriti na većem broju ispitanika, uz kontrolu skupinu i primjerenu randomizaciju.

## Zaključak

Naše istraživanje je pokazalo učinkovitost AET u većine bolesnika s učestalim napadajima migrene. Bitno se smanjio intenzitet i tip боли. Godišnja učestalost migrenskih glavobolja značajno se smanjila, kao i stopa apsentizma, a poboljšala se i emocionalna te socio-ekonomska kvaliteta života.

## Literatura

1. Moloney MF, Johnson CJ. Migraine headaches: diagnosis and management. *J Midwif Womens Health* 2011; 56:282-92.
2. Garza I, Swanson JW. Prophylaxis of migraine. *Neuropsych Dis Treat* 2006;2:281-91.
3. Mathew NT. Antiepileptic drugs in migraine prevention. *Headache* 2001; 41 (supl 1):S18-24.
4. Chronicle E, Mulleners W. Anticonvulsive drugs for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Rev* 2004;3:CD003226.
5. Shahien R, Beirut K. Preventive agents for migraine: focus on the antiepileptic drugs. *J Cent Nerv Syst Dis* 2012;6:4:37-49.
6. Lipton RB, Silberstein SD. Episodic and chronic migraine headache: breaking down barriers to optimal treatment and prevention. *Headache* 2015;55 (supl 2): 103-22.
7. Linde M, Melleners W, Chronicle EP, McCrory DC. Antiepileptics other than gabapentin, pregabalin, topiramate and valproate for prophylaxis of episodic migraine in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD10608.
8. Linde M, Melleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Topiramate for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD010610.
9. Fallah R, Divanizadeh MS, Karimi M, Mirouiae M, Shamszadeh A. Topiramate and propranolol for prophylaxis of migraine. *Indian J Pediatr* 2013; 80:920-4.
10. Vecsei L, Majlath Z, Szok D, Csati A, Tajti J. Drug safety and tolerability in prophylactic migraine treatment. *Expert Opin Drug Saf* 2015; 13: 1-15.
11. Vuković V, Lovrenčić-Huzjan A, Bosnar-Puretić M, Demarin V. The efficacy of gabapentin in migraine prophylaxis: an observational open label study. *Acta Clin Croat* 2009; 48:145-51.
12. Pringsheim T, Davenport WJ, Becker WJ. Prophylaxis of migraine headache. *CMAJ* 2010; 182:e269-76.

**Prilog 1.****UPITNIK O MIGRENI**

Ime i prezime bolesnika

Spol M Ž

Dob

**Pitanja za bolesnika prije uvođenja preventivne terapije:**

Koliko često se javljaju migrenske главоболје:

1. 1-2x mjesečno
2. 2-3x mjesečno
3. >3x mjesečno

Intenzitet boli (prije uzimanja AET)

1. Slaba bol
2. Umjerena bol
3. Jaka bol

Tip boli (prije AET)

1. Tupa bol
2. Pulsirajuća
3. Stezajuća

Pridruženi simptomi:

1. Mučnina, povraćanje
2. Scintilirajući skotomi
3. Fotofobija ( preosjetljivost na svjetlo)
4. Fonofobija ( preosjetljivost na zvuk)
5. Neurološki ispadi  
(trnjenje lica, ruke ili otežan govor)

Da li vas главоболја ometa u obavljanju svakodnevnih aktivnosti:

1. Da
2. Ne

Koliko dana mjesečno izostajete s posla radi

migrene:

1. 1-2
2. 2-3
3. >3
4. 0

Koji lijek koristite u terapiji:

1. sumatriptan
2. rizatriptan
3. zolmitriptan
4. neki drugi lijek ili NSAR

Uzimate li AET za prevenciju migrene:

1. Da
2. Ne

Pomaže li Vam topirammat ( ili lamotrigin) u prevenciji migrene ( opći dojam):

1. Da
2. Ne

Učestalost migrenske главоболје uz terapiju topiramatom ili lamotriginom tijekom godine dana:

1. 1-2 главоболје
2. 2-3 главоболје
3. >3 главоболје
4. bez главоболјe

Da li se smanjio intenzitet boli uz terapiju topiramatom (ili lamotriginom):

1. DA
2. NE
3. Djelomično poboljšanje

Koliko dana mjesečno izostajete s posla ili ste uskraćeni za svakodnevne aktivnosti nakon uvođenja profilakse topiramatom (ili lamotriginom):

1. 1-2
2. 2-3
3. >3
4. 0

# ZBRINJAVANJE KARDIOVASKULARNIH ČIMBENIKA RIZIKA U BOLESNIKA S TEŠKIM PSIHIČKIM BOLESTIMA

## MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH SEVERE MENTAL DISEASES

Suzana Maltar Zorić

### Sažetak

Kardiovaskularne bolesti (KVB) su vodeći uzrok smrtnosti u općoj populaciji. Teške psihičke bolesti (TPB), shizofrenija i depresija, povezane su s povećanim morbiditetom i mortalitetom općenito, posebno zbog KVB. Istraživanja pokazuju da pacijenti s TPB žive 15-30 godina kraće od opće populacije i da imaju veću prevalenciju promjenjivih KV čimbenika rizika (pretilost, dislipidemija, dijabetes, hipertenzija, pušenje). Postoji paradox u liječenju shizofrenije: boljim otkrivanjem i liječenjem osnovnih simptoma smrtnost se povećava. Uzroci su nuspojave korištenih lijekova i nejednako pružanje zdravstvene zaštite ovim „obilježenim“ bolesnicima. I u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) postoje razlike u dostupnosti i provođenju skrbi: zbog percepcije da pacijenti s TPB remete posao, liječnici osjećaju se nelagodno, nisu dovoljno educirani ali i nemaju vremena za pružanje cijelovite PZZ. Bolesnici s TPB imaju brojne komorbiditete, a osobito čimbenike rizika KVB pa treba zauzeti proaktivni stav u njihovom otkrivanju i liječenju. Iako nam psihopatologija otežava taj posao ne smijemo biti sudionici u diskriminirajućem odnosu prema tim bolesnicima.

**Ključne riječi:** kardiovaskularne bolesti, shizofrenija i depresija, kardiovaskularni čimbenici rizika, prevencija, liječenje

### Summary

Cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of mortality in general population. Severe mental illness (SMI), such as schizophrenia and depression, is associated with increased morbidity and mortality, especially from CVD. Life expectancy of SMI patients is 15-30 years shorter in comparison with the general population and have a higher prevalence of key modifiable CVD risk factors, such as obesity, dyslipidemia, diabetes mellitus, hypertension and smoking. There is a paradox in the treatment of schizophrenia: with advancement in detection and management of its main symptoms, its mortality rate increases. The causes may lie in the side effects of medication, but also in disparities in health care provision. In primary care there are additional differences in achieving adequate health care since doctors feel uncomfortable treating SMI patients, have insufficient knowledge, skills and time to provide comprehensive care. Moreover, SMI patients often have a number of comorbidities and elevated CVD risk factors which family doctor needs to be aware of. It is necessary to be proactive in the detection and treatment of these risk factors. Although psychopathology complicates the job, family doctor must not participate in discrimination of SMI patients.

**Key words:** cardiovascular disease, schizophrenia and depression, cardiovascular risk factors, prevention, treatment.

## Uvod

Kardiovaskularne bolesti (KVB) su vodeći uzrok smrtnosti u općoj populaciji. U KVB ubrajamo koronarnu bolest (KB), cerebrovaskularnu bolest (CVB) i perifernu arterijsku bolest (PAB). Teške psihičke bolesti (TPB) kao što su shizofrenija, bipolarni poremećaj i depresija povezane su s povećanim morbiditetom i mortalitetom općenito, a osobito s KVB. Istraživanja su pokazala da pacijenti koji boluju od TPB imaju za 15-30 godina kraći životni vijek u odnosu na opću populaciju<sup>1</sup>. Prosječno očekivano trajanje života u općoj populaciji je 76 godina (72 za muškarce i 80 za žene) dok kod pacijenata sa shizofrenijom iznosi samo 61 godinu (57 za muškarce i 65 za žene). Dakle pacijenti sa shizofrenijom imaju za 20% smanjeno očekivano trajanje života u odnosu na opću populaciju. Iako je vjerojatnost samoubojstva 10-20 puta veća u ovih bolesnika, ipak će ih dvije trećine umrijeti od KVB u usporedbi s oko polovicom u općoj populaciji<sup>2</sup>.

Još su 1994. godine finski autori<sup>3</sup> utvrdili povezanost depresije i većeg morbiditeta i mortaliteta od KVB. Kasnijim istraživanjima je utvrđeno da je depresija neovisan čimbenik rizika KVB. Odnos između depresije i KVB se može okarakterizirati kao kontinuirani dvosmjerni proces koji započinje u mladosti jer kao što je depresija čimbenik rizika za KVB tako može biti i njena posljedica<sup>3,4</sup>. Bolesnici s TPB imaju veću prevalenciju ključnih promjenjivih rizičnih čimbenika za KVB, a to su pretilost, dislipidemija, dijabetes (T2DM), hipertenzija i pušenje<sup>5</sup>. U američkoj studiji CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*)<sup>6</sup>, u kojoj je bilo uključeno 689 pacijenata sa shizofrenijom, 68% je bilo pušača u odnosu na 35% u kontrolnoj skupini, 13% je imalo T2DM u odnosu na 3% u kontrolnoj skupini te 27% pacijenata je imalo hipertenziju u odnosu na 17% u kontrolnoj skupini. Skrb za te bolesnike je otežana zbog loše suradljivosti ovih pacijenata, ali i nedovoljne angažiranosti medicinskog osoblja u otkrivanju, praćenju i liječenju navedenih

čimbenika rizika. U CATIE studiji čak 88% pacijenata s dislipidemijom nije primalo nikakvu terapiju, 62% pacijenata s hipertenzijom i 38% s T2DM nije liječeno<sup>6</sup>.

Standardizirana stopa smrtnosti pacijenata sa shizofrenijom pokazuje linearan porast u posljednja 3 desetljeća dok se dobno standardizirana stopa smrtnosti u općoj populaciji u cijelom svijetu smanjuje zbog bolje zdravstvene zaštite. Ta se razlika s vremenom povećava. Treba osvijestiti postojeći paradoks u liječenju shizofrenije. Kako postajemo bolji u otkrivanju i liječenju osnovnih simptoma shizofrenije tako se stopa specifične smrtnosti povećava<sup>7</sup>. Uzroci tome leže u nuspojavama djelotvornih lijekova, ali i u slabijem pružanju zdravstvene zaštite<sup>7,8</sup>.

## Dostupnost i kvaliteta zdravstvene zaštite

Preporuka Svjetske zdravstvene organizacije je da osobe s TPB imaju pravo na zdravstvenu zaštitu jednaku onoj koja se pruža općoj populaciji. Međutim, studije su pokazale da su osobe sa psihičkim bolestima lošije zbrinute kako u primarnoj tako i u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti<sup>8,9</sup>. Tako npr. psihotični bolesnici imaju veću smrtnost unutar 28 dana i unutar godine dana nakon KVB incidenta, ali i niži udio provedenih koronarografija, perkutanih transluminalnih angioplastika i ugradnje koronarnih premosnica u odnosu na opću populaciju. Također im se propisuje značajno manje beta blokatora i statina<sup>10</sup>. Rjeđe se provodi cerebralna angiografija, manje se u terapiju uvodi indicirani varfarin, a imaju i lošiji ishod nakon kirurških zahvata<sup>11</sup>.

I u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) postoje razlike u dostupnosti, ali i u pružanju zdravstvene zaštite od strane liječnika, što zbog percepcije da pacijenti sa TPB remete njihov rad, liječnici se osjećaju nelagodno liječeći ih, nemaju dovoljno znanja i vještina ali i zbog nedostatka vremena za pružanje cjelovite zdravstvene zaštite<sup>11,12</sup>.

Neka istraživanja su pokazala da u PZZ postoji ambivalencija liječnika prema pacijentima koji boluju od TPB. Iako je većina liječnika obiteljske medicine tako uključena u liječenje ovih pacijenta i prihvaci odgovornost i za njihovo fizičko zdravlje, neki liječnici ne obraćaju pozornost na otkrivanje i liječenje kardiovaskularnih i respiratornih rizičnih čimbenika u ovoj populaciji. To ukazuje na mogućnost suboptimalnog pružanja zdravstvene zaštite i nedostatak podudarnosti između percepcije odgovornosti i ponašanja u praksi<sup>13</sup>.

## Čimbenici rizika KVB

### 1. Pretilost

Psihofarmaci (antipsihotici, antidepresivi i stabilizatori raspoloženja) su efikasni i neizostavni u liječenju TPB. Međutim mnogi od njih imaju neželjene učinke i povećavaju rizik KVB porastom tjelesne težine (TT) i lipida, a onda posredno djelujući na pojavnost hipertenzije i T2DM. Povećanje TT uzrokovano uporabom antipsihotika je zabilježeno, ovisno o istraživanjima, u 15-72% pacijenata. Antidepresivi (najčešće triciklički te nitrazepin i paroksetin) i stabilizatori raspoloženja (litij i valproat) su također povezani s povećanjem TT. Mehanizmi koji dovode do lijekom uzrokovane pretilosti su složeni i nisu do kraja razjašnjeni, ali glavni mehanizam je povećanje apetita i smanjena fizička aktivnost zbog sedativnog učinka<sup>14</sup>.

### 2. Dislipidemija i metabolički sindrom

Antipsihotici druge generacije (ADG), koji djelotvorno suzbijaju simptome TPB također dovode do paradoksa – povećane smrtnosti u ovih bolesnika zbog svojih nuspojava. Uzrokujući značajno povećanje TT dovode do poremećaja metabolizma glukoze i lipida, inzulinske rezistencije i posljedično razvoja metaboličkog sindroma (MetS). Incidencija MetS kod bolesnika sa shizofrenijom liječenih ADG-om, nakon 3 godine se gotovo utrostručila u odnosu na incidenciju MetS u onih koji su liječeni antipsihoticima prve generacije (APG)

(27,8% : 9,8%)<sup>15</sup>. MetS se definira kao skupina KV rizičnih čimbenika koji su povezani s inzulinskou rezistencijom, a to su visceralna pretilost, dislipidemija, povišeni arterijski tlak i intolerancija glukoze. Prisutnost tri ili više navedenih čimbenika čini sastavnice MetS-a.

NCEP klinički kriteriji za MetS<sup>16</sup>: abdominalna pretilost, opseg struka ( $M > 102$  cm,  $\bar{Z} > 88$  cm), trigliceridi ( $> 1,7$  mmol/l), HDL kolesterol ( $M < 1,03$  mmol/L  $\bar{Z} < 1,29$  mmol/l), arterijski tlak  $> 130/85$  mm Hg, glukoza natašte  $> 5,6$  mmol/l.

Nemaju svi ADG jednaki potencijal razvoja MetS. Klozapin i olanzapin dovode do najvećeg povećanja TT. Pacijenti koji ih koriste imaju povećane razine inzulina natašte i postprandijalno, iako ti lijekovi nemaju utjecaja na funkciju beta stanica. Lijekovi koji najviše dovode do povećanja TT uzrokuju i najveće povećanje ukupnog i LDL kolesterola te triglicerida, a dovode i do smanjenja HDL kolesterola. Risperidon i kvetiapin imaju djelomičan utjecaj na TT, dok aripiprazol i ziprasidon nisu povezani s povećanjem TT. Tjelesnu težinu treba pratiti mjesечно prva 3 mjeseca, a nakon toga kvartalno. Ukoliko dođe do porasta TT većeg od 5% u odnosu na početnu težinu treba razmišljati o promjeni antipsihotika. Kod promjene antipsihotika treba biti oprezan i postepeno ukidati trenutni lijek, a novi uvesti na način i u dozi ovisnoj o vrsti lijeka. Osobiti oprez treba kod ukidanja klozapina jer su moguće ozbiljne psihijatrijske posljedice<sup>5,15,17-19</sup>.

Životne navike pacijenata s TPB (sjedilački način života, fizička neaktivnost, loša prehrana, pušenje) također povećavaju rizik za razvoj MetS. Istraživanja su pokazala da ovi pacijenti češće imaju visceralnu pretilost, intoleranciju glukoze i povišene razine kortizola i prije uvođenja antipsihotika u terapiju<sup>15</sup>.

### 3. Dijabetes

Nekoliko studija ukazuje na 2-3 puta veću prevalenciju T2DM kod pacijenata sa shizofrenijom

u usporedbi s općom populacijom, a iznosi oko 10-15%. Povezanost depresije i dijabetesa je složena i, kao i kod drugih KV rizičnih čimbenika, dvosmjerna. Osobe s T2DM skloniji su razvoju depresije, dok je depresija ustanovljena kao postojeći rizični faktor za razvoj T2DM<sup>14</sup>.

#### 4. Hipertenzija

U literaturi nema konzistentne povezanosti između TPB i hipertenzije. Antipsihotici mogu pogoršati hipertenziju, posredno povećanjem TT, ali je to odgođeno jer oni zapravo imaju hipotenzivan učinak preko adrenergične blokade.

#### Otkrivanje i praćenje rizičnih čimbenika za KVB

Prema preporukama u Europskim smjernicama za prevenciju KVB kod osoba s postojećom KVB, T2DM ili s vrlo visokim pojedinačnim čimbenicima rizika, trebaju se aktivno zbrinjavati svi čimbenici rizika. Za ostale osobe smjernice preporučaju određivanje KV rizika putem SCORE tablica sukladno njihovoј dobi, pušačkom statusu, sistoličkom tlaku i visini ukupnog i HDL kolesterola. Procjena rizika je usmjerena na muškarce iznad 50 i žene starije od 55 godina. Pacijenti s teškim psihičkim bolestima su pod povećanim KV rizikom u mlađoj dobi od opće populacije pa se, u odsutnosti odgovarajućih tablica procjene rizika za ove pacijente, koriste tablice relativnog rizika bazirane na pušačkom statusu, sistoličkom tlaku i ukupnom kolesterolu. Godišnji probir na KVB i metabolički sindrom kod pacijenata s TPB je isplativ zahvaljujući smanjenju troškova liječenja komplikacija T2DM<sup>20</sup>.

Europske smjernice za otkrivanje i praćenje rizičnih čimbenika za KVB i T2DM kod pacijenata sa TPB<sup>14</sup> preporučuju slijedeće postupke kod prvog pregleda i prije uvođenja antipsihotika: uzimanje anamneze o prethodnim KVB ili dijabetesu, obiteljsku anamnezu tih bolesti, pušački status, mjerjenje

visine, težine i opsega struka s izračunavanjem ITM-a, određivanje glukoze i lipidograma natašte, klinički pregled (mjerjenje arterijskog tlaka i pulsa, auskultacija pluća i srca, palpacija perifernih arterija-pulzacije), EKG.

Za pacijente koji imaju normalne izmjerene vrijednosti preporučuje se ponoviti biokemijske nalaze nakon 6 i 12 tjedana od započinjanja terapije i nakon toga 1x godišnje. Učestalost kontrola ovisi o postojanju rizičnih čimbenika i pronađenim patološkim nalazima. Tjelesnu težinu bi trebalo mjeriti svaki tjedan kako bi se što prije otkrio njen porast.

#### Liječenje KV čimbenika rizika

Svim pušačima bi trebalo preporučiti prestanak pušenja svih vrsta duhana. Ukoliko pokažu volju za prestankom pušenja treba im pomoći savjetovanjem, bihevioralnom terapijom i nadomjescima nikotina.

Održavanje normalne tjelesne težine, zdrava prehrana i redovna tjelesna aktivnost su ključne komponente snižavanja KV rizika. Ukoliko pacijenti imaju povećanu TT kod inicijalnog pregleda ili pokažu znakove brzog debljanja nakon uvođenja antipsihotika potrebno je odmah reagirati i savjetovati gubitak tjelesne težine ukoliko je ITM veći od 25 kg/m<sup>2</sup>, a osobito ukoliko je veći od 30 kg/m<sup>2</sup>, te ukoliko je opseg struka veći od 88 cm u žena ili 102 cm u muškaraca. Pacijentima treba savjetovati 30 minuta umjerene tjelesne aktivnosti (barem brzo hodanje) svaki dan u tjednu.

Psihičke bolesnike s dijabetesom treba liječiti prema postojećim smjernicama za liječenje dijabetesa. Glukozu natašte i HbA1c bi trebalo redovno kontrolirati (svakih 3-6 mjeseci), a godišnje bi trebalo kontrolirati ostale rizične faktore: albuminuriju, serumski kreatinin, pregled očnog fundusa, pregled stopala kako bi se otkrili rani znakovi komplikacija.

Pacijenti s povišenom glikemijom natašte (6,1-7 mmol/l) imaju veliki rizik za razvoj T2DM i

povećan KV rizik, pa kod takvih bolesnika treba osobito voditi računa o redovnim godišnjim kontrolama. Promjena životnih navika je učinkovita u prevenciji T2DM. Programi prevencije uključuju promjenu prehrambenih navika, gubitak TT i povećanu tjelesnu aktivnost i treba ih provoditi i kod pacijenata s TPB.

Liječenje dislipidemije se treba provoditi u okviru procjene ukupnog KV rizika. Ciljne vrijednosti ukupnog kolesterola su manje od 5 mmol/l, a LDL kolesterola manje od 3 mmol/l. Kod pacijenata s postojećim KVB i T2DM ciljevi su < 4,5 mmol/l za ukupni i <2,5 mmol/l za LDL kolesterol. Pacijentima bi trebalo preporučiti prehranu nemasnim mesom, ribom i nemasnim mlječnim proizvodima te zamjenu upotrebe zasićenih masti s nezasićenim i višestruko nezasićenim mastima biljnog porijekla. Oni koji imaju blago povišene vrijednosti lipida trebaju provoditi samo dijetu, dok bi ostalima trebalo propisati hipolipemik, najčešće statin. Liječenje statinima se pokazalo efikasno u liječenju dislipidemija kod pacijenata s TPB uz potrebnu kontrolu jetrenih enzima i kreatin kinaze<sup>14</sup>.

Povišeni arterijski tlak je vrlo često zanemaren kod pacijenata s TPB. Preporučene ciljne vrijednosti su manje od 140/90 mm Hg. Svakako treba preporučiti promjenu životnih navika kao što je prestanak pušenja, smanjenje unosa soli, smanjenje TT i povećanu tjelesnu aktivnost. Farmakoterapija se uvodi prema važećim smjernicama za liječenje hipertenzije.

## Zaključak

Liječnici obiteljske medicine trebaju imati sveobuhvatni pristup liječenju svih bolesnika pa tako i bolesnika s TPB. Ovi bolesnici, osim svoje osnovne bolesti, imaju brojne komorbiditete, a osobito značajno povećane KV čimbenike rizika kojih trebamo biti svjesni. Potrebno je zauzeti proaktivniji stav u otkrivanju i liječenju KV

čimbenika rizika. Svakako izračunati KV rizik putem SCORE tablica i postupiti prema važećim smjernicama za prevenciju i liječenje KVB, a kod već postojeće KVB aktivno liječiti sve čimbenike rizika. Iako nam psihopatologija otežava taj posao, ne smijemo biti sudionici u diskriminirajućem odnosu prema pacijentima s TPB.

## Literatura

1. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P i sur. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale*. 2009;35:330-9.
2. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*. 2005;150:1115-21.
3. Aromaa A, Raitasalo R, Reunanen A, Impivaara O, Heliövaara M, Knekt P i sur. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;377 (suppl):77-82.
4. Van der Kooy K, van Hout H, Marwijk H, Marten H, Stehouwer C, Beekman A. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:613-26.
5. Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care*. 2007;13(7 suppl):S170-7.
6. Meyer JM, Davis VG, Goff DC, McEvoy J, Nasrallah H, Davis S i sur. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: Prospective data from phase 1. *Schizophr Res*. 2008;101:273-86.
7. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia. Is the differential mortality gap worsening over time? *Archs Gen Psychiatr*. 2007;64:1123-31
8. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:565-72.
9. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82:858-66.
10. Kisely S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischemic heart disease and stroke in individuals

- with psychosis under universal healthcare. Br J Psychiatry. 2009;195:545–50.
11. Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness, J Psychopharmacol. 2010;24(4 suppl): 61–8.
  12. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. Br J Psychiatry. 2011; 199: 441-2.
  13. Roberts L, Roalfe A, Wilson S. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. Fam Practice. 2007;24:34–40.
  14. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry. 2009;24:412-24.
  15. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, van Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. World Psychiatry. 2009;8:15–22.
  16. National Cholesterol Education Program. Executive Summary of The Third Report of NCEP Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285:2486-97.
  17. Wu RR, Zhao JP, Liu ZN, Zhai JG, Guo XF, Guo WB i sur. Effects of typical and atypical antipsychotics on glucose-insulin homeostasis and lipid metabolism in first-episode schizophrenia. Psychopharmacology. 2006;186:572–8.
  18. Hennekens CH. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2007;68(supl 4):4-7.
  19. American Diabetes Association and American Psychiatric Association. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. Diabetes Care. 2004;27:558-96.
  20. Perk J, DeBacker G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, i sur. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Eur Heart J. 2012;33:1635–701.

# PROJEKT SPECIJALIZACIJE IZ OBITELJSKE MEDICINE: POSLIJEDIPLOMSKI SPECIJALISTIČKI STUDIJ

## FAMILY MEDICINE SPECIALIZATION PROJECT: POSTGRADUATE COURSE INSIGHTS

Mladenka Vrcić Keglević, Hrvoje Tiljak

### Sažetak

Opisana su obilježja poslijediplomskog specijalističkog studija (PDS) tijekom Projekta specijalizacije iz obiteljske medicine (OM). Nastava na PDS je obuhvaćala specifične za OM kao znanstvenu i stručnu medicinsku disciplinu, javnozdravstvena i klinička područja, ali samo četiri koji su specifični za liječnika OM (LOM) i prilagođeni dnevnoj praksi. To su: Organizacija, metode i sadržaji rada u OM I. i II. dio; Unapređenje kvalitete rada; Istraživanja u OM; Zaštita zdravlja obitelji i Zaštita zdravlja starijih ljudi. Posebno je obrađena Ljudska seksualnost, Alternativna / komplementarna medicina. Klinički sadržaji su izvođeni suradnjom s kliničarima: Zaštita mentalnog zdravlja, Zaštita zdravlja djece i mladeži, Zaštita zdravlja kroničnih bolesnika, Zaštita zdravlja onkoloških bolesnika i Klinička farmakologija. Javnozdravstveno područje izvođeno je suradnjom s nastavnicima tih predmeta: Medicina i društvo, Medicinska sociologija za LOM, Epidemiologija za LOM, Unapređenje zdravlja i spriječavanje bolesti, Organizacija, upravljanje i rukovođenje u zdravstvu, Zdravstvena ekonomika, Medicinska informatika, Zdravstveni učinci općeg i radnog okoliša i Zakonodavstvo i medicinska etika. Ukupno je PDS završilo 748 studenata (28 grupa) kroz 18.001 sati nastave.

U Dodatku je popis nastavnika u izvođenju studija s pripadajućom satnicom, od akad. god. 2003./04. do 2011./2012., završetkom zadnje generacije poslijediplomaca. Svima njima dugujemo veliku zahvalnost jer su pridonijeli napretku struke obiteljske medicine.

**Ključne riječi:** obiteljska medicina, poslijediplomski studij, nastavnici, Hrvatska

### Summary

Characteristics of Postgraduate Study (PS) in Family Medicine (FM) are described and the names of the participated teachers listed. The PS curriculum is delivered during the Project of Specialization in FM, from 2003/04 to 2011/12 academic years. It consisted of three parts: FM part - describing specificities of FM as a scientific and medical discipline, clinical part -encompassing clinical issues specific for FM, and public health subject - relevant to FM through the following modules: Organization, methods and work in FM (part I and II), Quality development in FM, Research in FM, Family care, Care for elderly, Human sexuality, and Alternative and complementary medicine. Clinical issues were delivered by clinical teachers in the following modules: Care for small children, Women's health, Care for chronic patients, Care

for cancer and palliative patients, and Clinical pharmacology. Public health modules were mostly delivered by public health teachers: Medicine and society, Medical sociology, Medical epidemiology, Medical informatics, Promotion and prevention, Organization and management of health care systems, Occupational and environmental health, Law and medical ethics. In the observed period, 748 students (28 groups) finished the PS after 18,001 teaching hours. The teachers' names and teaching hours are presented in the Annex.

**Key words:** postgraduate course, family medicine, teacher's list, Croatia

## Uvod

U ovom članku su ukratko opisane značajke poslijediplomskog specijalističkog studija (PDS) koji se izvodio tijekom Projekta specijalizacije iz obiteljske medicine. U Dodatku je popis nastavnika koji su sudjelovali u izvođenju studija s pripadajućom satnicom, od akad. god. 2003./04. do 2011./12.

## O poslijediplomskom specijalističkom studiju iz obiteljske medicine

Poslijediplomski specijalistički studij iz obiteljske medicine je oduvijek bio obvezni dio specijalizacije iz obiteljske medicine (OM), pa tako i sastavni dio projekta „Uskladivanje obiteljske medicine s Europskim standardima uvođenjem obvezne specijalizacije“ (Projekt specijalizacije). Njegov osnovni cilj je bio da svi liječnici mlađi od 50 godine koji rade u OM i u ugovornom su odnosu s HZZO-om postanu specijalisti do završetka tog projekta (2015.). Unutar Projekta specijalizacije definiran je i Plan i program specijalizacije iz OM, u trajanju od 3 godine (36 mjeseci). Čine ga: poslijediplomski specijalistički studij (7 mjeseci), rad na bolničkim odjelima, specijalističkim ambulantama i laboratorijima (14,5 mjeseci) i

jednogodišnji staž u oglednim ordinacijama OM posebno educiranih mentora<sup>1-3</sup>.

PDS iz OM je po prvi put izveden na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u akad. god. 1960./61. godini, kada je i započelo specijalističko usavršavanje LOM-a u Hrvatskoj<sup>4</sup>. Cilj PDS iz OM, uvijek je bio pružiti teoretsku, stručnu i znanstvenu osnovu za specijalističko usavršavanje LOM-e koji pružaju osobnu, primarnu, kontinuiranu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu pojedincima i obiteljima u lokalnoj zajednici unutar socijalnog okruženja i postojećeg zdravstvenog sustava. Međutim, dodatan je cilj bio ospozoriti LOM u razumijevanju i primjeni osnovnih postavki znanstvenog rada, što bi LOM-u omogućilo i daljnje znanstveno napredovanje kroz kvalifikacijske radove (magisterij / doktorat znanosti). Od 1960., kada je PDS iz OM prvi put izveden, mijenjali su se normativni akti i planovi i programi specijalizacije. PDS iz OM od 2003. godine, koji se izvodio unutar Projekta specijalizacije, je prvenstveno bio namijenjen specijalizantima OM, a upisivali su ga na samom početku specijalizantskog staža, na prvoj godini specijalističkog usavršavanja. Međutim, PDS iz OM je mogao upisati svaki liječnik koji je završio diplomski studij na medicinskom fakultetu i položio stručni ispit, te imao licencu za samostalni rad, ali je takvih polaznika oduvijek bilo malo. Na studij se nisu mogli upisati pristupnici koji su završili diplomski studij na drugim srodnim fakultetima (stomatologija, farmacijia, ili veterina). Tijekom Bolonjskog procesa, svaki PDS, pa tako i iz OM, donosio je polaznicima 60 ECTS bodova godišnje, koji su se mogli koristiti za daljnje školovanje. U PDS iz OM, 40 bodova su polaznici mogli koristiti, bilo im je priznato, ukoliko su nastavljali na poslijediplomskom znanstvenom studiju i na izradi doktorske dizertacije<sup>3</sup>.

I nastavni plan i program je doživio nekoliko izmjena sukladno suvremenim znanstvenim i stručnim spoznajama, i sukladno rezultatima trajnog vrijednovanje studija od studenata, nastavnika i šire društvene zajednice. Pri kreiranju

nastavnog plana i programa PDS koji se izvodio unutar Projekta specijalizacije, napravljena je analiza edukativnih potreba liječnika obiteljske medicine, i to na nekoliko načina: a) analiza morbiditeta i mortaliteta stanovništva; b) analiza korištenja zdravstvene zaštite; c) metodom fokus grupe ispitana su mišljenja: pacijenata, medicinskih sestara, liječnika obiteljske medicine, bolničkih liječnika i decision-makera u sustavu zdravstva, o sadržajima nastave na poslijediplomskom studiju i specijalizaciji iz obiteljske medicine. Nastavni plan i programa PDS je u skladu s dokumentima Europskih stručnih društva iz OM (WONCA, EURACT, UEMO), a korištena su i iskustva zemalja EU, osobito tranzicijskih<sup>5-10</sup>.

Sukladno cilju studija, sadržaj nastave na PDS iz OM, obuhvaćao je tri glavne cijeline: sadržaje specifične za OM kao zasebnu znanstvenu i stručnu medicinsku disciplinu, sadržaje javnozdravstvenih disciplina i kliničke sadržaje, ali samo specifične LOM-u i na način potreban svakodnevnom radu tih liječnika. Sadržaji specifični za OM su se izvodili kroz kolegije: Organizacija, metode i sadržaji rada u obiteljskoj medicine, I i II dio; Unapređenje kvalitete rada; Istraživanja u obiteljskoj medicini; Zaštita zdravlja obitelji i Zaštita zdravlja starijih ljudi. Posebna pozornost posvećena je nekim sadržajima važnim za rad LOM-a, kao što su: Ljudska seksualnost i Alternativna i komplementarna medicina. Klinički sadržaji su se izvodili zajedno s kolegama, nastavnicima kliničkih predmeta, kroz kolegije: Zaštita mentalnog zdravlja, Zaštita zdravlja djece i mladeži, Zaštita zdravlja kroničnih bolesnika, Zaštita zdravlja onkoloških bolesnika i Klinička farmakologija. Javnozdravstveni sadržaji su se izvodili uz suradnju s nastavicima javnozdravstvenih predmeta kroz kolegije: Medicina i društvo, Medicinska sociologija za LOM, Epidemiologija za LOM, Unapređenje zdravlja i sprječavanje bolesti, Organizacija, upravljanje i rukovođenje u zdravstvu, Zdravstvena ekonomika, Medicinska informatika, Zdravstveni učinci općeg i radnog okoliša i Zakonodavstvo i medicinska etika<sup>3</sup>.

PDS iz OM je obuhvaćao 650 sati direktnе nastave, i dodatnih 300 sati nastave za individualni rad polaznika na ispunjavanju različitih nastavnih zadataka, kao i na izradi diplomskog rada, najčešće istraživanja unutar kolegija Istraživanja u obiteljskoj medicini. PDS iz OM završavao je polaganjem ispita na svim kolegijima, izradom diplomskog rada i polaganjem završnog ispita. Završni ispit sastojao se od pismenog i usmenog ispita pred tročlanim povjerenstvom, od kojih je nastavnik iz obiteljske medicine bio predsjednik povjerenstva, jedan član povjerenstva je bio nastavnik javno-zdravstvenih, a jedan kliničkih predmeta<sup>3</sup>.

Međutim, još 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. Novim Planom i programom trajanje specijalizacija iz OM je produženo na 4 godine (48 mjeseci), dosadašnja tri izvedbena programa su zamjenjena jednim programom namjenjenim svim specijalizantima neovisno o dobi i radnom iskustvu. Istovremeno s izradom novog Plana i programa specijalizacija, došlo je i do revizije PDS<sup>11</sup>. Stoga novi PDS iz obiteljske medicine ima drugačije značajke od onog koji je ovdje opisan, a koji se izvodio od akad. god. 2003/04 do 2011/12.

Budući da je zadnja generacija specijalizanata po opisanom Projektu završila specijalizaciju krajem 2014., započeli smo evaluaciju cijelog Projekta. U ovom radu će biti prikazani samo osnovni rezultati održane nastave na PDS iz OM, s brojem grupa, kandidata i brojem sati održane nastave. Podaci su prikupljeni na temelju Dnevnika održane nastave i Izvještaja o održanoj nastavi koji se čuvaju u arhivi Katedre obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Moguće su pogreške u izračunu satnice jer su se neki nastavnici zaboravili upisati u dnevničke održane nastave ili su se upisali nečitko, a neki od izvještaja o održanoj nastavi nisu bili potpuni. Međutim, prema našem izračunu, oko 95% nastave je točno upisano i obuhvaćeno

izvještajima. Stoga oko 5% neupisanih nastavnika ne predstavlja značajnu pogrešku u zaključivanju. Osim toga, satnica se odnosi samo na održanu nastavu, a ne i na sate koje su utrošeni u pripremu, kao npr. u pripremi ispita gdje su osobito sudjelovali mlađi članovi Katedre i ta satnica se u Izvještajima nije prikazivala pa nije prikazana niti u ovom radu. Pored prikazane satnice utrošen je i velik broj dodatnih sati volonterskog rada.

### **Broj polaznika i broj sati održane nastave**

U devetogodišnjem razdoblju trajanja Projekta specijalizacije, nastava je održana za 748 polaznika, podijeljenih u 28 grupa. Održano je 18.001 sati nastave; u Zagrebu za 21 grupu, za 4 grupe u Splitu, 2 grupe u Osijeku i za jednu grupu u Rijeci (tab. 1).

**Tablica 1.** Ukupan broj grupa, polaznika i sati održane nastave na PDS iz OM od 2003. do 2012.

**Table 1.** Total number of groups, participants and teaching hours in Postgraduate Study in Family Medicine from 2003 to 2012

Akad. god.	Grupe polaznika	Ukupno polaznika	Održano sati nastave
2003/04	1, 2, 3, 4, 5	139	3.295
2004/05	6, 7, 8, 9, 10, 11	174	3.954
2005/06	12, 13, 14, 15, 16	127	3.320
2006/07	17, 18, 19	84	1.977
2007/08	20, 21	46	1.319
2008/09	22, 23	38	1.325
2009/10	24, 25	51	1.330
2010/11	26, 27	50	1.322
2011/12	28	29	659
Osobne potrebe		10	
<b>Ukupno</b>		<b>748</b>	<b>18.001</b>

U Dodatku ovom radu navedena su imena nastavnika koji su sudjelovali u izvođenju PDS iz OM s pripadajućom satnicom, bez kojih ovako opsežan studij ne bi bilo moguće izvesti i kojima dugujemo veliku zahvalnost!

### **Literatura**

- Projekt uskladištanja djelatnosti obiteljske medicine s Europskim standardima. Med Fam Croat. 2003;11:65-71.
- Vrcić Keglević M, Šimunović R. Projekt specijalizacije: neka praktična iskustva. Med Fam Croat. 2006;14:32-4.
- Vrcić-Keglević M. Vodič kroz specijalizaciju i edukativni ciljevi. Zagreb: Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2003: 5-11.
- Jakšić Ž, ur. Ogledi o razvoju opće/obiteljske medicine. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i HUOM; 2001.
- WONCA. The European definition of general practice / family medicine - edition 2011. Dostupno na: [www.woncaeurope.com](http://www.woncaeurope.com).
- Heyrman J. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) educational agenda. Leuven: EURACT; 2005.
- UEMO 2003 declaration on specific training in general practice/family medicine in Europe. Dostupno na: <http://www.uemo.eu./uemopolicy/107.html>
- 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. Offic J Europ Commun. 1993;165:7/7/93.
- Švab I, Pavlič DR, Radić S, Vainiomaki P. General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe. Croat Med J. 2004;45:537-42.
- Plan i program specijalizacija i užih specijalizacija. NN 1984;(1) i NN 2003;(43).

### **Dodatak**

Popis nastavnika koji su sudjelovali u izvođenju poslijediplomskog specijalističkog studija iz obiteljske medicine od akad. god. 2003./10. do 2011./12.

Nastavnici na Poslijediplomskom studiju iz obiteljske medicine u akademskim godinama od 2003./4. do 2011./12. poredani su po broju sati održane nastave. Titule nastavnih zvanja su navedene sukladno pisanju zadnjeg izvještaja o

održanoj nastavi. U popisu se ne nalaze nastavnici koji su u 9 godina praćenja održali manje od 5 sati nastave. Međutim, i njima kao i ostalim nastavnicima dugujemo veliku zahvalnost jer su pridonijeli napretku naše struke!

### 1. Nastavnici na kolegijima iz Obiteljske medicine od akad. god. 2003./4. do 2011./12.

Nastavnik	Ukupno sati održane nastave
Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić-Keglević – voditelj do akad. god. 2011./12. (Projekt)	2.719
Prof. dr. sc. Milica Katić – voditelj od akad. god. 2012./13.	1.564
Prof. dr. sc. Hrvoje Tiljak	1.271
Prof. dr. sc. Sanja Blažeković-Milaković	762
Doc. dr. sc. Đurđica Lazić	523
Prim. dr. med. Suzana Kumbrija	356
Prof. dr. sc. Biserka Bergman-Marković	351
Dr. sc. Venija Cerovečki Nekić	291
Prim. dr. med. Ljiljanka Jurković	243
Prim. dr. med. Nevenka Vinter Repalust	211
Doc. dr. sc. Zlata Ozvačić-Adžić	205
Dr. sc. Stanislava Stojanović-Špehar	176
Doc. dr. sc. Goranka Petriček	152
Dr. med. Dragan Soldo	109
Mr. sc. prim. Gordana Prljević	87
Prof. dr. sc. Rudika Gmajnić	88
Prof. dr. sc. Antun Budak	75
Dr. med. Željko Bakar	73
Doc. dr. sc. Marija Vrca-Botica	71
Prim. dr. med. Josip Lončar	66
Doc. dr. sc. Davorka Vrdoljak	55
Prim. dr. med. Rajka Šimunović	49
Prof. dr. sc. Zdravko Ebling	40
Mr. sc Elvira Smoje	35
Dr. sc. Marion Kuzmanić	23
Dr. sc. Nataša Đurić-Mrduljaš	21

Mr. sc. Lidija Prlić	19
Dr. med. Jadranka Giljanović-Perak	15
Mr. sc. prim. Jasna Cindrić	15
Prim. dr. med. Dragomir Petrić	9
Dr. med. Blaženka Grgurić	8
Mr. sc. Josip Buljan	8
Dr. med. Mirica Rapić	8
Dr. sc. Ana Dvornik-Radica	6
Prof. dr. sc. Mirjana Rumboldt	5
Prof. dr. sc. Blaž Mlačak	Organizator i domaćin stručnih posjeta DZ Metlika

### 2. Nastavnici na javnozdravstvenim kolegijima od akad. god. 2003./4. do 2011./12.

Nastavnici	Ukupno sati održane nastave
Prof. dr. sc. Luka Kovačić	447
Prof. dr. sc. Gordana Pavleković	417
Prof. dr. sc. Zvonko Šošić	398
Prof. dr. sc. Želimir Jakšić	333
Prof. dr. sc. Vesna Jureša	286
Prof. dr. sc. Miroslav Mastilica	239
Prof. dr. sc. Slaven Letica	229
Prof. dr. sc. Josipa Kern	224
Prof. dr. sc. Vlatka Brumen	202
Prof. dr. sc. Ankica Senta	123
Doc. dr. sc. Vladimir Babuš	102
Prof. dr. sc. Ozren Polašek	100
Prof. dr. sc. Marija Strnad	82
Prof. dr. sc. Arijana Vorko-Jović	79
Prof. dr. sc. Jadranka Božikov	65
Prof. dr. sc. Mirjana Kujundžić-Tiljak	62
Prof. dr. sc. Ira Margan-Gjenero	48
Doc. dr. sc. Aleksandar Džakula	38
Doc. dr. sc. Kristina Fišter	28
Prof. dr. sc. Ivana Kolčić	18

**3. Nastavnici na kolegija Zaštita zdravlja kroničnih bolesnika, od akad. god. 2003./4. do 2011./12.**

Nastavnici	Ukupno sati održane nastave
<b>Kolegij: Zaštita Kroničnih (internističkih) bolesnika</b>	
Prof. dr. sc. Branko Papa, voditelj kolegija do 2009./10.	248
Prof. dr. sc. Mirjana Sabljar-Matovinović	233
Prof. dr. sc. Ana Planinc-Peraica, voditeljica kolegija	197
Prof. dr. sc. Vesna Čolić-Cvrlje	108
Prof. dr. sc. Miroslava Katičić	104
Prof. dr. sc. Slobodanka Ostojić-Kolonić	84
Prof. dr. sc. Fadila Pavičić	72
Dr. med. Davor Rihter	61
Dr. med. Darko Počanić	65
Prof. dr. sc. Branimir Jakšić	52
Prof. dr. sc. Ivana Pavlić Renar	50
Prof. dr. sc. Nikica Car	49
Prof. dr. sc. Željko Metelko	46
Mr. sc. Stjepan Kranjčević	40
Prof. dr. sc. Tatjana Peroš-Golubić	34
Prof. dr. sc. Lea Smiršić-Duvnjak	33
Prim. dr. sc. Antonija Ivičević	29
Doc. dr. sc. Sanja Popović Grle	29
Dr. med. Nabil Chalfe	27
Prim. dr. med. Hrvoje Minigo	27
Dr. sc. Diana Muačević Katanac	34
Mr. sc. Delfa Radić-Krišto	18
Prof. dr. sc. Radovan Vrhovac	11
Dr. med. Svetozar Vujanić	11
Doc. dr. sc. Rajko Kušec	11
Prof. dr. sc. Miroslav Samardžija	6
Dr. sc. Tomislav Letilović	9
Doc. dr. sc. Ingrid Prkačin	5
<b>Kolegij: Zaštita kroničnih (neuroloških) bolesnika</b>	
Prof. dr. sc. Vesna Brinar, voditelj do 2009./10.	80
Doc. dr. sc. Zdravka Poljaković, voditelj	31

Prof. dr. sc. Marija Žagar	26
Prof. dr. sc. Niko Zurak	17
Dr.sc. Damir Petravić	15
Doc. dr. sc. Srđana Telarević	16
Doc. dr. sc. Igor Filipčić	11
Prof. dr. sc. Maja Relja	7
Dr. sc. Petelin Gadže	7
<b>Kolegij: Zaštita onkoloških bolesnika</b>	
Prof. dr. sc. Ljerka Markulin-Grgić, voditelj do 2008.	143
Prof. dr. sc. Fedor Šantek, voditelj od 2009.	68
Prof. dr. sc. Nikola Đaković	12

**4. Nastavnici na kolegiju Zaštita zdravlja djece, od akad. god. 2003./4. do 2011./12.**

Nastavnici	Ukupno sati održane nastave
Prof. dr. sc. Vlatka Bošnjak-Mejaški, voditeljica	221
Prof. dr. sc. Josip Grgurić, voditelj kolegija do 2009./10.	213
Prof. dr. sc. Andrea Cvitković	85
Prof. dr. sc. Sanja Kolaček	55
Prof. dr. sc. Ingeborg Barišić	47
Prof. dr. sc. Melita Nakić	39
Prof. dr. sc. Ljiljana Popović	37
Prim. mr. sc. Vesna Herceg-Čavrak	36
Prof. dr. sc. Zora Zakanj	32
Dr. med. Jasna Čepin-Bogović	30
Mr. sc. Mirjana Šprajc-Bilen	23
Prim. dr. med. Borut Marn	21
Dr. med. Arnes Rešić	15
Prim. dr. med. Branka Marušić-Della Marina	14
Dr. med. Zrinjka Mišak	14
Dr. med. Nenad Jakušić	14
Prof. dr. sc. Javor Vrdoljak	12
Vilka Hrešić Kuršulović	11
Dr. med. Jasminka Stjepan	9
Dr. med. Lili Mikecin	6

**5. Nastavnici na kolegiju Zaštita zdravlja žena, od akad. god. 2003./4. do 2011./12.**

Nastavnici	Ukupno sati održane nastave
Doc. dr. sc. Željko Duić	155
Prof. dr. sc. Tomislav Čanić, voditelj od 2010. god.	110
Prof dr. sc. Mario Podobnik	86
Prof. dr. sc. Srećko Ciglar, voditelj do 2009./10. god.	83
Prof. dr. sc. Vlastimir Kukura	78
Mr. sc. Mario Podgajski	73
Dr. sc. Jasenka Zmijanac_Partl	70
Mr. sc. Ines Krivak Bolanča	32
Mr. sc. Sandra Stasenko	11
Doc. dr. sc. Berivoj Mišković	10
Dr. sc. Dorotea Pavan-Jukić	5

**6. Nastavnici na kolegiju Zaštita mentalnog zdravlja i bolesti ovisnosti, od akad. god. 2003/4. do 2011/12.**

Nastavnici	Ukupno sati održane nastave
Prof. dr. sc. Slavko Sakoman	182
Prof. dr. sc. Rudolf Gregurek, voditelj	73
Prof. dr. sc. Vladimir Gruden	72
Prof. dr. sc. Vlasta Rudan	63
Prof. dr. sc. Alma Mihaljević Peleš	49
Doc. dr. Ninoslav Mimica	44
Marija Cahunek, profesor	22
Doc. dr. sc.. Mirjana Braš	22
Prof. dr. Vesna Vidović	20
Prof.dr. sc. Dražen Begić	16
Doc. dr. sc. Neven Henisberg	14
Dr. med. Mirjana Orban	15
Dr. sc. Nemčić-Moro	13
Doc. dr. sc. Ivan Begovac	6
Dr. med. Vedran Bilić	6
Prof. dr. sc. Vesna Medved	5
Mr. sc. Gorana Tocilj-Šimunković	5

**7. Nastavnici na kolegiju Klinička farmakologija, od akad. god. 2003./04. do 2011./12.**

Nastavnici	Ukupno sati održane nastave
Prof. dr. sc. Božidar Vrhovac, voditelj kolegija do 2008.	125
Prof. dr. sc. Igor Francetić, voditelj kolegija od 2009.	90
Dr. sc. Ksenija Makar Aušperger	87
Mr. sc. Viola Macolić-Šarinić	37
Prim. dr. Eva Verona	35
Doc. dr. sc. Viktorija Erdeljić	34
Doc. dr. sc. Miroslav Herceg	29
Dr. Bruno Buljević	27
Dr. Marinko Bilušić	23
Dr. sc. Mirjana Huić	20
Doc. dr.sc. Igor Filipčić	20
Prof. dr.sc. Branka Marinović, viši asist.	20
Prof. dr.sc. Ivan Bakran	17
Prof..dr. sc. Adrijana Lovrenčić-Huzjan	15
Doc. dr. sc. Iveta Mečep	10
Doc. dr. sc. Dunja Rogić	9
Mr. sc. Zoran Rakušić	5

## POKRETANJE DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE U POŽEŠKO-SLAVONSKOJ ŽUPANIJI

### *INVESTING IN HOME FOR ELDERLY AND DISABLED PERSONS IN THE POŽEŠKO-SLAVONSKA COUNTY*

**Ana Asančaić, Olga Plazibat, Ivan Vukoja, Marko Vukoja**

#### **Sažetak**

Poslovni pothvat izgradnje doma za starije i nemoćne osobe u Požeško-slavonskoj županiji temelji se na demografskom trendu starenja stanovništva i povećanog iseljavanja mladih. Uočena je povećana potreba za odgovarajućim oblicima smještaja starijih i nemoćnih osoba, koji bi korisnike zadovoljavali kvalitetom sadržaja. Na osnovi Porterovog modela pet konkurenčkih snaga pokazalo se da je industrija usluge smještaja u dom umjereno atraktivna; za ulazak novih pothvata, zbog prijetnje od ulaska novih konkurenata na tržište, slabo; suparništvo među postojećim domovima umjerena; pregovaračka snaga kupaca umjerena do jaka; pregovaračka snaga dobavljača slaba pa je zamjenski utjecaj umjeren do jak. Temeljem prikupljenih podataka pokazano je da tržište ovakvih domova nije zasićeno, da su cijene smještaja u županijskim domovima niže od privatnih, a troškovi izgradnje veliki. S kapacitetom doma od 22 mesta i troškovima izgradnje u iznosu od oko 1,5 milijuna kuna te mjesecnim troškovima (bruto plaće, kredit, hrana, režije) u iznosu od oko 60.000 kuna, dom ne može postići točku pokrića niti vratiti investiciju. Riječ je o trendovskoj djelatnosti s bitnim nedostatcima (premali kapacitet, veliko kreditno opterećenje), pa se ne savjetuje ulazak u posao za dom od 22 mesta.

**Ključne riječi:** dom za starije i nemoćne osobe, Požeško-slavonska županija, Porterov model

#### **Summary**

Business venture of starting a home for the elderly and disabled people in Požeško-slavonska county, Croatia, is based on demographic trends – population ageing and increased number of young people emigration. Growing need of adequate accommodation for the elderly and disabled people was noted, which will fulfil their requirements. Porter's five force model analysis showed that accommodation in home for the elderly and disabled people was moderately attractive; threat of new venture entry was weak; competition among the existing homes was moderate; the power of buyers was moderate to strong; the power of suppliers was weak, and the influence of substitute was moderate to strong. Collected information showed that the market of homes for the elderly and disabled people wasn't saturated, that accommodations prices in county homes were lower than in private homes, and that building expenses were high. With the capacity of 22 beds, building expenses amounting to 1.5 million kunas (about 220,000 US\$) and monthly expenses (gross salary, credit, gas, electricity, water and food expenses) around 60.000 kunas (8.700 US\$), such a home couldn't reach the break-even point. Although it is a popular activity, investment in such homes with a capacity of 22 beds is ill advised.

**Key words:** home for the elderly and disabled persons, Požeško-slavonska county, Porter's model

Povoljan niz okolnosti koje stvaraju potrebu za novom uslugom/poslom uočen je trendom starenja stanovništva. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku 2011. godine koeficijent starosti je iznosio 24,1. Koeficijent starosti pokazuje odnos broja stanovnika, odnosno udio starih 60 i više godina prema ukupnom broju stanovnika. Godine 1991. iznosio je 17,7, dok je 2001. bio 21,6. Ukoliko se ovaj trend nastavi, za dvadeset godina jedna trećina Hrvata bi mogla biti starija od šezdeset godina. Tome dodatno doprinosi i trend iseljavanja mladog stanovništva, čime dolazi do depopulacije sela te stariji ljudi ostaju prepušteni sami sebi u malome mjestu, bez mogućnosti pružanja odgovarajuće skrbi.

Požeško-slavonska županija (PSŽ) je "stara županija" s trendom da postane još starija, a samim time će se povećati potreba za palijativnim uslugama<sup>1</sup>. Upravo zato potrebno je preispitati je li ideja otvaranja doma za starije i nemoćne osobe za dvadeset i dva korisnika u Požeško-slavonskoj županiji ujedno i dobra poslovna prilika.

### **Je li pokretanje doma za starije dobra poslovna prilika?**

U svrhu ispitivanja da li je ideja otvaranja doma za starije i nemoćne osobe ujedno i dobra poslovna prilika upotrijebit će se Timmonsov model četiri sidra, koji predstavlja brz i jednostavan alat za procjenu mogućnosti, odnosno je li neka ideja poslovno opravdana da bi se mogla pretvoriti u isplativ pothvat<sup>2</sup>. Analiza ideje pomoću Timmonsovog modela prikazanog na sl. 1 ukazala je na slijedeće:

- Otvaranje doma za starije i nemoćne osobe stvara vrijednost za korisnike pružajući im ispunjeno i bezbrižno provođenje staračkih dana u obiteljskoj atmosferi, sigurnosti, udobnosti, uživajući u posvećenosti korisniku i kvalitetnoj skrbi. Rizik je u neprepoznavanju navedenoga od potencijalnih korisnika i njihovih skrbnika.

- U ruralnim područjima dosta starijih osoba prepušteno je samo sebi jer su njihovi bližnji okupirani poslom ili ih je nemogućnost pronalaska posla natjerala na odlazak od kuće. Stariji ljudi postaju depresivni i nezadovoljni samačkim načinom života, a boravak u domu pruža im ispunjen društveni život. Rezultat koristi predstavlja zadovoljstvo životom u staračkim godinama, dok rizik predstavlja loša gospodarska situacija te povećanje broja nezaposlenih (starije osobe ostaju kod kuće jer je njihova mirovina jedini dohodak u obitelji).
- Tržište domova za starije osobe nije zasićeno jer potražnja premašuje postojeće kapacitete. U županijskim domovima postoje liste čekanje koje su veličinom jednakne njihovim smještajnim kapacitetima. Iako se čini kao trendovska djelatnost, nije ju jednostavno pokrenuti jer visoki troškovi pokretanja predstavljaju ulaznu barijeru.
- U ovom slučaju poduzetnica je zainteresirana za otvaranje doma za starije i nemoćne osobe, no rizik predstavlja nedostatak resursa, tj. financija.

Timmonsov model četiri sidra pokazuje da ova ideja može postati poslovna prilika, no potrebno ju je dalje istraživati kao bi se stvorila preciznija slika o ideji, timu, tržištu, finansijskoj opravdanosti poduzetničkog pothvata. Iz tih će se razloga ispitati i atraktivnost tržišta kroz Porterov model pet konkurenčkih snaga<sup>3</sup>.

Prema tom modelu (sl. 2) prijetnja ulaska novih konkurenata je slaba. PSŽ ima dva županijska doma, a s obzirom na gospodarsku situaciju prepostavlja se da županija neće povećavati kapacitete u sljedeća dva izborna ciklusa. Također, prijetnja od ulaska novih konkurenata je slaba jer otvaranje doma za starije zahtijeva veliku investiciju, a poziciju im dodatno otežavaju i izmjene zakonske regulative koji značajno zaoštravaju uvjete poslovanja.

U županiji postoji pet ustanova socijalne skrbi za starije osobe osnovanih od strane različitih osnivača, s ukupnim kapacetetom od 488 korisnika na stalnom boravku i skrbi, te dodatnih 104

vanjskih korisnika obuhvaćenih ostalim uslugama (uglavnom organizirana prehrana). Najveći kapacitet imaju županijski domovi, Dom Požega i Dom Velika, jedan privatni je smješten u Pleternici, a drugi privatni dom u Lipiku, gdje također postoji ustanova kojom upravlja Gradsko društvo Crvenog križa Pakrac. Osim njih postoje i tri manja obiteljska doma u Požegi, Kutjevu i Čaglinu.

Suparništvo među postojećim domovima nije klasično tržišno natjecanje pa je umjerenog intenziteta. U županijske domove korisnici se prijavljuju jer su najpovoljniji, iako je razlika u cijeni privatnih i županijskih mala, u prosjeku do 500 kn mjesечно. Umjerenou je i zbog nezasićenosti tržišta pa je potražnja za smještajem veća od ponude.

Pregovaračka snaga kupaca se ogleda u mogućnosti pritiska korisnika ili njihovih obitelji u pogledu poboljšavanja kvalitete ili snižavanja cijene. Kako profitabilnost poslovnog pothvata ovisi o broju korisnika doma, vrlo je bitno zadovoljstvo korisnika i njihovih obitelji kvalitetom pružene skrbi. Stoga zaključujemo da je snaga kupaca umjeren do jaka. Iako su oprema i uređenje doma za starije osobe propisani Pravilnikom o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga (NN 40/14), mogu biti nabavljeni od različitih izvora. S obzirom na navedeno može se reći da se radi o slaboj pregovaračkoj snazi dobavljača.

Zamjena uslugama koje pružaju domovi za starije osobe je smještaj i briga pružena u njihovoj obitelji. U uvjetima loše gospodarske situacije (pad zaposlenosti i dohotka) mnogi umirovljenici žive sa svojom obitelji jer je njihova mirovina jedini stalni prihod, pa je zamjenski utjecaj umjeren do jak.

Uzimajući u obzir da su prijetnje od ulaska novih konkurenata na tržište slabe, suparništvo među postojećim domovima umjerenou, pregovaračka snaga kupaca umjerenou do jaka, pregovaračka snaga dobavljača slaba te zamjenski utjecaj umjerenou jak, zaključuje se da je industrija domova za starije osobe umjerenou atraktivna za ulazak novih pothvata.

Da bi dobra ideja bila i dobra prilika mora imati sljedeća obilježja: 1. privlačnost, 2. održivost,

3. pravovremenost, 4. ostvarivost u proizvodu ili usluzi ili dodatna vrijednost za kupca ili krajnjeg korisnika<sup>4</sup>. Bitno je razlikovati ideju od prilike, kako ne bismo potrošili vrijeme i raspoloživost na nešto što se nikad ne bi moglo pretvoriti u poduzetnički pothvat. Prilika je ujedno i osnova na koju se nadograđuju ostale dvije pokretačke snage poduzetničkog procesa: tim i resursi<sup>5</sup>. Privlačnost ili atraktivnost ideje otvaranja doma za starije osobe proizlazi iz same činjenice da su liste čekanja za domove predugačke te da hrvatsko stanovništvo kontinuirano stari, dok se mladi iseljavaju. Također proizlazi iz činjenice da je u Hrvatskoj tek 1,6% umirovljeničke populacije pokriveno domovima, dok Europska unija propisuje standard od 5%. Iz toga možemo zaključiti da tržište pružanja socijalne usluge smještaja za starije osobe nije zasićeno te da je "prozor prilike" još uvijek otvoren, a samim time je i prilika pravovremena.

Održivost ili trajnost je zajamčena jer sudeći po današnjem stanju koje je rezultat krize, starije osobe bivaju napuštene od mlađih članova obitelji te je taj trend u porastu. Akcijskim planom za Požeško-slavonsku županiju za 2014. prioritetna su skupina starije i nemoćne osobe, a ovakve ideje zasada nailaze na potporu županijskih vlasti.

Dom za starije osobe im pruža bolji i kvalitetniji život nego li je to osamljenički život, a uz to i odgovarajuću skrb i život dostojan čovjeka. Iz navedenog je vidljivo da ta usluga pruža dodatnu vrijednost za potencijalne korisnike.

## Finansijski plan

Radi pokretanja poslovnog pothvata doma za starije i nemoćne osobe za 22 korisnika potrebna je investicija u iznosu od oko 1,800.000 kn. Budući da su investicijska sredstva ograničena, odlučili smo se za minimalan broj korisnika doma. Ulaganje započinje kupnjom zemljišta, nakon čega slijedi izrada projektnog nacrta i dobivanje građevinske dozvole. Objekt za smještaj korisnika bio bi novogradnja, tlocrtne veličine 21,30m x 12,90 m, a troškove materijala i radova tvrtka Vodoskok

d.d. procijenila je na oko 1.000.000 kn. Za završno namještanje zgrade potrebna je oprema u vrijednosti 500.000 kn. Pri popunjrenom kapacitetu doma valja zaposliti 3 medicinske sestre, 3 njegovateljice, kuhara te voditelja na puno, a fizioterapeuta i socijalnog radnika na skraćeno radno vrijeme.

Mjesečni izračun tekućih troškova iznosi oko 65.000,00 kn što je prikazano utbl. 1. Iz ovog izračuna razvidno je da dom za starije i nemoćne osobe nije uspio ostvariti najčešći cilj poslovanja, tj. profitabilnost. Poslovni prihodi su manji od poslovnih rashoda. Ukoliko takvo stanje želimo izbjegići, potrebno je povećati poslovne prihode, a smanjiti poslovne rashode. Poslovne prihode čine prihodi od korisnika te bi se prilikom povećanja cijene smještaja dodatno smanjio interes umirovljenika i starijih osoba PSŽ, koji skuplji smještaj ne bi mogli sebi priuštiti. Također smanjenje poslovnih rashoda nije moguće jer bi se time smanjila kvaliteta usluge u domu za starije i nemoćne i ne bi se ostvarili zakonom propisani minimumi poslovanja. Iz navedenih podataka proizlazi da točka pokrića nije ostvariva te da pokretanje doma za starije i nemoćne korisnike s kapacitetom od 22 mesta nije isplativo.

## Zaključak

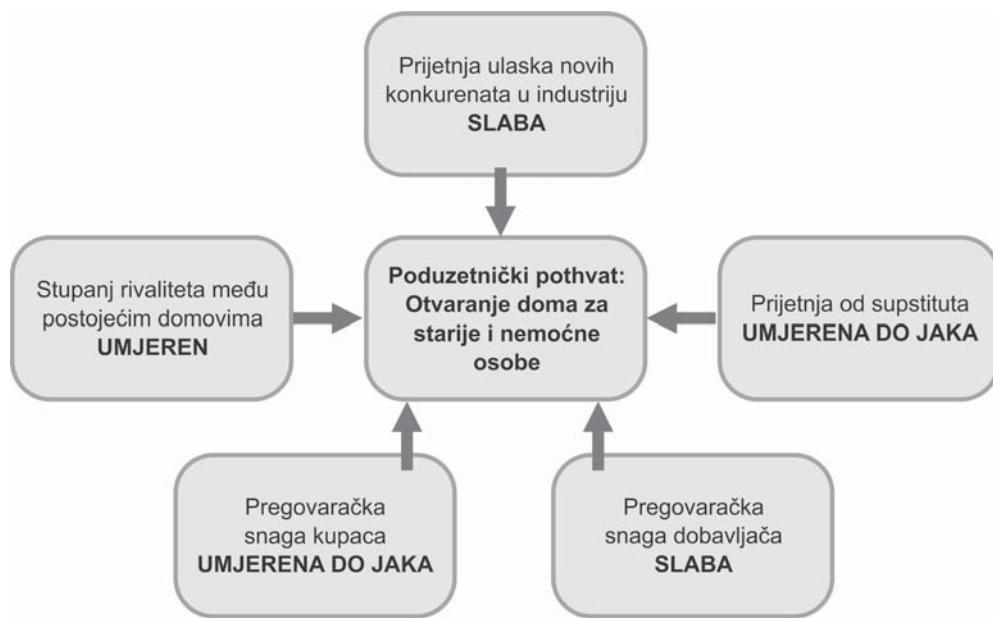
Industrija usluge smještaja u dom za starije i nemoćne osobe je poduzetnički atraktivna. Prema Timmonsovom modelu četiri sidra glavni rizici poslovanja su neprepoznavanje vrijednosti i kvalitete doma od strane potencijalnih korisnika i njihovih obitelji, loša gospodarska situacija, visoki troškovi ulaganja te nedostatak raspoloživih sredstava.

Poslovni pothvat u prvoj godini poslovanja ostvaruje gubitak jer troškovi bruto plaća, režija i hrane prelaze planirane prihode pri punom kapacitetu. Povećanje prihoda nije moguće jer si umirovljenici PSŽ ne bi mogli priuštiti veće cijene smještaja. Rješenje nije ni smanjenje broja zaposlenih jer bi se time smanjila kvaliteta usluge u domu pa se ne bi zadovoljio zakonski minimum poslovanja. S ka-

pacitetom doma od 22 mesta i navedenim troškovima izgradnje te navedenim mjesecnim troškovima, dom ne može postići točku pokrića niti vratiti uloženu investiciju. Moguće rješenje bilo bi planiranje većeg smještajnog kapaciteta. Iako je riječ o nužno potrebnoj djelatnosti s predviđanjima rasta, zbog nedostataka poput premalih kapaciteta te velikog kreditnog opterećenja, ne savjetuje se ulazak u posao izgradnje doma za starije i nemoćne za 22 korisnika. Mnogi vide velik potencijal u industrijskom pružanju skrbi starijima i nemoćnima osobama. Tek im pisanje poslovnog plana „otvori oči“ i uvide na koje potencijalne probleme treba obratiti pozornost prilikom poslovnog planiranja. Zbog toga je poslovno planiranje obvezna domaća zadaća svakog poduzetnika: prije ulaska u pothvat ono ne košta ništa, a greške koje se mogu dogoditi pokretanjem projekta bez planiranja mogu biti kobne.

## Literatura

- Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb – brinimo zajedno. U: Barišić Ivković J, Vukoja I, urednici. Razvoj palijativne medicine u Požeško-slavonskoj županiji. Zagreb: Medicinska naklada; 2014:275-81.
- Timmons J, Zacharakis A, Spinelli S. Business plans that work: a guide for small business. New York: McGraw-Hill; 2004.
- Porter M E. Competitive advantage. New York: Free Press; 1985.
- Baringer BR, Ireland DR.. Poduzetništvo - uspješno pokretanje novih poduhvata. 3. izd., Tuzla: OFF-SET; 2010:42.
- Oberman Peterka S, Delić A, Tomašević V. Importance of evaluation of business opportunity in the process of new venture creation. Example of private entrepreneurial initiative in preschool education. U: Mašek Tonković A, ur. 3. Međunarodni znanstveni simpozij Gospodarstvo istočne Hrvatske – vizija i razvoj. Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera; 2014:410.
- Asančaić A. Važnost uočavanja poslovne prilike prilikom pokretanja poslovnog pothvata. [diplomska rad]. Osijek: Ekonomski fakultet u Osijeku; 2014:27-50.



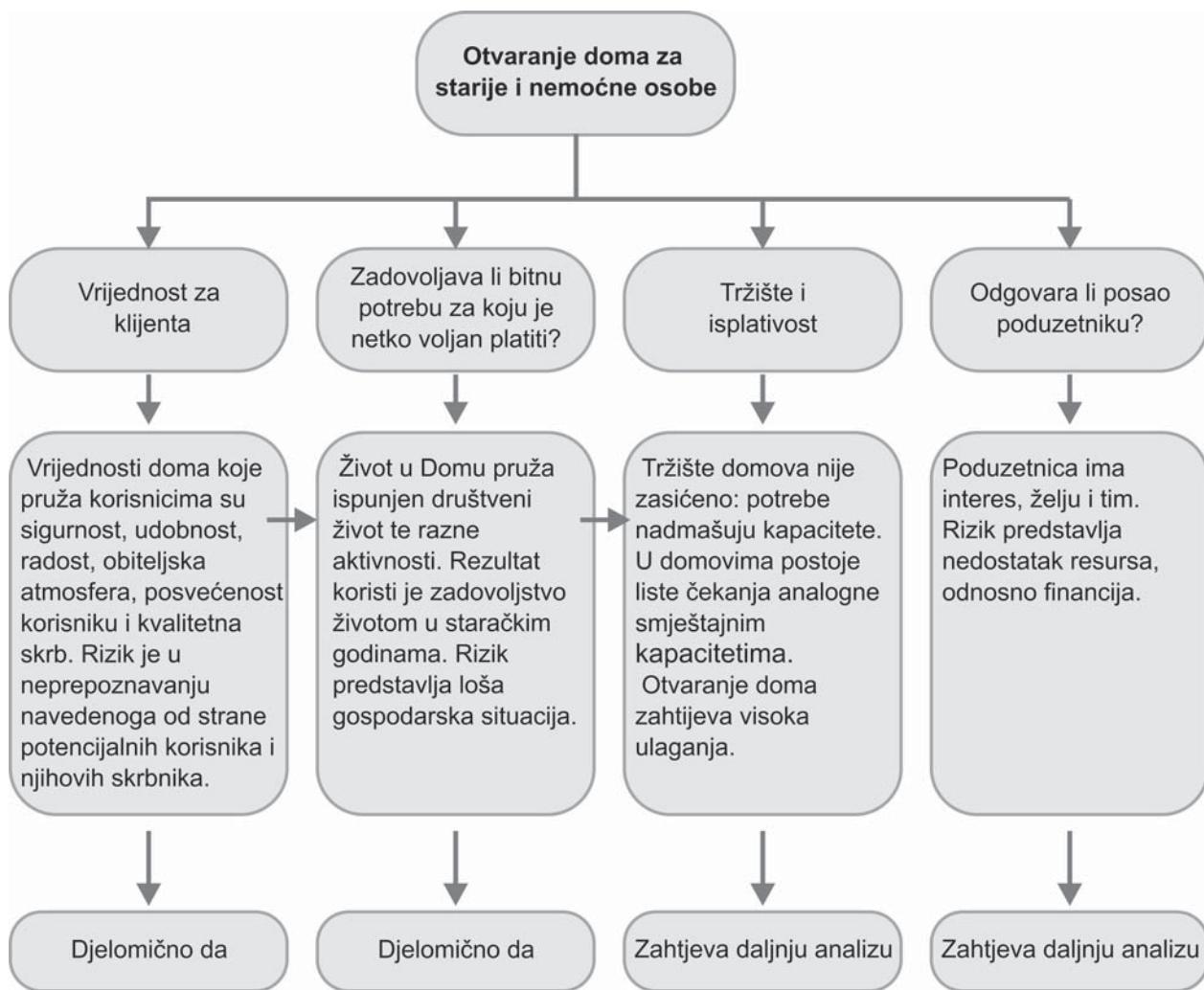
**Slika 1.** Rezultati analize „četiri sidra“ za ideju otvaranja doma za starije i nemoćene osobe s kapacitetom 22 mesta (prema<sup>6</sup>).

**Figure 1.** „Four anchors“ analysis for a nursing home with premises for 22 persons (according to<sup>6</sup>).

**Tablica 1.** Tekući troškovi (kn)

**Table 1.** Maintenance expenses (in kunas; 1 kn = 0.14 US\$)

Bruto plaće	36.202,78
Plin	2.666,67
Struja	2.400,00
Voda	1.650,00
Telefon + Internet	300
Pričuva	1.000,00
Komunalno	1.370,00
Gorivo	1.000,00
Hrana	9.616,20
Ostalo (potrošni materijal)	2.000,00
Rata kredita	6.019,67
<b>UKUPNI TEKUĆI TROŠKOVI</b>	<b>64.225,32</b>

**Slika 2.** Porterov model konkurenčkih snaga**Figure 2.** Porter's model of competitive forces

# **Uloga rehabilitacije (motivacije) na oporavak pacijenta kod hipoksičnog oštećenja mozga nakon epileptičkog napadaja – prikaz pacijenta**

## ***The role of rehabilitation (motivation) in patient's recovery after hypoxic cerebral damage caused by epileptic seizure – case report***

**Vesna Tabak, Mladenka Vrcić Keglević**

### **Sažetak**

Prikazan je primjer mladog bolesnika koji je imao ozbiljne motoričke, govorne i vidne deficite, uzrokovane ishemijom mozga, najvjerojatnije epileptičkim napadajem nastalim dok je bolesnik bio sam. Dodatno je doživio i novo ishemiju mozga kao posljedicu petminutnog srčanog zastoja nakon puknuća interkostalne arterije pri pleuralnoj punkciji. Nakon 3,5 mjesecne hospitalizacije, bolesnik je otpušten s ataktičnim i otežanim hodom, s povremeno nevoljnim pokretima, GMS lijevih ekstremiteta je bio snižen, govor je bio dizartričan, vid mutan i oslabljen, a psihomotorno je bio usporen. Njegovom uspješnom oporavku doprinijele su sve raspoložive mogućnosti rehabilitacije (bolnička, kućna i ambulantna fizikalna terapija), usporedo s vježbama govora i vida. Usprkos učinkovitosti navedenog liječenja, izgleda da su ipak presudnu ulogu u oporavku ovako teškog bolesnika imale osobine njegove ličnosti (optimizam i vjera u oporavak) i cijelokupno obiteljsko okružje. Iste osobine imalo je i njegovo okruženje, roditelji i djevojka, koji su svojim zalaganjem i psihološkom potporom pridonijeli oporavku. On je primjer bolesnika gdje bi liječnik obiteljske medicine trebao primijeniti bio-psihosocijalni pristup (holistički) i iskoristiti, uz medicinske i sve mogućnosti bolesnika i njegove obitelji u postizanju terapijskih ciljeva, primijeniti pacijentu orijentiranu skrb.

### **Summary**

A case of young patient with serious motor, speech and visual disorders caused by cerebral ischemia, most probably due to epileptic seizure when he was home alone. Additionally he suffered another cerebral ischemia as a result of a five minute heart failure after rupture of intercostal artery while having pleural puncture. After 3 and a half months hospitalization the patient was dismissed with atactic and difficult walk with occasional unwilling movements, GMS of left extremities was lower, dysarthric speech, blurred and reduced vision, and his psychomotor skills were slowed down. His successful recovery was the result of all available possibilities of rehabilitation (hospital, home and ambulatory physical therapy) together with speech and vision exercises. In spite of the efficacy of the mentioned treatments it seems that the crucial role in the patient's recovery was his personality (optimism and belief in his recovery) and that of his family. His environment, parents and girlfriend had the same characteristics as he did. With their dedication and psychological support they contributed to the recovery. He is the example of the patient where family doctor should apply bio-psycho-social approach (holistic) and use, together with medical, the patient's possibilities and those of his family in order to achieve therapeutic goals, applying patient-oriented care.

## Uvod

Epilepsija je uz glavobolju najčešća neurološka bolest. Učestalost se kreće od 0,6-1,2 %, povećava se sa starošću pacijenata, a češće se javlja kod muškaraca nego kod žena<sup>1-3</sup>. Za očekivati je LOM ima u skrbi 3 -14 pacijenata s epilepsijom<sup>4</sup>. Godišnji raspon incidencije je 50-70 na 100.000 stanovnika, pa je vjerojatnost da se jedan od njih javi u ordinaciji LOM-a izrazito mala<sup>1,4</sup>. Čini grupu neuroloških bolesti za koje su karakteristični epileptički napadi, koji su ponekad jedva primjetljivi neobični mišićni pokreti, do klasičnog, konvulzivnog epileptičkog napada s gubitkom svijesti. Epileptički napadi se najčešće ponavljaju, a budući da je terapija najčešće doživotna i epilepsija je svrstana u grupu kroničnih bolesti<sup>5</sup>. S teorijskog stanovišta se može govoriti o epilepsiji kao zasebnoj bolesti ili kao simptomu nekih drugih bolesti. Vjerojatno je epilepsija kao zasebna bolest posljedica genetskog defekta, a najčešće interakcije genetskog i vanjskih činioča. Češća je u djece i mladim. Epilepsija kao simptom, najčešće nastaje kao posljedica neuroloških bolesti; malformacija i oštećenja mozga prilikom poroda, povreda ili infekcija mozga u kasnijem životu, tumora ili cerebrovaskularnih oštećenja mozga. Osim malformacija i intrapartalnih povreda, drugi oblici se češće pojavljuju u kasnijoj životnoj dobi. Međutim, usprkos razvijenim dijagnostičkim metodama, kod najvećeg broja slučajeva epilepsije kao zasebne bolesti uzrok ostaje neotkriven<sup>5,6</sup>.

U radu je prikazan primjer mladog muškarca, koji je najvjerojatnije doživio asfiksiju i hipoksemično oštećenje mozga kao poslijedicu epileptičkog napada. Cilj ovog prikaza je obratiti pozornost na ulogu bolesnika i njegove obitelji u dugotrajnoj rehabilitaciji motoričkih oštećenja, oštećenja govora i vida i socijalnoj rehabilitaciji.

## Prikaz slučaja

Muškarca u dobi od 34 godine bez ikakvih zdravstvenih tegoba, uspješnog mladog poslovnog čovjeka, neoženjenog u stabilnoj emotivnoj vezi,

za vrijeme službenog putovanja u Beč, pronašli su prijatelji u besvjesnom stanju u hotelskoj sobi. Bolesnik je reanimiran i intubiran te hospitaliziran u jednoj bečkoj bolnici tijekom mjesec dana, od kojih je 3 tjedna bio u komatoznom stanju. Radilo se vjerojatno o epileptičkom napadu nejasne geneze. Naknadno se iz heteroanamneze (roditelji, ) saznao da je kao dijete imao febrilne konvulzije, ali bez obiteljskog opterećenja za neurološke bolesti, s urednim ranim psihomotornim razvojem. Događaju je prethodila gastointestinalna infekcija (mučnina, proljev), te glavobolja i vrtoglavica. Prije ovog događaja nije uzimao nikakve lijekove, ni alkohol, niti opojna sredstva.

Dijagnostičkom obradom kod prijema (CT mozga s angiografijom i MR mozga) našao se kavernom, bez znakova krvarenja ili ishemije, EEG je bio bez žarišnih ispada, pa je bolesnik vođen pod dijagnozom epilepsije s nerazjašnjениm uzrokom. Tijekom hospitalizacije nastupile su mnogobrojne komplikacije: abdominoliza i akutno zatajenje bubrega liječeno hemodializom, oštećenje funkcije jetre i obostrani pleuralni izljev. Izljev je punktiran, prilikom čega je nastupila ruptura međurebrane arterije, hematotoraks s asistolijom i s petminutnim zastojem srca uz reanimaciju. Kontrolni MR mozga nakon reanimacije, u usporedbi s nalazom učinjenim kod prijema, je upućivao na hipoksična oštećenja u gornjem čeonom režnju obostrano, te kortikalno obostrano, pa je primijenjeno liječenje hipotermijom 7. Nakon buđenja iz kome i uz terapiju antiepilepticima bolesnik je premješten u Zagreb gdje je bio hospitaliziran slijedeća 2,5 mjeseca.

Prilikom otpusta iz bolnice, bolesnik je bio orijentiran u vremenu i prostoru, hod je bio ataktičan, otežan, s povremenim nevoljnim pokretima, gruba motorna snaga (GMS) lijevih ekstremiteta je bio snažena, govor je bio dizartričan, vid mutan i oslabljen, a psihomotorno je bio usporen. Započeta je bolnička rehabilitacija, koja je nastavljena u kući bolesnika pet puta tjedno. Fizioterapeut je provodio slijedeće postupke: individualne vježbe sa razgibavanjem zglobova i jačanje mišića, mobilizacija zglobova,

trening koordinacije i ravnoteže. Međutim, roditelji pacijenta, njegova djevojka, a i sam bolesnik su iskazali želju da nauče vježbe, pa kako kažu „osim noći i spavanja cijeli dan su provodili u vježbanju“. Potom je rehabilitacija nastavljena svakodnevno ambulantno u najbližoj ordinaciji fizičke terapije, provodile su se individualne vježbe za vratnu kralježnicu i rameni obruč, vježbe za lijeve ekstremitete, vježbe koordinacije i trening na balans platformi. Istodobno su provođene logopediske vježbe i vježbe vida. Budući da je bolesnik bio teško pokretan, čitava obitelj je bila usmjerena na njegov oporavak, odvodeći ga na vježbe koje je on nastavljaо vježbati samostalno, čim bi došao kući. Dva ljetna mjeseca rehabilitaciju je ambulantno provodio u Talasoterapiji u Crikvenici. Pored osobnog angažmana bolesnika i njegove obitelji, u njegovu rehabilitaciju su bila uložena i ozbiljna osobna materijalna sredstva. Niti u jednom trenutku, ni bolesnik niti članovi njegove obitelji, nisu se požalili na uloženi trud ni materijalna sredstva. Bilo je dojmljivo njihovo oslanjanje na same sebe, popraćeno zahvaćenošću zdravstvenim radnicima i zdravstvenom sustavu za sve što je u njega uloženo.

U nekoliko navrata učinjena reevaluacija zdravstvenog stanja, procjena neuroloških deficitova, kognitivnog oštećenja, oštećenja vida, logopedskog statusa. Na svakoj kontroli se uočavao objektivan napredak na svim razinama: motorika, vid, govor i svakodnevno funkciranje. Nakon gotovo dvije godine pacijent se vratio na posao. Ima blagu lijevostranu hemiparezu uz uredan hod, govor nešto sporiji, ali uredan, kao i uredan vid. Oženio se i otac je dvogodišnjeg dječaka. Posao vodi uspješno, a u ambulantu dolazi povremeno. Uzima antiepileptike (EEG je difuzno dizritmički iritativno promijenjen), a uzrok epilepsije je ostao neotkriven. Kavernom i angirom koji su obradom nađeni, prema mišljenju neurologa i neurokirurga nisu doveli do epileptičkog statusa, te su procijenili da nema indikacija za njihovo operativno lijeчењe.

Smrtnost ljudi koji imaju epilepsiju je 1,6 do 4,1 puta veća nego u općoj populaciji, ovisno o osnovnom

uzroku, a najčešće se dešava u epileptičkom napadaju, kao iznenadna smrt ili posljedica suicida i traume<sup>8</sup>. Zbog toga je važno, pored zaustavljanja epileptičkog napada, održavanje prohodnosti dišnih puteva kao osnovna mjera prve pomoći u napadu, a osobito u statusu epileptikusu. Postavljanjem bolesnika u bočni položaj, spriječit će se smrt ili komplikacije od asfiksije nastale zbog opstrukcije dišnih puteva jezikom ili povraćanjem<sup>9</sup>. Nepoznati su mehanizmi nastanka smrti kod iznenadne smrti epileptičara<sup>10</sup>. Smrtnost starijih ljudi je osobito povećana<sup>8,9</sup>. Prema NICE smjernicama, oko 40-60% smrti su preventabilne, pravovremenim otkrivanjem, ispravnim liječenjem i edukacijom bolesnika<sup>11</sup>. Međutim, smrtnost kod epilepsije kao zasebne bolesti kod koje se ne nalazi uzrok nije značajno veća od opće populacije.

## Rasprrava

Kod prikazanog pacijenta se radilo o ishemičkom oštećenju mozga, najvjerojatnije uzrokovanim epileptičkim napadom pri čemu je došlo do asfiksije, jer je bolesnik bio sam i nije mu imao tko pružiti odgovarajuću pomoć. Zdravstveni problem se dodatno zakoplicirao, sa srčanim zastojem i poslijedičnom, ponovnom ishemijom mozga tako da je nakon 3,5 mjeseca bolničkog liječenja otpušten, s ozbiljnim motoričkim, govornim i vidnim oštećenjima. Kao što je bilo i za očekivati sukladno literurnim spoznajama, uspješan oporavak ovog teškog bolesnika svakako su bili važni medicinski zahvati<sup>12</sup>. Osobito je bio presudan aktivan pristup usmjeren na individualne vježbe razgibavanje zglobova i jačanje mišića, uz volju i napor samog bolesnika, što je fizioterapeut prepoznao pri samom dolasku u kuću bolesnika<sup>13,14</sup>. Nije primjenio samo pasivno razgibavanje zglobova i jačanje mišića, jer je očito procijenio da su manje učinkovite metode<sup>15</sup>. Primjenio je metodu „hodanja i razgovora“ koju je pacijent nastavljao uz pomoć svoje obitelji<sup>16</sup>. Metode utemeljene na istim principima primjenili su i logoped i oftalmolog, dozirajući postizanje ciljeva prema bolesnikovim motivima i mogućnostima<sup>17</sup>.

Međutim, čini mi se da je u rehabilitaciji bila presudna uloga samog bolesnika i njegove obitelji<sup>18</sup>. Iako je prošlo 3,5 mjeseca od početka bolesti do trenutka kada sam ga upoznala, kod njega nisu bili vidljivi simptomi gubitka sampouzdanja, samosažaljenje ili depresija, simptomi koji se često javljaju nakon teških bolesti, osobito kada je u pitanju gubitak govora i vida kod neuroloških bolesnika<sup>19-21</sup>. On je cijelo vrijeme bio svjestan stanja, ali ne i zabrinut ili apatičan<sup>22</sup>. Iako nikad nismo proveli psihološko testiranje, čini se da bi po svojoj strukturi ličnosti pacijent spadao u grupu optimista, s izraženim povjerenjem u sebe i svoje mogućnosti, s internim lokusom kontrole, ali je bio i emocionalno topla osoba s izrazitim povjerenjem u druge ljudе, osobito u zdravstvene profesionalce. Nije bio perfekcionist s osjećajem neuspjeha ako neku radnju ne bi izveo na najbolji način, dapače bio je uporan u ponavljanju s dozom autoironije. Iz literature je poznato da su takve osobine ličnosti povezane s boljim ishodima kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, bolesnika s kroničnom lumbalnom bolj i kod psihijatrijskih bolesnika, a utjecale su i na oporavak nakon hospitalizacije kod starijih bolesnik<sup>23-27</sup>.

Iako su poznate emocionalne promjene nakon ishemije mozga, izgleda da ni njegov odnos s najbližima nije bio poremećen niti su se članovi obitelji našli zatečeni ozbiljnošću njegovog stanja<sup>28,29</sup>. Obitelj, roditelji i djevojka bili su neumorni u pružanju svesrdne potpore, neophodno važne u oporavku bolesnika<sup>30</sup>. Cijelo vrijeme imali su optimističan pristup i pomogli mu da u punom opsegu primjeni „samopomoći“<sup>31</sup>.

## Zaključak

Prikazan je primjer bolesnika u čijem su uspješnom oporavku iskorišteni sve raspoložive mogućnosti u rehabilitaciji teške bolesti, no izgleda da su presudnu ulogu imale osobine njegove ličnosti i cjelokupno obiteljsko okružje. On je primjer bolesnika gdje bi liječnik obiteljske medicine trebao primijeniti bio-psihosocijalni pristup (holistički) i iskoristiti, ne

samo medicinske, nego i sve mogućnosti bolesnika i njegovog okružja, u postizanju terapijskih ciljeva, primijeniti pacijentu orijentiranu skrb.

## Literatura

- Thurman DJ, Beghi E, Begley CE, Berg AT, Buchhalter JR, Ding D , i sur. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52(Suppl 7):2–26.
- De la Courte A, Breteler MM, Meinardi H, Hause A, Hofman A. Prevalence of epilepsy in the elderly: the Rotterdam study. *Epilepsia*. 1996;37:141-7.
- Hirtz D, Thurman DJ, Gwinn-Hardy K, Mohamed M, Chaudhuri AR, Zalutsky R. How common are the ‘common’ neurologic disorders? *Neurology*. 2007;68:326–37.
- Sander JW, Hart YM, Johnson AL, Shorvon SD. National general practice study of epilepsy: newly diagnosed epileptic seizures in a general population. *Lancet*. 1990;336:1267–71.
- Epilepsy. WHO Fact Sheet 2012;(999)-
- Pandolfo M. Genetics of epilepsy. *Semin Neurol*. 2011;31:506–18.
- Gornik I, Peklić M, Gašparović V. Hipotermija nakon kardijalnog aresta-premalo upotrebljavana metoda koja spašava živote. *Liječ Vjesn*. 2010;132:25-30.
- Hitiris N, Mohanraj R, Norrie J, Brodie MJ. Mortality in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2007;10:363–76.
- Michael GE, O'Connor RE. The diagnosis and management of seizures and status epilepticus in the prehospital setting. *Emerg Med Clin North Am*. 2011;29:29–39.
- Ryvlin P, Nashef L, Tomson T. Prevention of sudden unexpected death in epilepsy: a realistic goal? *Epilepsia*. 2013;54(Suppl 2):23–8.
- National Clinical Guideline Centre. Seizures and epilepsy (G40–G41, 345). London: NCGC, 2012. Dostupno na: [www.ncgc.ac.uk](http://www.ncgc.ac.uk)
- Galea MP. Physical modalities in the treatment of neurological dysfunction. *Clin Neurol Neurosurg*. 2012;114:483-8.
- Lisa LP, Jughters A, Kerckhofs E. The effectiveness of different treatment modalities for the rehabilitation of unilateral neglect in stroke patients: a systematic review. *Neuro Rehabil*. 2013;33:611-20.

14. Khan CM, Oesch PR, Gamper UN, Kool JP, Beer S. Potential effectiveness of three different treatment approaches to improve minimal to moderate arm and hand function after stroke--a pilot randomized clinical trial. *Clin Rehabil.* 2011;25:1032-41.
15. Katalinic OM, Harvey LA, Herbert RD. Effectiveness of stretch for the treatment and prevention of contractures in people with neurological conditions: a systematic review. *Phys Ther.* 2011;91:11-24.
16. Evans JJ, Greenfield E, Wilson BA, Bateman A. Walking and talking therapy: improving cognitive-motor dual-tasking in neurological illness. *J Int Neuropsychol Soc.* 2009;15:112-20.
17. Sullivan JE, Andrews AW, Lanzino D, Perron AE, Potter KA. Outcome measures in neurological physical therapy practice: part II. A patient-centered process. *J Neurol Phys Ther* 2011;35:65-74.
18. Bragoni M, Broccoli M, Iosa M i sur. Influence of psychologic features on rehabilitation outcomes in patients with subacute stroke trained with robotic-aided walking therapy. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013;92(Suppl 2):e16-25.
19. Davis CG, Egan M, Dubouloz CJ, Kubina LA, Kessler D. Adaptation following stroke: a personal projects analysis. *Rehabil Psychol.* 2013;58:287-98.
20. Shehata GA, El Mistikawi T, Risha AS, Hassan HS. The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. *J Affect Disord.* 2014; 22;172C:312-4.
21. Caeiro L, Ferro JM, Costa J. Apathy secondary to stroke: a systematic review and meta-analysis. *Cerebrovasc Dis.* 2013;35:23-39.
22. Sturmer T, Hasselbach P, Amelang M. Personality, lifestyles and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *BMJ.* 2006;332(7554):1359. Epub 2006 May 10.
23. Hummer K, Vannatta J, Thompson D. Locus of control and metabolic control of diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Educ.* 2011;37:104-10.
24. Oliveira TH, Oliveira VC, Melo RC, Melo RM, Freitas AE, Ferreira PH. Patients in treatment for chronic low back pain have higher externalised beliefs: a cross-sectional study. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16:35-9.
25. Hutcheson C, Fleming MP, Martin CR. An examination and appreciation of the dimensions of locus of control in psychosis: issues and relationships between constructs and measurement. *J Psychiatr Mental Health Nurs.* 2014;21:906-16.
26. Milte CM, Luszcz MA, Ratcliffe J, Masters S, Crotty M. Influence of health locus of control on recovery of function in recently hospitalized frail older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;15:341-9.
27. Farinelli M, Panksepp J, Cevolani D i sur. Do brain lesions in stroke affect basic emotions and attachment? *J Clin Exp Neuropsychol.* 2015;29:1-19.
28. McLennon SM, Bakas T, Jessup NM, Habermann B, Weaver MT. Task difficulty and life changes among stroke family caregivers: relationship to depressive symptoms. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95:2484-90.
29. Cameron JI, Naglie G, Green TL i sur. Randomized clinical trial of the timing of right stroke family support program: research protocol. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:14-8.
30. Warner G, Packer T, Villeneuve M, Audulv A, Versnel J. A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: self-management programs for stroke survivors. *Disabil Rehabil.* 2015;12:1-23.

# Kontaktni dermatitis – prikaz pacijenta

## Contact dermatitis – case report

Kristina Sambol, Tatjana Cikač

### Sažetak

Dermatitis je upala kože koja nastaje nakon kontakta s tvarima koje mogu nadražiti kožu ili izazvati alergijsku reakciju. Praćen je simptomima koji uključuju svrbež, osip, crvenilo, otok, a mogu se javiti i bule koje pucaju te kraste koje predstavljaju sasušeni sadržaj puknutog mjehurića. Promjene su obično oštro ograničene i javljaju se na otkrivenim dijelovima tijela, naročito šakama. Prema mehanizmu djelovanja razlikujemo dva tipa kontaktnog dermatitisa: kontaktni nealergijski koji se javlja u 80% slučajeva i kontaktni alergijski koji čini oko 20% svih slučajeva. Cilj liječenja je djelovati na postojeću upalu (obično lokalnom primjenom kortikosteroida), obnoviti kožnu barijeru i izbjegići ponovnu pojavu kontaktne upale kože. U ovom radu prikazano je na koji način pristupiti pacijentu sa simptomima kontaktnog dermatitisa.

**Ključne riječi:** kontaktni dermatitis, dijagnoza, liječenje, obiteljska medicina

### Summary

Dermatitis is a general term that describes an inflammation of the skin and appears after a contact with a substance that can irritate the skin or cause an allergic reaction. Symptoms include itching, rash, redness, swelling. Skin affected by dermatitis may blister, ooze and develop a crust. Changes are usually clearly limited and appear on the exposed parts of the body, especially hands. Dermatitis may have many causes and occurs in many forms. There are two types of contact dermatitis: non-allergic which occurs in 80% of cases and allergic which

comprises about 20%. The goal of the treatment is to affect the existing inflammation (usually with topical corticosteroids), restore the skin barrier and prevent reappearance of dermatitis. This paper describes the approach to the patient with symptoms of contact dermatitis.

**Keywords:** contact dermatitis, therapy, diagnosis, family medicine practitioner

### Uvod

Kontaktni dermatitis je upala koju uzrokuje dodir s određenom tvari<sup>1</sup>. Osip je ograničen na određeno područje i najčešće ima jasno određene granice<sup>1</sup>. Dvije glavne skupine u okolišu koje uzrokuju kontaktni dermatitis su alergeni i iritansi. Simptomi kontaktnog dermatitisa kreću se od blagog i prolaznog crvenila pa do teškog nateknuća i mjehura<sup>2</sup>. Najčešća područja gdje se razvije kontaktni dermatitis su šake, vrat, ruke, lice i noge<sup>3</sup>. Utvrditi uzrok dermatitisa nije uvijek lako jer su mogućnosti mnogobrojne. Iritantni kontaktni dermatitis se dijagnosticira utvrđivanjem tvari kojima je koža bila izložena. Za dijagnozu alergijskog kontaktnog dermatitisa koristi se epikutani test<sup>2</sup>. Osnovni način liječenja je pronaći uzrok te njegovo uklanjanje ili smanjenje kontakta s njim. Za ublažavanje simptoma blagog kontaktnog dermatitisa koriste se kortikosteroidne kreme ili masti dok je za teže oblike potrebno dati kortikosteroide per os<sup>2</sup>. Primjena antihistaminika može ublažiti svrbež. Alergijski kontaktni dermatitis se nešto češće javlja kod žena nego u muškaraca<sup>4</sup>. Razlog tome je alergija na nikal (nakit) koja se javlja kod 10 % žena<sup>4</sup>. Kod osoba starijih od 70 godina češće se javlja dermatitis kao posljedica primjene topičkih lijekova<sup>4</sup>.

## Prikaz slučaja

K.Š. je stara 42 godine i radi kao obućar već 10 godina. Zabrinuta je jer joj se u proteklih pola godine povremeno javlja osip na dorzumu i prstima obje šake koji je praćen svrbežom i osjećajem stezanja. Osip traje do tjedan dana, a nakon što počne koristiti zaštitne rukavice na poslu i češće maže ruke hidratantnom kremom on se povuče. Sada se javila u ambulantu jer se osip proširio i na podlakticama, desno izraženije. Uz to je koža postala crvena, ljudska i upaljena. Na prstima joj povremeno puca koža i krvari, osjeća neznatno olakšanje nakon što namaže ruke kremom. Do sada nije teže bolovala. Navela je da ima alergiju na neke trave i pelud no s obzirom da simptomi nikad nisu jako izraženi nije zbog toga tražila pomoći liječnika. Nikada nije napravila alergološko testiranje. Ona inače ima suhu kožu, naročito to zamjećuje u zimskim mjesecima kada i koristi losione za tijelo. Oba roditelja su joj živa i koliko zna ne boluju od težih bolesti. Otac povremeno uzima nešto protiv bоловa, a majka ima problema s tlakom, sestra i brat nemaju zdravstvenih tegoba. Ne puši, alkohol piye vrlo rijetko. Svakodnevno je dosta fizički aktivna jer puno vremena provodi nakon posla u vrtu i na polju. Živi sa suprugom i dvoje djece u obiteljskoj kući u selu nedaleko od Varaždina. Djeca pohađaju srednju školu, a suprug radi kao automehaničar. Inače se osjeća dobro, ne navodi nikakve promjene na tjelesnoj težini, smetnje s disanjem, mišićno-koštane tegobe. Nije promijenila ništa u prehrani kao ni sredstva za osobnu higijenu ili za pranje rublja. Njezin arterijski tlak je bio 135/75 mm Hg, težina 62kg i visina 168 cm, ITM 22 kg/m<sup>2</sup>. Ostali klinički pregled je bez osobitosti. Na prstima, podlakticama i dorzumu obje šake prisutan je crvenkast osip te brojne ekskorijacije. Prisutan je i osip u obliku ljudske plaka, izraženije na desnoj podlaktici. Na oba palca i kažiprstima prisutne su površinske ragade, a između prstiju ekskorijacije. Dlanovi su suhi uz ljuštenje kože. Na ostalim dijelovima tijela koža je uredna. Pacijentku sam zamolila da donese opis radnog mjesta kako bih vidjela s kakvim je tvarima

svakodnevno u kontaktu. Poslana je na analizu i strugotina kože da se isključi gljivična infekcija. Kako su bili prisutni znakovi upale u terapiju sam prvo uvela kroz sedam dana kortikosteroide u obliku masti uz dodatak antibiotika. Nakon toga je uključen razblaženi kortikosteroid u neutralnoj podlozi do 20%. Savjetovala sam pacijentici da koristi preparate za neutralnu njegu te nastavi sa domazivanjem ruku hidratantnim kremama. Zbog svrbeža uvela sam i desloratadin u dozi od 5 mg jedan put dnevno. Na kontrolnom pregledu za sedam dana svrbež je nestao, isto tako su se povukle ragade na prstima i eritem. Zaostalo je još ljuštenje kože na prstima i dlanovalima. U opisu radnog mjesta stajalo je da svakodnevno radi sa štavljenom kožom i ljeplima. Na temelju tih podataka i anamneze zaključila sam da se radi o kontaktnom dermatitisu, u ovom slučaju profesionalnom. Nakon tri tjedna nalaz strugotina kože na gljive bio je negativan, a kožne promjene su se u potpunosti povukle. Pacijentici sam savjetovala da izbjegava bilo kakve iritanse, koristi više puta dnevno hidratantne kreme i kod rada PVC rukavice sa pamučnom postavom. Nije željela daljnju obradu vezano uz utvrđivanje profesionalne bolesti.

Diferencijalno dijagnostički kod pacijentice bi u obzir dolazili lichen simplex chronicus, psorijaza, dermatomikoze, impetigo. Lichen simplex chronicus karakteriziraju dobro ograničeni plakovi sa kožom koja je lihenificirana zbog grebanja ili nadraživanja<sup>2</sup>. Promjene su prisutne na stražnjem dijelu vrata, dorzumu stopala ili pretibijalno. Psorijaza, kronični upalni poremećaj s oštro, ograničenim žarištima koja su pokrivena ljudskama, jedna je od najčešćih kožnih bolesti. Predilekcijska mjesta su koljena, laktovi, šake, stopala i vlasište<sup>1</sup>. Kožne promjene u pacijentice, za razliku od psorijaze, nisu suhe lezije sa oštro ograničenim rubovima koje pucaju na pritisak. Dermatomikoze su gljivične infekcije uzrokovane sojevima Trichophyton, Microsporum i Epidermophyton<sup>1</sup>. Prisutne su lezije na koži s perifernim eritemom dok se u središnjem djelu koža ljušti. Kod tinee se mogu vidjeti eritem i ljuštanje kože između prstiju, a prisutan je i svrbež. Zbog

sličnih promjena na šakama pacijentice upućena je na analizu strugotina kože na gljive. Impetigo je površinska upala kože uzrokovana streptokokima ili stafilokokima<sup>2</sup>. U početku na koži nastaju pustule ili bule koje pucaju, a na njihovom mjestu nastaje krasta boje meda. Ozljeda zbog trljanja i grebanja može dovesti do erozija.

## Rasprava

Dermatitisi su kožne promjene praćene pojavom crvenila, vezikula, svrbeža i perutanja kože. Ovisno o kliničkoj slici kod kontaktnog dermatitisa razlikujemo alergijski i nealergijski koji mogu biti akutni i kronični. Akutni nealergijski kontaktni dermatitis (dermatitis irritativa) nastaje nakon kontakta sa izrazito jakim iritansom (kemikalije, otapala). Promjene nastaju samo na mjestu kontakta, oštro su ograničene i zahvaćaju samo epidermis<sup>5</sup>. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze i kliničke slike. U liječenju se koriste oblozi fiziološke otopine, a prvi pet do sedam dana kortikosteroidi u obliku kreme, a nakon toga razblaženi (do 20%) kortikosteroidi u neutralnim podlogama<sup>5</sup>. Za domazivanje se preporučuju neutralne kreme, a preporučljivo je koristiti neutralne sapune za osobnu higijenu. Kronični nealergijski kontaktni dermatitis (iritativni dermatitis) nastaje nakon dugotrajnog djelovanja iritansa na kožu i sačinjava 80% svih uzroka kontaktnog dermatitisa. Oni uzrokuju nestajanje lipidnog zaštitnog sloja, promjene pH kože i gubljenje normalne bakterijske flore<sup>2</sup>. Promjene su najizraženije na prstima i šakama. Koža je suha, ljušti se te je sklona pucanju pri čemu nastaju ragade. Diferencijalno dijagnostički potrebno je isključiti gljivičnu infekciju<sup>1</sup>. Liječenje je vrlo slično kao i kod akutnog nealergijskog kontaktnog dermatitisa s time da oblozi nisu potrebni, a na mjesto ragada se stavlja antibiotik u obliku masti<sup>5</sup>. Radi se o kroničnoj bolesti kod koje se izmjenjuju faze poboljšanja i pogoršanja te je nužno izbjegavati svaku iritaciju i upotrebljavati neutralne preparate za osobnu njegu. Kontaktni alergijski dermatitis nastaje unutar 24 do 48 sati od kontakta sa alergenom<sup>4</sup>.

Radi se o alergijskoj reakciji staničnog tipa (tip IV)<sup>2</sup>. Među alergene koji uzrokuju ovaj tip dermatitisa ubrajaju se krom, kobalt, formaldehid, deterdženti, kozmetička sredstva, prašina drveta<sup>5</sup>. Promjene u obliku eritema javljaju se na izloženim dijelovima tijela. Dijagnoza se postavlja na temelju epikutanog ili patch testa. Terapija je jednaka kao i kod nealergijskog dermatitisa s time da će se promjene uvijek ponovno javiti nakon kontakta s alergenom. Stoga je važno izbjegavati kontakt s alergenom na koji je kožni test bio pozitivan. Epikutani test se izvodi na koži leđa, a očitava se nakon 48 i 72 sata<sup>1</sup>. Radi se o biološkom testu kojim se određuje prisutnost kasne alergijske reakcije na određene alergene. U testiranje su uključeni najčešći alergeni prema svjetskim podacima, a prema potrebi se mogu dodati alergeni s radnog mjesta ukoliko se ne nalaze u standardnoj seriji. To je ciljani test koji se radi kada pacijent dostavi dopis iz poduzeća sa svim tvarima s kojima dolazi u kontakt. Profesionalni kontaktni dermatitis je posljedica kontakta sa alergenom isključivo na radnom mjestu. Promjene se pogoršavaju u radnom procesu, a nakon prestanka izloženosti vrlo brzo nestaju čak i uz blagu terapiju. Neke od profesija su više izložene: zidari, frizeri, radnici u kožarskoj ili kemijskoj industriji i slično. Uvjetovan je vrstom posla i uvjetima rada, duljinom trajanja rada i učestalošću kontakta s iritansom. Dijagnoza se postavlja na temelju epikutanog testa, a u liječenju se koriste oblozi fiziološke otopine, lokalno kortikosteroidi pet do sedam dana, neutralne kreme za domazivanje te mjere zaštite<sup>6</sup>. Ukoliko se radi o mlađoj osobi potrebna je promjena radnog mesta ili prekvalifikacija da ne bi došlo da jačih oštećenja kože i razvoja invaliditeta<sup>5</sup>.

## Zaključak

Kontaktni dermatitis je vrlo česta bolest u općoj populaciji. U radno aktivnih kožne bolesti su na trećem mjestu profesionalnih bolesti, a među njima je kontaktni dermatitis najčešći, u 70-90% slučajeva<sup>7</sup>. Dermatitis može imati značajan utjecaj

na kvalitetu života i svakodnevno funkciranje. Kod svih pacijenata koji su radno aktivni, a javе se u ambulantnu zbog kontaktne dermatitisa treba uzeti podatke o radnom mjestu, materijalima/sredstvima s kojima dolaze u kontakt, mjestu gdje se osip javlja te povezanost pojavnosti osipa u vrijeme kad su na poslu. Dijagnozu je potrebno potvrditi epikutanim (patch) testom. Uz lokalnu primjenu kortikosteroida, s ili bez antibiotika u obliku masti, treba savjetovati pacijenta o korištenju neutralnih preparata za osobnu njegu, objasniti mu povezanost kožnih promjena s izloženosti alergenima na radnom mjestu te ga do oporavka uputiti na bolovanje<sup>4</sup>. Liječnici obiteljske medicine (LOM-i) su vrlo često, nakon postavljanja dijagnoze profesionalnog kontaktne dermatitisa, jedini koji upoznaju pacijente s njihovom bolesti i načinu liječenja. Oni mogu, uz suglasnost bolesnika, pomoći i tako da poslodavca upoznaju s njegovim zdravstvenim problemom i izraze sumnju na uzrok. Poslodavac bi tada trebao prilagoditi radne uvjete pacijentu te ukoliko je potrebno zatražiti pomoć stručnjaka. Glavna prepreka u provođenju ovih smjernica su poteškoće u postizanju efektivne komunikacije između LOM-a, specijalista medicine rada i poslodavaca.

## Literatura

1. Basta-Juzbašić A. i sur. Dermatovenerologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
2. Ivančević Ž. MSD priručnik dijagnostike i terapije. 2. hrv. izd. Split: Placebo; 2010.
3. Collier J, Longmore M, Turmezei T, Mafi AR. Oxford handbook of clinical specialties. Oxford: Oxford University Press; 2010.
4. Hogan DJ. Allergic contact dermatitis. Dostupno na: <http://emedicine.medscape.com/article/1049216-overview>
5. Gregurek Novak T. Svi kontaktne dermatitisi. Vaše zdravlje. 2004;(37). Dostupno na: <http://www.vasezdravlje.com/printable/izdanje/clanak/457/>
6. Šebetić K. Profesionalni kontaktne dermatitisi. Dostupno na: <http://www.zdravobudi.hr/11201/profesionalni-kontaktne-dermatitisi>
7. Peternel S. Novije spoznaje o etiopatogenezi kontaktne dermatitisa. U: 5th Congress of Croatian Dermatovenereologists with International Participation. Abstract book. Zagreb, 2014.

## Obnovimo znanje (jedan odgovor je točan)

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

1. **Tipični simptomi za srčano zatajenje**  
(jedan odgovor nije točan)
  - a) nedostatak zraka
  - b) ortopneja
  - c) paroksizmalna dispneja
  - d) redukcija tolerancije napora
  - e) otok kapaka
2. **Manje tipični simptomi srčanog zatajenja**  
(jedan odgovor nije točan)
  - a) dobitak na težini  $>2$  kg /tjedan
  - b) noćni kašalj
  - c) bol u trbuhu
  - d) palpitacije
  - e) „wheezing“ („sipnja“)
3. **Specifični znak za srčano popuštanje**  
(jedan odgovor je točan)
  - a) hepatojugularni refluks
  - b) ventrikularni galop
  - c) zastojni hropci
  - d) pleuralni izljev
  - e) sve navedeno je točno
4. **Normalna ejekcijska frakcija srca**  
(jedan odgovor je točan)
  - a) 45-65%
  - b) 55-60%
  - c) 60-70%
  - d) 40-60%
  - e) 70-80%
5. **Koje dijagnostičke testove bi trebalo napraviti u obradi srčanog zatajenja u PZZ**  
(jedan odgovor nije točan)
  - a) rtg srca i pluća
  - b) KKS, Fe, TIBC, K, Na
  - c) EKG
  - d) TSH
  - e) ergometrija
6. **Biomarker- BNP**  
(moždani natriutetski peptid)  
(jedan odgovor nije točan)
  - a) zlatni standard za dg srčanog zatajenja, posebno one sa očuvanom EF
  - b) zatajenje bubrega i plućna embolija povećavaju razinu BNP-a
  - c) s godinama starosti razina se smanjuje
  - d) porast  $> 100$  pg/ml potvrđuje dijagnozu srčanog zatajenja
  - e) kod FA (fibrilacija atrija) povišena je razina BNP-a

7. **Što od dolje navedenog može utjecati na redukciju razine BNP-a**  
(jedan odgovor je točan)
- a) diabetes mellitus
  - b) debljina
  - c) ženski spol
  - d) dermatomiozitis
  - e) hipertireoza
8. **Za srčano zatajenje vrijedi**  
(jedan odgovor nije točan)
- a) imamo 2 tipa: s reduciranim EF i s očuvanim EF
  - b) pacijenti s normalnom EF LV bez dilatacije LV imaju neki oblik strukturne srčane bolesti i/ili dijastoličku disfunkciju
  - c) pacijenti sa dijastoličkom disfunkcijom ne moraju imati tipične simptome srčanog zatajenja
  - d) diuretici u srčanom zatajenju reduciraju simptome i znakove kongestije
  - e) blokatori aldosterona dodaju se već u inicijalnoj fazi srčanog zatajenja
9. **Inicijalna terapija pacijenata sa srčanim zatajenjem mora uključivati**  
(jedan odgovor je točan)
- a) diuretik, ACE inhibitor, BB (beta blokator)
  - b) ACEI, BB, antiaritmik
  - c) BB, antiaritmik (amiodaron), blokator aldosterona (spironolakton)
  - d) antiaritmik, antikoagulans, ACE
  - e) ACE, blokator aldosterona, diuretik
10. **Što treba kontrolirati svaka 3 mjeseca u laboratorijskim testovima kod pacijenata sa srčanim zatajenjem koji su na terapiji s ACEI i diuretikom** (jedan odgovor je točan)
- a) K, Na, jetreni enzimi
  - b) K, renalna funkcija
  - c) K, Na, GUK
  - d) K, Na, Fe
  - e) K, Na, lipidogram

TOČNI ODGOVORI: 1e, 2c, 3e, 4B, 5e, 6c, 7b,  
8e, 9a, 10b

**Mirjana Rumboldt, Dragomir Petric, ur.**

## OBITELJSKA MEDICINA

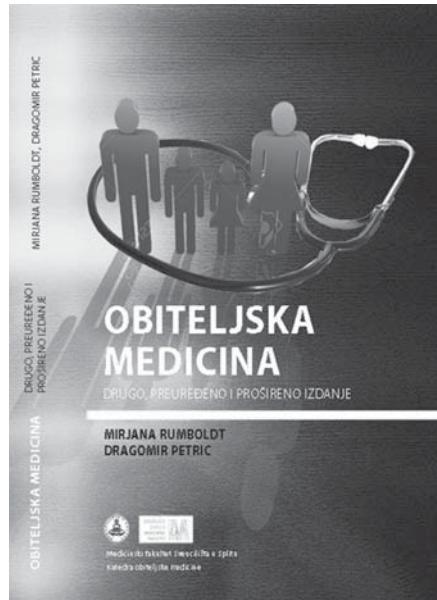
DRUGO, PREUREĐENO I PROŠIRENO IZDANJE

Split: Redak, 2015. Plastificirano, 464 str., cijena 260 Kn.

Prvo izdanje ovog vrijednog udžbenika objavljeno je 2011. godine i prikazano u našem časopisu (*Med Fam Croat 2012;20:84.*). Novo izdanje je doista prošireno i preuređeno, kao što mu i naslov spominje. Naime, umjesto 350 stranica, koliko je imalo prvo izdanje, ovo ima preko 460, a broj poglavlja je sa 46 povećan na 65. Poglavlja su razvrstana u opći (17 tema) i u specijalni dio (48 tema), a štivo je obogaćeno sa 36 slika i 83 tablice uz 478 referencija na literaturne izvore. Broj autora je s 18 povećan na 20, od kojih su čak 15 suradnici Katedre obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu.

Tekst je u prvom redu namijenjen studentima zadnje godine Medicinskog fakulteta u Splitu, na kolegiju Obiteljska medicina koji ima 180 sati i sastoji se od nastave (predavanja i seminari), terenske prakse/vježbi i objektivno strukturiranog kliničkog ispita (OSKI), za koji su autori priredili i objavili već dva izdanja praktikuma: Rumboldt M i sur. OSCE/OSKI. Praktikum vještina za studente i specijalizante obiteljske medicine. Split: Redak, 2012. (118 str.) i Rumboldt M, Petric D, ur. OSCE/OSKI (Objective Structured Clinical Examination / Objektivno strukturirani klinički ispit). Praktikum vještina za studente i specijalizante/specijaliste obiteljske medicine. 2. izd. Split: Redak, 2014. (158 str.). I ovo je potonje djelo prikazano u našem časopisu (*Med Fam Croat 2014;22:79.*).

Štivo je namijenjeno i specijalizantima, pa i specijalistima obiteljske medicine radi stjecanja i ovladavanja novih stavova, znanja i vještina u neposrednoj praksi sa specifičnim okolnostima u primarnoj zdravstvenoj skrbi, u očuvanju zdravlja



i zbrinjavanju oboljelih uz sagledavanje njihovog obiteljskog i socijalnog okruženja.

U prvom, općem dijelu (17 poglavlja) obrađena su načela na kojima počiva obiteljska medicina. Tu se obrazlažu najvažnije činjenice iz razvoja i sadašnjeg stanja obiteljske medicine u Hrvatskoj i u svijetu, potanko su prikazane njene specifičnosti kao zasebne discipline, kao i temeljne zasade te struke. Primjerice, posebnim je poglavljima ukazano na osobitosti kućnih posjeta, liječenja u kući, medicinske prakse utemeljena na dokazima, znanstvenog istraživanja, etičkih nedoumica, procesa donošenja odluka i svrishodnog komuniciranja.

Drugi dio udžbenika (48 poglavlja) podijeljen je u dvije cjeline: a) klinički entiteti i b) češće bolesti i stanja.

Klinički entiteti (17 poglavlja) su dobro odabrani jer obrađuju najčešće i najvažnije sindrome u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a zahtijevaju specifična znanja, stavove i vještine kojima se obiteljski liječnici trebaju odlikovati, pa su i dobar didaktički model za oblikovanje takvog pristupa (npr. pitanje multimorbiditeta). Težište nije na teorijskim znanjima, kojima

su studenti ovladali na drugim kolegijima, pa se spominju kao već stečena, nego se štivo usredotočuje na ono što je specifično za obiteljsku medicinu, a može poslužiti kao obrazac za donošenje odluka u praktičnom radu.

Češće bolesti i stanja (31 poglavlje) razmatraju primjerice akutne i kronične bolesti dišnog sustava, pristup hipertoničaru, dijabetičaru ili reumatičaru, osobitosti zdravstvene zaštite djece, adolescenata, žena, starijih osoba i terminalnih bolesnika, uz prikaz principa organizacije i provođenja aktivnosti sveukupne zdravstvene zaštite. Tekstovi su napisani instruktivno i prikladno obogaćeni sa stotinjak prikaza slučajeva, tj. konkretnih bolesnika i uloge obiteljskog liječnika pri usmjeravanju njihovih sudbina.

Posljednje poglavlje, Natuknice iz latinskoga za medicinare, na više primjera podsjeća na ispravno pisanje latinskih, ponekad i grčkih riječi, brojeva i kratica, te abecednim redom navodi dvjestotinjak pravilno napisanih, a često rabljenih dijagnoza, budući da se latinska terminologija u medicini, kako u nas, tako i u većini europskih zemalja izdašno

rabi, a pogrešno navođenje umanjuje intelektualni integritet autora.

Tekst je sastavljen pregledno i jasno, u jezičnom i konceptualnom smislu, poglavlja su oblikovana i opremljena prema suvremenim didaktičkim načelima: uvodno su istaknute najvažnije činjenice, potom su kroz prikaz problema razmotrene najvažnije teorijske postavke i principi rada obiteljskog liječnika i članova njegovog tima, obrazlaže suradnja s bolesnikom, obitelji, drugim liječnicima, navlastito bolničkim specijalistima, i društvenom zajednicom. Dodatnu vrijednost predstavljaju već spomenuti prikazi slučajeva integrirani u pojedina poglavlja. Terminologija i mjerne jedinice uskladene su sa standardima, a tiskarskih grešaka gotovo i nema.

Zbog svoje sveobuhvatnosti te stručne i znanstvene utemeljenosti, ovaj je udžbenik nezaobilazno štivo studentima i specijalizantima obiteljske medicine, a liječnicima obiteljske medicine bit će korisna potpora u svakodnevnom radu.

*Rajka Šimunović*

## **XXII. Kongres Hrvatske udružbe obiteljske medicine u Varaždinu**

Ovogodišnji kongres HUOM-a s međunarodnim sudjelovanjem, mahom kolega iz susjedne Bosne i Hercegovine (Sarajevo, Tuzla, Mostar) održan je u Varaždinu od 9. do 11. travnja 2015. godine. Treba istaknuti je da je i I. kongres obiteljskih liječnika, tada simpozij, pred dvadeset i dvije godine (1993.), u jeku Domovinskog rata, održan u ovom istom, slikovitom baroknom gradu, svega godinu dana nakon osnivanja Udružbe. Varaždinska podružnica HUOM-a na čelu sa šarmantnim i gostoljubivim organizatoricama Tatjanom Cikač, Blaženkom Fijačko, Bojanom Škvorc i Tamarom Bosak, svojski se potrudila da ovaj kongres, održan u prostorima hotela „Turist“, proljetnim ugodnjem, ambijentom, sadržajem i društvenim zbivanjima nadmaši mnoge prethodne.

U večernjim satima prvog dana, u koncertnoj dvorani varaždinskog kazališta, upriličeno je svečano otvaranje Kongresa uz nazočnost brojnih kolega i uzvanika iz države, županije i grada, koji su kratkim obraćanjem pozdravili skup. U ime Katedri obiteljske medicine prisutne je pozdravila prof. dr. sc. Milica Katić i u dodatnom izlaganju ukazala na sadašnje stanje i poteškoće obiteljske medicine kao struke, ali i kao akademske discipline u našoj zemlji. Potom se prim. Dragomir Petrić, dugogodišnji predsjednik HUOM-a, obratio nazočnima i službeno otvorio Kongres, nakon čega je slijedio izvanredni umjetnički program s koktelom dobrodošlice gostoljubivih domaćina.

Slijedeća dva dana bila su posvećena struci i znanosti. Na programu su bile dvije tematske cjeline: metabolički sindrom (MetS) i polipragmazija, uz brojne slobodne teme. Glavne teme nisu slučajno odabранe budući da predstavljaju ozbiljnu javnozdravstvenu prijetnju, uzimajući maha sve do epidemijskih razmjera.

Prvog radnog dana, nakon uvoda u metabolički sindrom (M. Rumboldt "Metabolički sindrom

danasa"), slijedio je niz vrlo uspješnih izlaganja, naročito mlađih specijalista, iz tog područja: zastupljenost MetS-a u hipertoničara (S. Bekić i sur.); antikoagulantna terapija u MetS-u (S. Došen Janković); psorijaza i MetS (A. Tiljak i sur.); depresija i MetS (D. Tudorić Gemo); hipotireoza i MetS (S. Toplak Hranić i sur.); Mets i mediteranska prehrana s prikazom bolesnice (D. Tudorić Gemo i sur.); prehrambene navike u hipertoničara unazad deset godina (S. Pribić i sur.); epidemiološki i farmakoekonomski aspekti dijabetesa (T. Depolo i sur.); preuhranjenost i pretilost u djece (J. Tkalec i sur.) i pregledno predavanje CroDiabetGP studije „Problemi u provođenju probira na kronične bolesti u OM. Poboljšanje medicinske dokumentacije“ (M. Vrca Botica i sur.).

Slijedio je uvod u drugu tematsku cjelinu, o polipragmaziji (Đ. Kašuba Lazić)

„Polifarmacija u obiteljskoj medicini-rastući problem u 21. stoljeću“), na koju su se nadovezala predavanja o neprimjerenu propisivanju lijekova (M. Vrcić Keglević); o kretanju hipertenzije u OM i potrošnji antihipertenziva (M. Rapić i sur.); o razlikama u propisivanju antibiotika u ordinaciji OM Varaždina i Amsterdama (T. Cikač i sur.); o povezanosti padova u starijih s upotrebom lijekova (S. Kumbrija); o polipragmaziji u starijoj životnoj dobi (N. Begić i sur.); o izazovima u propisivanju antibiotika (T. Cikatić i sur.); o davanju statina u ordinaciji OM (M. Dubravica i sur.) i o racionalnoj farmakoterapiji i polipragmaziji sa stanovišta HZZO-a (T. Bekić).

Prijepodnevni raspored završen je izlaganjem slobodnih tema: uloga LOM-a u prepoznavanju i praćenju autoimunih bolesti (D. Haralović); prikaz slučaja akutnog pankreatitisa (I. Delija); male žljezde u vratu – gigantski poremećaji u organizmu (V. Ferenčak i sur.); fibrilacija atrija i ambulantno uvođenje varfarina – prikaz pacijenta (Lj. Knez i sur.); vršnjačko nasilje na primjeru 11-godišnjeg dječaka (M. Benčić); prikaz pacijenta oštećena sluha u ordinaciji LOM-e (M. Kadić i sur.).

Poslijepodnevni program, nakon zajedničkog

druženja na ručku, nastavljen je vrlo kvalitetnim radionicama, nužnim u praksi LOM, vođenim renomiranim stručnjacima kliničkih struka i obiteljske medicine na teme: „Pristup pacijentu s bolji“ (R. Čop i K. Sambol), „Oftalmologija“ s bolestima oka, oftalmoskopiranjem i pravilnim ukapavanjem u oko (Z. Vatavuk, G. Kotur), „Antikoagulantna terapija“ (S. Car i Lj Knez), „Balintova metoda i rad u Balintovoj grupi“ (H. Vuković i S. Kumbrija), „Spirometrija“ (S. Popović Grle, B. Fijačko i T. Marinić), „ADL odraslih u ordinaciji OM“ (T. Bosak i Z. Ognjanović), „Savjetovalište za dijabetičare u ordinaciji OM“ (V. Šimegl Đekić, B. Škvorc i T. Cikač).

Nakon naporog radnog dana, uveselila nas je „Večer HUOM-a“ s posebnim zabavnim programom uz birana jela i pića, specijalitete tog podneblja, glazbu i ples do kasnih sati.

Zadnji dan je, osim izlaganja projekta o medicini utemeljenoj na dokazima u OM (D. Vrdoljak), bio posvećen specijalizaciji iz OM jučer, danas i sutra: „Evaluacija projekta specijalizacije iz OM - 10 godina iza nas“ (M. Vrcić Keglević, H. Tiljak); „Što je učinjeno u specijalističkom usavršavanju LOM-a u Hrvatskoj u XXI. stoljeću“ (H. Tiljak, M. Vrcić Keglević); te „Koji su rezultati revitalizacije specijalističkog usavršavanja LOM-e u Hrvatskoj?“ (V. Cerovečki i sur.). Na kraju je provedena usmjerena rasprava o novom programu specijalizacije iz OM s pitanjem: koje su edukativne potrebe specijaliste OM u trajnom osobnom razvoju? (moderator H. Tiljak).

Upriličeno je i nekoliko sponzoriranih simpozija: „Kardiovaskularni“, „Generici u oftalmologiji“, „Denosumab u osteoporosi“ i dva radna simpozija („Arcoxia“ i „Victoza“).

Na kraju, ali ne manje lijepo, domaćini su nam priredili još jedno ugodno iznenadenje, odlazak na zajedničko fotografiranje „Stari grad“, susret s vodičem, šetnju gradom i razgledanjem kulturnopovijesnih znamenitosti. Tako je završio još jedan u stručno-znanstvenom i društvenom pogledu, vrlo uspešan kongres HUOM-a.

*Mirjana Rumboldt*

## Wonca World Rural Health Conference-Dubrovnik 2015

Poštovane kolegice i kolege!

U Dubrovniku je, u prekrasnom ambijentu Hotela President Lacroma na Babinom kuku, od 15. do 18. travnja 2015. godine, održana 13. Svjetska konferencija ruralne medicine (*Wonca World Rural Health Conference*). Osnovna nit vodilja Konferencije je bio razgovor o tome kako ukloniti barijere i spojiti liječnike koji rade u ruralnim sredinama, različitim po geografskim i kulturološkim osobinama i unutar drugačije organiziranim i financiranim zdravstvenim sustavima.

Prisustvovalo je oko 1200 liječnika iz čak 40 zemalja sa svih kontinenata koji su morali dugo putovati u Dubrovnik, kao npr. iz Australije, Novog Zelanda, Kanade, SAD. Ovaj skup je do sada najveći održani skup liječnika obiteljske medicine u Hrvatskoj. Preko 600 liječnika obiteljske medicine iz Hrvatske je prisustvovalo Skupu. Naravno da je sve to zahtijevalo iznimno trud organizacijskog odbora pod predsjedništvom dr. Tanje Pekez-Pavliško, i dr. Ines Balint, predsjedice KOHOM-a, i predsjednice znanstvenog programa konferencije. Istovremeno je održan i 6. Kongres KOHOM-a (Koordinacije Hrvatske Obiteljske Medicine) za koji je tema ruralne medicine također bila važna jer skoro trećina obiteljskih liječnika u Hrvatskoj radi u ruralnim krajevima.

Ukupno je bilo 15 znanstvenih sesija, a program Konferencije je bio podijeljen u nekoliko cjelina. U uvodnim predavanjima, pozvani predavači su bili: izabrana predsjednica Wonca World, profesor Amanda Howe, bivši predsjednik Wonca World, profesor Richard Roberts, vodeći stručnjak u zaštiti zdravlja poljoprivrednika, dr Claudio Colosio, potpredsjednik WWPRP (Wonca Working Party on Rural Practice), dr John Wyn Jones, te Barbary Doty i Maja Račić. Skup je također pozdravio putem skupa profesor Michael Kidd, predsjednik svjetske Wonca-e. Održano je 79 oralnih prezentacija, od

kojih 4 iz Hrvatske, i 58 radionica, od toga je u programu bilo 4 Wonca Rural iz Hrvatske. Brojne su radionice održane unutar programa 6. Kongresa KOHOM na kojima su se mogle naučiti i obnoviti praktične vještine iz spirometrije, krioterapije, zbrinjavanja hitnih stanja u obiteljskoj medicini, diferencijalne dijagnoze osipa u djece, pa čak i radionice o Eboli, prijetećoj ugrozi čovječanstva. U poster sekcijski bilo je prikazano 86 postera, od kojih 16 s hrvatskim autorima. Poster sekcijska se održavala u dva dana, u vremenu od 15,30 do 17 sati gdje su ih svi zainteresirani mogli pregledati i razgovarati o sadržaju s autorima prisutnim uz postere. Kao što je uobičajeno, bilo je i satelitskih simpozija sponzoriranih od farmaceutskih firmi, ali gledano u cijelini, kolege liječnici obiteljske medicine su mogli u svakom trenutku odabrati nešto što im je zanimljivo i potrebno u dalnjem radu.

Zaklada za razvoj obiteljske medicine pod mentorstvom profesorice Vrcić- Keglević je bila veoma aktivna, u poster sekcijski je bila prisutna s 9 postera i s jednom oralnom prezentacijom. Posebnu zahvalnost dugujemo gospodri Almi Šimunec-Jović sa Škole narodnog zdravlja „A.Štampar“, koja je grafički lijepo oblikovala naše postere. Ovakav oblik izlaganja na međunarodnim skupovima će svakako pomoći mlađim i starijim kolegama da stručno i znanstveno napreduju u svome radu.

Prezentacije pod pokroviteljstvom Zaklade su bile slijedeće:

Oralna prezentacija:

1. Mladenka Vrcić Keglević: Characteristics of rural doctors: are they stable over a longer period of time? Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, Zagreb

Poster prezentacije (navedene abecednim redom prvog autora):

1. Nataša Ban-Toskić, Vesna Tabak, Hrvoje Tiljak, Dom zdravlja Zagreb-Centar, ambulanta Martićeva, Zagreb (nedostaje naslov)
2. Miro Benčić. Group-work with diabetic patients type 2: a preliminary results. Dom Zdravlja Zagrebačke županije, ambulanta Brdovec

3. Zvonimir Bendeković: Are there any differences in the organization of public health nurse service in rural and urban regions in Croatia? Dom zdravlja Varaždinske županije, ambulanta Lepoglava
  4. Danijela Daus-Šebedak: Refusal of chemotherapy by a patient with advanced prostate cancer: case report, Ordinacija obiteljske medicine „Dr. Danijela Daus-Šebedak“, Podvinje, Slavonski Brod
  5. Boris Medić: Number and structure of home visits in rural family practice Dubravica, in 2010. Dom Zdravlja Zagrebačke županije, ambulanta Dubravica
  6. Renata Pavlov, Ivančica Topličan: Diabetes mellitus morbidity and antidiabetic drugs consumption in Croatia: longitudinal study. Ordinacija obiteljske medicine „Dr. Renata Pavlov“, Zagreb
  7. Mirica Rapić, Birgitta Mačešić, Marina Rapić-Mrgan: Morbidity trend of dementia in elderly registered in Croatian family practice, 2001-2011. Ordinacija obiteljske medicine „Dr. Mirica Rapić“, Karlovac
  8. Mirica Rapić, Birgitta Mačešić, Marina Rapić- Mrgan: Morbidity trends in obstructive pulmonary diseases and specific drug consumption in Croatia: Longitudinal study, 2005 -2012. Ordinacija obiteljske medicine „Dr. Mirica Rapić“, Karlovac
  9. Dobrislav Šimić, Zvonimir Bendeković: Time trends in the structure of public health nurse work in Croatian rural and urban regions: 1996-2012. Ordinacija obiteljske medicine „Dr. Dobrislav Šimić“, ambulanta Bednja, Varaždin (ako je moguće, bilo bi dobro navesti i ostale prezentacije, oralne i postere, liječnika obiteljske medicine iz RH, koje nemaju pokroviteljstvo Zaklade).
- Ovakvi skupovi su bili veoma korisna prigoda za druženje i razmjenu mišljenja sa kolegama i uvaženim profesorima, te razgovor na engleskom

i ruskom jeziku. Svakako je za istaknuti i bogat kulturno - umjetnički program, izvrsnu gastronomsku ponudu, prekrasnu ceremoniju otvaranja i zatvaranja konferencije, kao i uvijek privlačne ljepote Dubrovnika!

*Danijela Daus-Šebedjak, specijalistica OM ambulanta Podvinje, Slavonski Brod*



## Izvješće s WONCA EUROPE 2015

U organizaciji WONCA Europa i Turkish association of family physicians (TAHUD) od 22. do 25. listopada 2015. godine održan je dvadeseti WONCA Europski kongres obiteljske medicine u Turskoj. Kongres je održan u Kongresnom centru Halic u Istanbulu, a okupio je 3569 liječnika iz 80 zemalja. Glavna tema kongresa odnosila se na probleme primarne zdravstvene zaštite. Prvog su dana na svečanom otvorenju sudionike pozdravili brojni uglednici. U ime organizacijskog odbora WONCA-e dr. Dilek Guldal, Okay Basak predsjednik TAHUD-a, Alev Ynal ministar zdravlja Republike Turske, Resat Dabak član organizacijskog odbora, Mehmet Ungan predsjednik Nacionalnog znanstvenog odbora, Arzu Uzuner, Carl Steylaerts član Izvršnog odbora WONCA-e, Andree Rochfort predstavnica EQuIP-a, dopredsjednica WONCA-e Anna Stavdal. Kongres je otvorio predsjednik WONCA World Michael Kidd koji je svima zaželio dobrodošlicu te ugodan rad i druženje na kongresu. Izrazio je svoje veliko zadovoljstvo jer su na kongresu sudjelovali brojni mladi kolege koji su započeli specijalizaciju iz obiteljske medicine. Okay Basak zahvalio se svima koji su usprkos nedavnim neželjenim događajima u Turskoj odlučili prisustvovati kongresu. Zahvalio se

na nedvosmislenoj i snažnoj podršci koju su pružili svi prisutni u trenucima kada se ulažu veliki napor da se zemlja vrati na put stabilnosti. Svečanost otvaranja upotpunio je svojim nastupom vokalni ansambl A capella Bogazici izvedbom standardne i klasične turske glazbe u džez aranžmanu.

Glavni moto kongresa bio je „*Being young, staying young*“ koji se odnosio na četiri različita pogleda u obiteljskoj medicini: obiteljsku medicinu kao disciplinu, WONCU kao organizaciju, liječnike obiteljske medicine i pacijente. Najvažniji cilj bio je dati podršku mladim kolegama koji su se odlučili za specijalizaciju iz obiteljske medicine. Tako su osigurana bespovratna sredstva za kotizaciju i smještaj za 20 mlađih stručnjaka te sredstva za subvenciju 50 % kotizacije za 100 mlađih liječnika. Proslava jubilarne 20-te WONCA-e potaknula je na razmišljanje o budućnosti uvezvi u obzir i ekološke probleme današnjice. WONCA organizacija je darovala prekrasan dar Istanbulu, posadili su 2000 stabala kao simbol rasta, napretka, snage i harmonije.

Kao i svake godine prije WONCA kongresa održana je Pre-Conference pod vodstvom članova VdGM. Održane je od 21.-22. 10.2015., a okupila je brojne mlade specijaliste i specijalizante obiteljske medicine iz različitih zemalja. Cilj takvog okupljanja je razmjena informacija i iskustava među kolegama iz različitih zemalja kao i rasprava o problemima s kojima se susreću u svakodnevnom radu. Takvo okupljanje ujedno pruža mogućnost nastajanja i razvoja novih ideja za razvoj struke.

Svrha kongresa bila je da potakne istraživanja i prenese znanja o općoj medicini na polju primarne zdravstvene zaštite, poboljša prognozu i ishod liječenja, olakša usvajanje novih vještina i promovira napredak u stručnoj edukaciji. Cijenjeni eksperți iz područja medicine, kao i ostali pozvani predavači iz Europe, svojim su predavanjima doprinijeli znanstvenoj i stručnoj vrijednosti skupa.

*Tatjana Cikač dr. med  
spec obiteljske medicine*



Hrvatska udružba  
obiteljske medicine  
Croatian association  
of family medicine



## XVIII. KONGRES OBITELJSKE MEDICINE

KARDIOVASKULARNE BOLESTI

INFETOLOŠKI PACIJENT U ODRINACIJI OBITELJSKE MEDICINE



## UPUTE AUTORIMA

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

- Lijekovi se navode generičkim imenima.
- Valja opisati primijenjene statističke metode, kao i način provjere značajnosti opaženih razlika.
- Treba se služiti SI jedinicama.
- Rasprava tumači rezultate i uspoređuje ih s postojećim spoznajama na tom području.
- Iz rasprave treba izvući kratke i jasne zaključke.

## OPREMA RADOVA

Rad i svi prilozi šalju se elektronskom poštom. Rad mora biti pisan fontom «Times New Roman», veličina fonta 12, tako da na jednoj stranici bude najviše 28 redaka (razmak među redovima barem 1,5). Sa svake strane valja ostaviti rub širok 2,5 cm. Pregledni i izvorni radovi sa svim prilozima (tablice, grafikoni, slike) mogu imati najviše 15 stranica, a prikazi bolesnika do 8 stranica.

### Rad treba sadržavati:

- Naslov (kratak i jasan) na hrvatskom i engleskom jeziku na posebnom listu s imenima autora, njihovim akademskim titulama i ustanovama ili ordinacijama u kojima rade. Ispod toga treba navesti adresu autora za kontakt (kontakt adresa). Istu adresu koristit će i uredništvo za dopisivanje.
- Sažetak na hrvatskom i engleskom jeziku na posebnom listu. Sažetak sadrži sve bitne činjenice iznesene u radu, cilj rada i kratko metode, glavne rezultate i osnovne zaključke. Može sadržavati 15-17 redaka ili do 200 riječi.
- Ključne riječi (2-5) na hrvatskom i engleskom jeziku iz kojih se članak može identificirati.
- Uvod, kratak i jasan, s prikazom biti problema i svrhe istraživanja.
- Primijenjene metode treba prikazati kratko, jasno i razumljivo, da se mogu ponoviti.

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

Slike treba priložiti svaku na posebnoj stranici s opisom na hrvatskom i engleskom jeziku. Objavljivat će se crno-bijele slike i grafikoni. Na pozadini treba označiti broj slike prema navodu u tekstu i označiti gore-dolje. Bolesnicima na slikama valja oči prekriti crnom vrpcem da se ne mogu identificirati ili jasno navesti njihovu suglasnost glede objavljivanja.

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

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

Nepublicirana zapažanja ni sažeci se ne uvrštavaju u popis literature.

**Primjeri citiranja literature:**

a) članak iz časopisa

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

b) knjiga

Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2. izd. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000: 215-29.

c) poglavlja iz knjiga (kad ima vlastitog autora)

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

Prispjele radeve Uredivački odbor šalje na dvije anonimne recenzije. Ako recenzent predloži izmjene, rad se vraća autoru s kopijom recenzije, bez imena reczenzenta. Autor donosi odluku o ispravci teksta i vraćanju rada, a konačnu odluku o objavljinju donosi Uredništvo Med Fam Croat.