

KNJIGA KONGRESNIH PRIOPĆENJA

Obiteljski doktori -

EKSPERTI POTPUNO
DRUKČIJI OD DRUGIH

19.-22.06.
2022.

Kongresni centar
AMADRIA PARK
ŠIBENIK



www.kohom2022.conventuscredo.hr

Obiteljski
doktori -

EKSPERTI POTPUNO
DRUKČIJI OD DRUGIH

KNJIGA SAŽETAKA



Usmene prezentacije

1



ALGORITMI

Što je novo u smjernicama iz 2021.?

Ema Dejhalla (emadejhalla@gmail.com) (Zdravstvena ustanova za medicinu rada Rijeka)
Adrijana Tomas (adrijanatomas@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka)

SAŽETAK

Uvod: Opterećenje i opseg posla u ordinaciji obiteljske medicine danas je u kontinuiranom porastu, a edukacija i praćenje svih relevantnih smjernica sve teža. Cilj: Cilj ovog rada je ukratko prikazati sve iz najnovijih smjernica značajnih za rad u ordinaciji obiteljske medicine. Metode: Pretražene su sve smjernice objavljene 2021. godine koje su relevantne za rad u ordinaciji obiteljske medicine. Rasprava: 2021. godine objavljene su ESC Smjernice o prevenciji kardiovaskularnih bolesti u kliničkoj praksi koje su donijele nove SCORE2 tablice za izračun kardiovaskularnog rizika te razvrstavanje oboljelih u kategorije normalnog do umjerenog, visokog i vrlo visokog rizika. Smjernice o akutnom i kroničnom srčanom zatajenju donose preporuku o uvođenju sve 4 skupine lijekova za HFrEF istovremeno (uključujući SGLT-2 inhibitor). Smjernice EHA o mjerenju tlaka u ordinaciji i kod kuće preporučuju KMAT svim oboljelim. KDIGO smjernice za zbrinjavanje hipertenzije i dijabetesa kod kronične bubrežne bolesti prikazuju nove ciljne vrijednosti tlaka (ispod 120/80 za svih) i šećera (HgbA1C 6.5-8% ovisno o karakteristikama oboljelog) te preporuku za uvođenje SGLT-2 inhibitora kod svih oboljelih s albuminurijom ili dijabetesom te NICE smjernice za zbrinjavanje kronične bubrežne bolesti prikazuju slične preporuke. Zaljučak: Izdvojili smo najznačajnije preporuke kako bismo olakšali svakodnevni rad u ordinaciji obiteljske medicine.

WHAT IS NEW IN THE 2021 GUIDELINES?

Introduction: Nowadays, the workload and scope of work in the family medicine practice is continuously increasing and education and monitoring of all relevant guidelines is becoming increasingly difficult. Aim: The aim of this paper is to briefly present all the latest guidelines relevant to work in the family medicine practice. Methods: All guidelines published in 2021 that are relevant for work in the family medicine practice were searched. Discussion: In 2021, the ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice were published, which introduced new SCORE2 tables for calculating cardiovascular risk and classifying patients into categories of normal to moderate, high and very high risk. The Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure recommend the simultaneous introduction of all 4 groups of drugs for HFrEF (including SGLT-2 inhibitor). The European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement recommend KMAT to all patients. KDIGO guidelines for the management of hypertension and diabetes in chronic kidney disease present new targets for blood pressure (below 120/80 for all) and sugar (HgbA1C 6.5-8% depending on the patient's characteristics) and a recommendation for SGLT-2 inhibitors in all patients with albuminuria or diabetes and NICE guidelines for the management of chronic kidney disease show similar recommendations. Conclusion: We have singled out the most important recommendations in order to facilitate the daily work on the family medicine practice.

KLJUČNE RIJEČI

smjernice 2021. godine, novosti, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

guidelines 2021, news, family medicine

Kronični kašalj

Emanuela Lacmanović (emanuelailijic@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-Goranske županije)
Adrijana Tomas (adrijana.tomas@domzdravlja-pgz.hr) (Dom zdravlja PGŽ)

SAŽETAK

UVOD: Kašalj je jedan od najčešćih simptoma s kojima se bolesnik javlja u ordinaciju obiteljskog liječnika. Dok akutni kašalj u većini slučajeva ne predstavlja problem u zbrinjavanju, kronični kašalj je često izazov i za iskusne praktičare. Zbog COVID-19 pandemije dugotrajni kašalj u sklopu post-COVID sindroma dodatno opterećuje promišljanje i postupanje. CILJ: Cilj je ovog rada prikazati što je kronični kašalj kod odraslog bolesnika, a što kod djeteta, koju je dijagnostiku nužno provesti te na koji način zbrinuti oboljelog. METODE: Pretražen je internet pomoću pretraživača koristeći termine kronični kašalj, post-COVID sindrom, zbrinjavanje na razini primarne zdravstvene zaštite. RASPRAVA: Kronični kašalj često predstavlja izazov te nam je u svakodnevnom radu potreban alat koji bi pojednostavio postupanje. Prikazat ćemo KoHomov AlgoRitam Kronični kašalj koji je sažeo sve najčešće uzroke kroničnog kašlja kod odraslog bolesnika i kod oboljelog djeteta, te preporučen način zbrinjavanja kašlja nejasnog uzroka. Posebno je obrađen post-COVID sindrom s kojim se u toku pandemije sve češće susrećemo. Prikazana je preporučena obrada te koje oboljele treba upućivati na više razine zdravstvene zaštite, a koje možemo zbrinuti u svojim ordinacijama.

CHRONIC COUGH

INTRODUCTION: Cough is one of the most common symptoms in patients of all ages who consult their family doctor. While acute cough is not a problem in care, in most of cases chronic cough is often a challenge even for experienced practitioners. Due to the COVID-19 pandemic, prolonged cough as part of the post-COVID syndrome and further burdens thinking and action. OBJECTIVE: The goal of this paper is to show what is chronic cough in an adult patient and what in a child, what diagnosis is necessary and how to take care of the patient. METHOD: Internet was searched using the terms chronic cough, post-COVID syndrome, primary care. DISCUSSION: Chronic cough is a challenge in our daily work and we need to simplify the procedure of diagnosis and treatment. We will present KoHom's AlgoRitam Chronic Cough. The algorithm summarizes all the most common causes of chronic cough in an adult patient and a sick child, and the recommended way to treat a cough of unknown cause. The post-COVID syndrome, which we encounter more often during the pandemic, has been specially treated. The recommended treatment for post-COVID syndrome is shown and it is presented which patients should be referred to higher levels of health care, and which we can take care of in our infirmary.

KLJUČNE RIJEČI

Kronični kašalj, post-COVID, primarna zdravstvena zaštita

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Chronic cough, post-COVID, primary health care

Antikoagulantna terapija u ordinaciji obiteljske medicine

Andrea Štefić (andrea.stefic@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije)
Adrijana Tomas (adrijanatomas@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije)

SAŽETAK

UVOD: Starenjem populacije prevalencija fibrilacije atrijske pa tako i upotrebe antikoagulantne terapije se povećava, a upravljanje terapijom ulazi u domenu obiteljskog liječnika. Procjena duljine trajanja profilaktičke antikoagulantne terapije nakon operativnog zahvata ovisi o parametrima čija procjena je jednostavnija obiteljskom liječniku nego kliničaru operateru, a korištenje konzultacije s kardiologom prije svake dijagnostičke pretrage ili manjeg zahvata kod pacijenta s fibrilacijom atrijske je teško izvedivo i nepotrebno rasipanje iznimno ograničenih resursa. **CIILJ:** Prikazati indikacije i kontraindikacije za upotrebu pojedinih oblika antikoagulantne terapije, vrste terapija, način uvođenja, mijenjanja terapije, perioperativno zbrinjavanje te zbrinjavanje komplikacija liječenja u ordinaciji obiteljske medicine. **METODE:** Pretražene su postojeće aktualne smjernice za antikoagulantnu terapiju Europskog kardiološkog društva (ESC), Međunarodnog društva za trombozu i hemostazu (ISTH), Američkog društva torakalnih liječnika (CHEST) i Britanskog društva za hematologiju (BSH). **RASPRAVA I ZAKLJUČAK:** Obzirom se starenjem populacije učestalost primjene antikoagulantne terapije kontinuirano povećava, a razvojem novih lijekova proširuje dijapazon sredstava korištenih u praksi, obiteljskim liječnicima nužna je kontinuirana edukacija iz svih segmenata primjene antikoagulantne terapije koji se odnose na primarnu zdravstvenu zaštitu. Brojnost informacija zahtijeva jednostavan alat za upotrebu u svakodnevnom radu te je ovim radom prikazan KoHomov Algoritam perioperativnog zbrinjavanja uz prikaz indikacija i kontraindikacija za upotrebu pojedinih oblika antikoagulantne terapije, vrste terapija, način uvođenja terapije, mijenjanja terapije te zbrinjavanje komplikacija liječenja u ordinaciji obiteljske medicine

ANTICOAGULANT THERAPY IN FAMILY MEDICINE

INTRODUCTION: As the population ages, the prevalence of atrial fibrillation and thus the use of anticoagulant therapy increases and its management enters the domain of the primary care physician. Duration of prophylactic anticoagulant therapy after surgery depends on certain parameters which are more easily determined by primary care physicians than clinicians/surgeons. Consultation with a cardiologist before every diagnostic or minor surgical procedure in patients with atrial fibrillation is too complicated and unnecessary waste of extremely limited resources. **OBJECTIVE:** To present types of anticoagulant therapy, indications and contraindications for their use, methods of therapy initiation, switching between different anticoagulants, perioperative care and management of treatment complications in family medicine. **METHODS:** We reviewed existing relevant guidelines on the management of anticoagulant therapy by the European Society of Cardiology (ESC), International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH), The American College of Chest Physicians (CHEST) and British Society for Haematology (BSH). **DISCUSSION AND CONCLUSION:** Since the aging of the population increases the frequency of anticoagulant therapy use and new pharmacotherapies expand the range of drugs used in practice, family doctors need continuous education in all segments of anticoagulant therapy use relevant to primary care. This abundance of information requires a simple tool for use in everyday work and this paper presents KoHom's Algorithm of perioperative care with indications and contraindications for the use of certain forms of anticoagulant therapy, types of therapy, methods of therapy initiation, switching between different anticoagulants and management of treatment complications in family medicine.

KLJUČNE RIJEČI

Antikoagulantna terapija, primarna zdravstvena zaštita, zbrinjavanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Anticoagulant therapy, primary health care, primary health care management

Anemija u ordinaciji obiteljske medicine

Tamara Zibar Abramović (tamara.zibar@gmail.com)
(Dom zdravlja Primorsko-goranske županije)

SAŽETAK

UVOD: Anemija je čest simptom u ordinaciji obiteljskog liječnika. Najčešći oblik je sideropenična anemija koja nastaje radi manjka željeza, nakon čega slijedi anemija kronične bolesti. Uloga liječnika obiteljske medicine je utvrditi o kojoj se anemiji radi i koji je njen uzrok te sukladno tome odrediti mjesto liječenja i potrebu za konzultacijom bolničkog specijaliste. **CILJ:** Cilj je ovog rada prikazati dijagnostički i terapijski postupnik zbrinjavanja najčešćih vrsta anemija kojima se susreće liječnik obiteljske medicine i moguće izazove u skrbi za takve bolesnike. **METODE:** Pretraživana je literatura dostupna u bazama podataka PubMed, Hrčak i Uptodate uporabom ključnih riječi u razdoblju unatrag 10 godina, s naglaskom na period od 2016. do 2021. godine. **RASPRAVA:** Starenjem populacije kao i sve većom učestalošću korištenja antiagregacijske i antikoagulantne terapije anemija je sve češći simptom s kojim se susrećemo u svojim ordinacijama. Obzirom na sve veće radno opterećenje potreban nam je alat koji bi pojednostavio postupanje i olakšao svakodnevni rad. Predstaviti ćemo KoHomov Algoritam Anemije te prikazati kako prepoznati pojedine anemije, koje anemije zbrinjavamo na razini primarne zdravstvene zaštite i na koji način, a koje upućujemo na daljnju obradu i kome. Poseban će naglasak biti na sideropeničnoj i anemiji kronične bolesti kao najčešćim anemijama te važnosti njihovog razlikovanja, a biti će prikazano i zbrinjavanje anemija u specifičnim populacijama.

ANEMIA IN A FAMILY DOCTOR'S PRACTICE

INTRODUCTION: Anemia is a common symptom in a family doctor's practice. The most common form is iron deficiency anemia, followed by chronic anemia. The role of the family doctor is to determine which anemia is and what is its cause, and accordingly determine the place of treatment and the need to consult a hospital specialist. **OBJECTIVE:** The aim of this paper is to present the diagnostic and therapeutic procedure for the care of the most common types of anemia encountered by family physicians and possible challenges in the care of such patients. **METHODS:** Searched literature is available in PubMed, Hrčak and Uptodate databases. We used keywords for our search in the period 10 years ago, with emphasis on the period from 2016 to 2021. **DISCUSSION:** With the aging of the population as well as the increasing frequency of the use of antiplatelet and anticoagulant therapy, anemia is an increasingly common symptom that we encounter in our practices. Given the increasing workload, we need a tool that would simplify handling and make everyday work easier. We will present KoHom's Algorithm of Anemia and show how to recognize individual anemias, which anemias we take care of at the level of primary health care and in what way, and which we refer for further processing and to whom. Special emphasis will be placed on sideropenic and chronic anemia as the most common anemias and the importance of their differentiation, and the management of anemia in specific populations will also be presented.

KLJUČNE RIJEČI

Anemija, primarna zdravstvena zaštita, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Anemia, primary health care, family medicine

KOMUNIKACIJA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Lajmska bolest- što obiteljski doktor treba znati?

Ena Filipović Ferencić (ena.filipovich@gmail.com) (DZ PGŽ)

Nensi Bilanović-Čoso (nensi.bilanovic@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)

SAŽETAK

Uvod: Lajmska bolest najučestalija je krpeljima prenosiva bolest koju uzrokuju spirohete iz roda *Borrelia*. Broj oboljelih u Hrvatskoj u posljednjem je desetljeću u stalnom porastu. Cilj rada je osim podizanja razine svjesnosti o lajmskoj bolesti, naglašavanje opreza u interpretaciji seroloških nalaza te ukazivanje na važnost obiteljskog doktora u ranom dijagnosticiranju i liječenju. Prikaz slučaja: 47-godišnji bolesnik, inače stolar po zanimanju, prije 4 mjeseca je bio na pregledu u ordinaciji obiteljskog doktora radi prstenastog crvenila promjera oko 15 centimetara na području desnog hemitoraksa, nastalog nekoliko dana nakon što je osjetio bol na tome mjestu nakon povratka iz šume. Postavljena je radna dijagnoza A69.2 Lymeova bolest i ordiniran je doksiciklin u dozi 2x100 mg kroz 14 dana te je uzeta serološka analiza na *B.burgdorferi*, koja dolazi pozitivna na IgM i IgG protutijela. Pacijent je inače pod kontrolom psihijatra zbog postraumatskog stresnog poremećaja, povezanog s teškom prometnom nesrećom prije 2 godine, gdje je zadobio prijelom desne nadlaktice. Provedena je fizikalna terapija u više navrata, ali i dalje se žali na bolove i trnce u slomljenoj ruci. Zbog svega toga loše spava. Prije mjesec dana učinjeno kontrolno serološko testiranje na *B.burgdorferi* gdje ELISA i Western blot test pokazuju i dalje pozitivitet IgM i IgG, nakon čega je upućen infektologu na konzilijarni pregled, koji smatra da je terapija borelioze provedena u cjelosti, i da serologiju ne treba više ponavljati. Bolesnik je zabrinut jer još uvijek ima bakteriju u tijelu, čitao je da bi njegovi simptomi mogli doći u vezu sa prethodnim ugrizom krpelja, a bolnički specijalist mu ništa nije objasnio. Ključno od strane obiteljskog doktora je bilo umiriti bolesnika kroz objašnjenje seroloških pretraga i objasniti da su njegove tegobe posljedica politraume. Također, s obzirom na čest boravak u prirodi, educiran je o samokontroli nakon mogućeg izlaganja budući da protutijela ne pružaju zaštitu od reinfekcije. Zaključak: Prisutnost erythema migrans, u obliku crvenila kože većeg od 5 centimetara, pogotovo uz podatak o ugrizu krpelja dovoljna je za dijagnozu ranog lokaliziranog oblika lajmske bolesti. Serološka dijagnostika važna je samo za potvrdu daljnjih stadija, a sama protutijela mogu biti pozitivna godinama nakon dijagnoze.

LYME DISEASE- WHAT DOES A FAMILY DOCTOR NEED TO KNOW?

Introduction: Lyme disease is the most common tick-borne disease caused by spirochetes of the genus *Borrelia*. The number of patients in Croatia has been steadily increasing in the last decade. In addition to raising awareness about Lyme disease, the aim of the paper is to emphasize caution in the interpretation of serological findings and to point out the importance of the family doctor in early diagnosis and treatment. Case report: A 47-year old patient, a carpenter by profession, was examined 4 months ago in the family doctor's practice for ring redness about 15 centimeters in diameter on his right hemitorax, which occurred a few days after he felt pain in that place after returning from the forest. A working diagnosis of A69.2 Lyme disease was made and doxycycline was administered at a dose of 2x100 mg for 14 days and serological analysis was performed on *B. burgdorferi*, which comes positive for IgM and IgG antibodies. The patient is under the supervision of a psychiatrist due to post-traumatic stress disorder, associated with a serious car

accident 2 years ago, where he suffered a fracture of the right upper arm. He underwent physical therapy on several occasions, but still complains of pain and tingling. Because of all that, he sleeps badly. A month ago, a control serological test was performed, where ELISA and Western blot test still show positive IgM and IgG, after which he was referred to an infectologist for a consultation, who believes that borreliosis therapy is complete and that serology should not be repeated. The patient is worried because he still has bacteria in his body, he read that his symptoms could be related to a previous tick bite, and the hospital specialist did not explain anything to him. Key role of the family doctor was to reassure the patient through an explanation of the serological tests and to explain that his ailments were due to polytrauma. Also, given his frequent stay in nature, he was educated on self-control after possible exposure as antibodies do not provide protection against reinfection. Conclusion: The presence of erythema migrans, in the form of redness of the skin larger than 5 centimeters, especially with the data on tick bites is sufficient for the diagnosis of early localized form of Lyme disease. Serological diagnosis is important only to confirm further stages, and the antibodies themselves can be positive for years after diagnosis.

KLJUČNE RIJEČI

erythema migrans, krpelj, lajmska bolest, obiteljski doktor

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

erythema migrans, tick, Lyme disease, family doctor

Uloga A5 uputnice u intersektorskoj komunikaciji i njene prednosti za korisnika zdravstvenog sustava

Mirella Graffel (mirellagraffel@gmail.com) (Medicinski fakultet u Zagrebu)

Katarina Zgombić (mamic.katarina95@gmail.com) (Medicinski fakultet u Zagrebu)

Lucia Bekić (lucia.bekic@gmail.com) (Medicinski fakultet u Zagrebu)

Ines Balint (ordinacijastrmec@gmail.com) (Privatna ordinacija obiteljske medicine Ines Balint)

SAŽETAK

Uvođenjem A5 uputnice (konzultacija bez prisustva pacijenta) smanjuju se liste čekanja, olakšava intersektorski prijenos informacija o pacijentu. Osigurana je efikasnija komunikacija obiteljskog liječnika i konzultanta sekundarne zdravstvene zaštite, brži dijagnostički postupak i početak liječenja ili obrade bolesnika. Pacijentica u dobi od 77. godina nakon cerebralnog infarkta smještena je u dom za starije i nemoćne. Bolesnica je nakon provedene fizikalne terapije u domu samostalno pokretna uz hodalicu na manje udaljenosti, mogla se sama okrenuti u krevetu, sjesti i pojesti. Nakon preboljenja COVID-a pacijentica je sve slabija i nemoćnija, inkontinentna je, apetit je slabiji, unos tekućine nedovoljan. Uslijed pogoršanja stanja obitelj odlučuje bolesnicu nastaviti njegovati u kući te kći preuzima skrb o bolesnici. Obiteljski liječnik (LOM) redovito obilazi pacijenticu u njezinom domu, provodi se fizikalna terapija u kući i kućna njega. Radi otežanog hranjenja, gubitka na težini većeg od 30% i pothranjenosti (ITM 15,89kg/m²) ukazala se potreba za uvođenjem enteralnih nutritivnih pripravaka. Obzirom da je za propisivanje enteralne prehrane potreban pregled gastroenterologa LOM se odlučuje na komunikaciju s gastroenterologom putem A5 uputnice. U prilogu A5 uputnice je sadržano i uputno pismo LOM-a s najvažnijim anamnestičkim podacima o pacijentici, funkcionalnom statusu, kroničnoj terapiji i jasnim kliničkim pitanjem. Nakon 5 dana u zdravstveni karton pacijentice je putem CEZIH-a stigao e-nalaz s preporukom za uvođenje enteralne prehrane. U pacijentice je uočen oporavak na tjelesnoj težini po primitku enteralnih pripravaka, samostalno se hrani, uzima tekućinu, sjedi, dekubitalni ulkusi su manji. Konzultacija bez pacijenta pogodna je za pacijente kojima je otežan dolazak u sekundarne i tercijarne zdravstvene ustanove te nije nužan fizikalni pregled ili dijagnostička pretraga. Prijenos informacija odvija se preko treće osobe koja dobro poznaje pacijentovu situaciju i potrebe, a to je odabrani LOM. Konzultant specijalističko konzilijarne zdravstvene zaštite biva obaviješten o stanju pacijenta, što mu omogućava praćenje i unapređenje terapije uz jednostavnu, jasnu i brzu komunikaciju s LOM-om uz unapređenje brzine i kvalitete pružene usluge zajedničkim pacijentima.

THE ROLE OF THE A5 REFERRAL IN INTERSECTORAL COMMUNICATION AND ITS BENEFITS FOR THE HEALTH SYSTEM USER

The introduction of the A5 referral (consultation without the presence of the patient) reduces waiting lists, facilitates the intersectoral transfer of patient information. More efficient communication between the general practitioner and the secondary health care consultant is ensured, a faster diagnostic procedure and the beginning of treatment or treatment of the patient. A 77-year-old patient after a cerebral stroke was placed in a home for the elderly and infirm. After the physical therapy at home, the patient was able to move independently along the walker at a shorter distance, she could turn around in bed, sit and eat. After overcoming COVID, the patient and her appetite is weaker, she is incontinent, and her fluid intake is insufficient. Due to the worsening of the condition, the family decides to continue caring for the patient at home and her daughter takes care of the patient. The general practitioner (GP) regularly visits the patient in her home, provides physical therapy at home and home care. Due to difficult feeding, weight loss of more than 30% and malnutrition (BMI 15.89 kg / m²), there was a need for the initiation of enteral nutritional preparations. Since prescribing an enteral diet requires an examination by a gastroenterologist, the GP decides to communicate with the gastroenterologist via an A5 referral. Attachment of the A5 referral also contains a referral letter from the GP with the most important anamnestic data on the patient, functional status, chronic therapy and a clear clinical issue. After 5 days, an e-report with a recommendation for the initiation of enteral nutrition arrived in the patient's medical record via CEZIH. The patient gained body

weight after receiving enteral preparations, she started to eat independently, drink fluids, sit and her decubitus ulcers are smaller. Patient-free consultation is suitable for patients who find it difficult to come to secondary and tertiary health care facilities and do not need a physical examination or diagnostic examination. The transfer of information takes place through a third person who is well acquainted with the patient's situation and needs, in this case the chosen GP. The specialist health consultant is informed about the patient's condition, which allows him to monitor and improve therapy with simple, clear and fast communication with the GP while improving the speed and quality of service provided to common patients.

KLJUČNE RIJEČI

A5 uputnica, intersektorska komunikacija, liječnik obiteljske medicine

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

A5 referral, general practitioner, intersectoral communication

Kako komunikaciju pretvoriti u lijek?

Aleksandar Ljubotina (alexandar_ljubotina@yahoo.com) (Katedra obiteljske medicine MF u Rijeci ; SOOM), **Branislava Popović** (branislava.popovic@ri.t-com.hr) (Katedra obiteljske medicine MF u Rijeci ; SOOM), **Maja Podvez** (maja.ljubotina@yahoo.com) (Opća bolnica Varaždin)

SAŽETAK

Uvod: Komunikaciju s pacijentom su, još od kamenog doba, primitivni medicinari organizirali u standardizirane rituale, sljedove zaziva i molitvi, praćenih određenim pokretima i plesovima kojima su se služili liječeći bolesnike. Takvu su komunikaciju vračevi i šamani kreativno kombinirali s liječenjem pripravcima biljnog i životinjskog podrijetla. Rasprava: Prema Zakonu o lijekovima, medicinski lijek je svaka tvar ili mješavina tvari namijenjena liječenju ili sprječavanju bolesti kod ljudi te svaka tvar ili mješavina tvari koja se može primijeniti na ljudima u svrhu obnavljanja, ispravljanja ili prilagodbe fizioloških funkcija. farmakološkim, imunološkim ili metaboličkim djelovanjem ili postavljanja medicinske dijagnoze (1). Iako zakonska definicija lijeka ističu njegovu tvarnu, materijalnu prirodu, moguće je kreativnim izborom riječi, korištenjem tropa i figura, humora i alegorijskih priča, komunikaciju uvrstiti u nematerijalne lijekove usporedive s ljekovitim kemijskim tvarima. Komunikaciju, kao i svaki drugi lijek, valja dozirati (2). Dozirati lijek znači odrediti onu količinu ljekovite tvari kojom se postižu rezultati liječenja. Premalo komunikacije nedovoljno liječi, a i previše informacija u kratkom vremenu zbunjuje pacijenta. Pamćenje informacija može se dodatno poboljšati uporabom slikovnog materijala, odnosno crtanjem (3). Liječnik, koji svjesno koristi komunikaciju kao lijek, može, komunicirajući s pacijentom kojega poznaje, izazvati poželjni kognitivni, emocionalni i ponašajni odgovor, koji pomaže u promicanju zdravlja, prevenciji i liječenju bolesti. Promjene koje komunikacija izaziva u izlučivanju neuroprijenosnika (acetilkolin, noradrenalin, dopamin, serotonin, histamin, glutaminska i gama aminomaslačna kiselina, glicin i neuropeptidi) i endogenih opioda analogne su promjenama koje izazivaju psihotropni lijekovi, odnosno psihofarmaci (4). Indikacije za liječenje komunikacijom su gotovo svi problemi zbog kojih se pacijenti obraćaju zdravstvenom osoblju. Apsolutna kontraindikacija za liječenje komunikacijom ne postoji, ali je potreban je oprez u primjeni humora, ironije, sarkazma, naglašavanju određenih riječi i korištenju izraza koje pacijenti neće razumjeti ili će ih shvatiti na neželjeni način. Dobro dozirane i pravilno indicirane komunikacija nema neželjenih nuspojava. Štoviše, radi se o poželjnim „simptomima“, kao što su poboljšana suradljivost, kako u farmakoterapiji, tako i u prihvatanju zdravog načina života. Zaključak Komunikacija je most kojim uspješno povezujemo biološke, psihološke i socijalne karakteristike osobe u cjelinu. Komunikacija omogućava holistički pristup i kvalitetno liječenje u okviru biopsihosocijalnog modela.

HOW TO TURN COMMUNICATION INTO REMEDY?

Introduction: Since the Stone Age, communication with the patient has been organized by primitive physicians into standardized rituals, sequences of invocations and prayers, accompanied by certain movements and dances used to treat the sick people. Such communication was creatively combined by sorcerers and shamans preparations of plant and animal origin. Discussion: According to the Medicinal Products Law, a medicinal product is any substance or mixture of substances intended for the treatment or prevention of disease in humans and any substance or mixture of substances that can be administered to humans for the purpose of restoring, correcting or adapting physiological functions, pharmacological, immunological or metabolic action or making a medical diagnosis. Although the legal definition of a drug emphasizes its material, material nature, it is possible to creatively choose words, using tropes and figures, humor and allegorical stories, to include communication in intangible drugs comparable to medicinal chemicals. Communication, like any other drug, should be dosed. Dosing the drug means determining the amount of drug substance that achieves the results of treatment. Too little communication does not heal enough, and too much information confuses the patient. The information can be better memorised by using pictorial material (3). A physician, who consciously uses communication as a medicine, can, by communicating with a patient he knows, elicit a desirable cognitive, emotional, and behavioral response that helps promote health, prevent, and treat disease. The changes caused by the secretion of neurotransmitters (acetylcholine, noradrenaline, dopamine, serotonin, histamine, glutamic and gamma aminobutyric acid, glycine and neuropeptides) and endogenous opioids are analogous to changes caused by psychotropic drugs or psychopharmaceuticals (4). Indications for communication treatment are almost all the problems that cause

patients to visit family doctor. There is no absolute contraindication for communication therapy, but caution is needed in the use of humor, irony, sarcasm, emphasizing certain words and using expressions that patients will not understand or will understand in an unwanted way. Well dosed and properly indicated communication has no side effects. Moreover, these are desirable "symptoms", such as improved co-operation, both in pharmacotherapy and in adopting a healthy lifestyle. Conclusion Communication is a bridge that successfully connects the biological, psychological and social characteristics of the person as a whole. Communication enables a holistic approach and quality treatment within the biopsychosocial model.

KLJUČNE RIJEČI

komunikacija, lijek, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

communication, remedy, family medicine

Asertivna komunikacija u obiteljskoj medicini

Mirjana Resanović (mresanovic@yahoo.com) (Dom zdravlja Sisak)

SAŽETAK

Uvod. Komunikacija u obiteljskoj medicini je široko područje koje obuhvaća odnos liječnika, bolesnika i njegove obitelji, ali i komunikaciju među članovima medicinskog tima. Asertivna komunikacija podrazumijeva izražavanje vlastitih misli, osjećanja i uvjerenja, na direktan, iskren i socijalno prihvatljiv način kojim uvažavamo i sebe i sugovornika. Asertivno ponašanje je samopotvrđujuće ponašanje koje predstavlja ravnotežu između vlastitih potreba i uvažavanja drugih. Dobra komunikacija temelj je uspješnog dijagnosticiranja i liječenja. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetnu komunikaciju kao jednu od pet vještina neophodnih za zdrav i sretan život. Cilj rada je prikazati značenje asertivne komunikacije u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine (LOM). Rasprava. Kao liječnici obiteljske medicine (LOM) nismo uvijek u mogućnosti birati sugovornike (bolesnike), ali zato možemo izabrati način na koji ćemo prenijeti poruku kako bi ona postigla svoj cilj. Moguće je prepoznati četiri tipa ponašanja u interakciji sa drugima: agresivno, pasivno, pasivno-agresivno i asertivno. Vještina asertivne komunikacije u obiteljskoj medicini nije stečena sposobnost, već vještina koju bismo kao zdravstveni djelatnici trebali učiti i redovito prakticirati. Asertivna osoba u komunikaciji poštuje mišljenja i stavove drugih. Aktivno sluša, jasno, konkretno i direktno govori. Kritizira ponašanje drugih uz uvažavanje osobnosti, zna uputiti ispriku, ali isto tako i pohvaliti. Sprema se preuzeti odgovornost i ne boji se iskazati svoje neslaganje. Asertivna osoba zna kako se nositi i kontrolirati u stresnim situacijama. Vjeruje u mogućnost razrješenja konfliktne situacije, otvorena je za nova rješenja pozivajući na međusobnu suradnju i sposobna je podijeliti uspjeh. Zaključak. Liječnik obiteljske medicine često je prva osoba s kojom bolesnik uspostavlja kontakt, od koje traži pomoć i rješenje svojih problema. Dobrom komunikacijom postiže se zadovoljavajuća suradljivost s bolesnikom, razvija se odnos povjerenja između liječnika i bolesnika te njegove obitelji, što sve zajedno pridonosi boljem ishodu dijagnostike i liječenja.

ASSERTIVE COMMUNICATIONS IN FAMILY MEDICINE

Introduction. Communication in family medicine is a broad area that includes the relationship between the doctor, the patient and his family, but also communication among members of the medical team. Assertive communication means expressing our own thoughts, feelings and beliefs, in a direct, honest and socially acceptable way in which we respect both ourselves and our interlocutor. Assertive behavior is self-affirming behavior that represents a balance between one's own needs and respect for others. Good communication is the foundation of successful diagnosis and treatment. The World Health Organization has defined quality communication as one of the five skills necessary for a healthy and happy life. The aim of this paper is to show the importance of assertive communication in the daily work of family medicine physicians (FMP). Discussion. As family medicine physicians (FMP) we are not always able to choose interlocutors (patients), but we can therefore choose the way we will convey the message so that it achieves its goal. It is possible to recognize four types of behavior in interaction with others: aggressive, passive, passive-aggressive and assertive. The skill of assertive communication in family medicine is not an acquired ability, but a skill that we as health professionals should learn and practice regularly. An assertive person in communication respects the opinions and views of others. Actively listens, speaks clearly, concretely and directly. Criticizes the behavior of others with respect for personality, knows how to apologize, but also praise. She is ready to take responsibility and is not afraid to express her disagreement. An assertive person knows how to cope and control in stressful situations. She believes in the possibility of resolving a conflict situation, is open to new solutions by calling for mutual cooperation and is able to share success. Conclusion. The family doctor is often the first person with whom the patient establishes contact, from whom he seeks help and a solution to his problems. Good communication achieves satisfactory cooperation with the patient, develops a relationship of trust between the doctor and the patient and his family, which together contribute to a better outcome of diagnosis and treatment.

KLJUČNE RIJEČI

asertivna komunikacija; liječnik obiteljske medicine

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

assertive communication; family physician

Značaj sestrinskog otpusnog pisma u patronažnoj zdravstvenoj skrbi

Rozmari Tusić (glavnasestra@domzdravlja-pgz.hr) (DZ PGŽ)

Larisa Miletić (larisa.miletic@domzdravlja-pgz.hr) (DZ PGŽ)

SAŽETAK

UVOD: Zakon o sestrinstvu definira sestrinsko otpusno pismo kao obavezni obrazac sestrinske dokumentacije koji se piše za sve pacijente kojima je potrebna kontinuirana zdravstvena njega nakon otpusta. Sestrinsko otpusno pismo jedan je od indikatora kvalitete zdravstvene njege. **CILJ:** Prikaz uspješnosti slanja sestrinskog otpusnog pisma iz KBC-a Rijeka i Psihijatrijske bolnice Rab prema patronažnoj službi Doma zdravlja PGŽ. **METODE:** Deskriptivnom metodom prikazalo se koliko je otpusnih pisama i s kojih odjela došlo do 64 patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ u periodu od 01.06.2019. do 30.06.2020. U istom periodu analizirao se broj posjeta prema vremenu od dobivanja otpusnog pisma do realizacije posjeta, te broj posjeta po pacijentu. **REZULTATI:** U periodu od 01.06.2019. do 30.06.2020. sestrinska služba KBC-a Rijeka i Psihijatrijske bolnice Rab prema patronažnoj službi Doma zdravlja PGŽ poslala je 511 sestrinskih otpusnih pisama. U tom periodu elektronskom poštom dobiveno je 39 pisama. Sestrinska otpusna pisma koja su prosljeđena elektronskom poštom do patronažnih sestara Doma zdravlja stigla su u roku od 24 sata. Patronažne sestre koje su zaprimile otpusno pismo u roku od 24 sata obavile su 19 posjeta, u periodu od 1 od 3 dana obavile su 5 posjeta, a nakon proteka od tri dana obavile su 8 posjeta, dok 7 pacijenata nije posjećeno. **ZAKLJUČAK:** Sestrinsko otpusno pismo vrlo je važan dio sestrinske dokumentacije i pomaže u lakšem provođenju zdravstvene njege nakon otpusta pacijenta iz bolnice. Potrebno je omogućiti slanje pisma putem CEZIH-a kako bi u realnom vremenu došlo do patronažne sestre da bi mogla isplanirati zdravstvenu njegu te o tome obavijestiti liječnika obiteljske medicine.

THE SIGNIFICANCE OF SISTER 'S DISMISSAL LETTER IN PATRONAGE HEALTH CARE

INTRODUCTION: The Nursing Act defines nursing discharge letter as a mandatory form of nursing documentation written for all patients who need continuous health care after discharge. Nursing discharge letter is one of the indicators of the quality of health care. **OBJECTIVE:** To review the success of sending nursing discharge letters from the Clinical Hospital Center Rijeka and the Psychiatric Hospital Rab to the patronage service of the Primorje-Gorski Kotar (PGC) Health Center. **METHODS:** The descriptive method showed from which departments and how many discharge letters came to the 64 patronage nurses of the PGC Health Center in the period from 01.06.2019 to 30.06.2020. Visits in that period were analyzed according to the time of receiving the letter to the realization of the visit, and the number of visits per patient. **RESULTS:** In the period from 01.06.2019. to 30.06.2020. the nursing service of the Clinical Hospital Center Rijeka and the Psychiatric Hospital Rab sent 511 nursing discharge letters to the patronage service of the PGC Health Center. In that period 39 letters were received by e-mail. Nursing discharge letters, forwarded by e-mail to the patronage nurses of the Health Center, arrived within 24 hours. Patronage nurses who received a discharge letter within 24 hours made 19 visits, in a period of 1 of 3 days they made 5 visits, and after the expiration of up to three days they made 8 visits, while 7 patients were not visited. **CONCLUSION:** Nursing discharge letter is a very important part of the nursing documentation and helps to facilitate the implementation of health care after the discharge of the patient from the hospital. It is necessary to enable sending letters through Central Health Information System of the Republic of Croatia (CEZIH) so that the patronage nurse can be reached in real time and she can plan health care and inform the family doctor about it.

KLJUČNE RIJEČI

sestrinsko otpusno pismo, patronažna sestra

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

nursing discharge letter, community nurse

SIGURNOST PACIJENATA

Unaprjeđenje sigurnosti pacijenta prevencijom medikacijskih grešaka iz perspektive medicinske sestre

Jasna Krizmanić (jasna.k19@net.hr) (Spec.ord. opće medicine, Ines Balint)

SAŽETAK

Uvod. U sustavu zdravstva dolazi do brojnih grešaka koje su vezane uz složenost sustava skrbi, stoga je bolesnikova sigurnost imperativ kvalitetne zdravstvene skrbi u svim aspektima zdravstvene zaštite. Medikacijske greške nastaju propustom kao nenamjerne radnje u medikacijskom ciklusu koji uključuje propisivanje, pripremu i primjenu određenog lijeka. Pripadaju događaju koji se može spriječiti a koji dovodi do neprikladne primjene lijeka i posljedično tome štetnog djelovanja na pacijenta. Cilj. Osvijestiti važnost sigurnosti pacijenta i kvalitete skrbi te postojanje medikacijskih grešaka i potrebu njihovog evidentiranja i izvještavanja na svim razinama zdravstvenog sustava. Metode. Pregled literature u istraživanjima koja su koristila klasifikaciju za kategorizaciju medikacijskih grešaka Rasprava. Priprema i podjela lijekova pripada djelu medikacijskog ciklusa koji se odnosi na djelokrug rada medicinskih sestara u kojem su uočeni brojni čimbenici koji utječu na njihovu kvalitetu rada a najveći dio njih odnosi se na ometanja i prekide tijekom propisivanja i primjene lijekova u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ako se greške dogode one mogu imati negativne učinke na sigurnost i zdravlje bolesnika što može rezultirati produženim liječenjem i povećanim troškovima skrbi. Stvara se negativno ozračje nepovjerenja prema medicinskim sestrama te prema cjelokupnom timu zdravstvenih djelatnika koji skrbe o bolesnicima, a greške mogu negativno utjecati na njihov osobni i profesionalni život posebno ako su bili izloženi kritikama nadređenih, nezadovoljstvu i agresiji bolesnika. Mali broj grešaka dovest će do ozbiljnih ishoda po pacijenta tj. neželjenih događaja. Takvi događaji bivaju predmet sudskih tužbi, stoga je bolesnikova sigurnost izazov zdravstvenog sustava današnjice. Kako bi zdravstveni sustavi održali korak s tim izazovom potrebno je kontinuirano raditi na kulturi sigurnosti a to je moguće ako unutar radne organizacije postoji razvijen pozitivan stav o prijavljivanju medikacijskih grešaka te sustavni pristup njihovom rješavanju kako bi se prevenirale buduće slične greške. Zaključak. Za minimiziranje grešaka potrebna je interdisciplinarna suradnja u sigurnom radnom okruženju uz dobru komunikaciju u timu i s pacijentom, edukacija zdravstvenih djelatnika na svim razinama te pridržavanje protokola za sigurnu primjenu lijekova.

IMPROVING PATIENT SAFETY BY PREVENTING MEDICATION ERRORS FROM A NURSE'S PERSPECTIVE

Introduction. There are many mistakes in the health care system that are related to the complexity of the care system, so patient safety is an imperative of quality health care in all aspects of health care. Medication errors occur as omissions as unintentional actions in a medication cycle that involves prescribing, preparing, and administering a particular drug. They belong to a preventable event that leads to inappropriate use of the drug and consequently adverse effects on the patient. Goal. Awareness of the importance of patient safety and quality of care and the existence of medication errors and the need to record and report them at all levels of the health system. Methods. Based on a review of the literature in studies that used classification to categorize medication errors Discussion. Preparation and distribution of drugs belongs to the part of the medication cycle related to the scope of work of nurses in which many factors affecting their quality of work were observed and most of them relate to interference and interruptions during prescribing and use of drugs in primary and

secondary health care. If errors occur they can have negative effects on patient safety and health which can result in prolonged treatment and increased care costs. A negative atmosphere of distrust is created towards nurses and the entire team of health professionals caring for patients, and mistakes can negatively affect their personal and professional lives, especially if they have been exposed to criticism from superiors, dissatisfaction and aggression of patients. A small number of errors will lead to serious outcomes per patient, ie adverse events. Such events are the subject of lawsuits, so patient safety is a challenge to today's health care system. In order for health systems to keep up with this challenge, it is necessary to work continuously on safety culture and this is possible if there is a developed positive attitude within the work organization about reporting medication errors and a systematic approach to solving them to prevent future similar errors. Conclusion. Minimizing mistakes requires interdisciplinary cooperation in a safe work environment with good communication in the team and with the patient, education of health professionals at all levels and adherence to protocols for the safe use of drugs.

KLJUČNE RIJEČI

: sigurnost pacijenta, medikacijske greške, medicinska sestra, prijavljivanje medikacijskih grešaka

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

patient safety, medication errors, nurse, reporting medication errors

Sigurnost pacijenta – podijeljena skrb između primarne zdravstvene zaštite i privatnih zdravstvenih ustanova (Prikaz slučaja)

Ana Mađerić (anazavalic@gmail.com) (Dom zdravlja Zagrebačke županije)

Ines Balint (ordinacijastrmec@gmail.com) (Ord. obit.med. Ines Balint, Strmec Samoborski)

SAŽETAK

Uvod: Svjetska zdravstvena organizacija definira sigurnost pacijenta kao skup organiziranih aktivnosti koje za cilj imaju prevenciju, otklanjanje štetnih događaja i unaprjeđenje zdravstvene zaštite tijekom procesa pružanja zdravstvene skrbi. Medicinske pogreške i propusti događaju se na svim razinama zdravstvenog sustava, a kontekst sigurnosti pacijenata razlikuje se ovisno o tome govorimo li o sigurnosti pacijenata na primarnoj, sekundarnoj odnosno tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. U ovom radu prikazana je pacijentica pregledana u sklopu sistematskog pregleda u privatnoj ustanovi koja ima ugovor s poslodavcem pacijenta, kojoj liječnik nije objasnio detalje o njenom zdravstvenom stanju i potrebi upućivanja na daljnje liječenje. Cilj: Podići svijest o važnosti unaprjeđenja sigurnosti i kvalitete pri pružanju zdravstvene skrbi, te komunikacije na svim razinama zdravstvenog sustava. Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od trideset dvije godine, po struci pravница, od svoje dvadesete godine boluje od anoreksije koju je privatno liječila po psihijatru do unatrag četiri godine. U ordinaciju obiteljskog liječnika nije se javljala na pregled devet godina. Pacijentica putem elektroničke pošte šalje nalaze sistematskog pregleda provedenog u privatnoj ustanovi sedam dana nakon što je pregledana. U sklopu tog pregleda učinjena je opsežna obrada pri čemu je verificirana srednje teška sideropenična anemija. Pacijentici nije objašnjena ozbiljnost njenog zdravstvenog stanja niti je upućena da se javi svom liječniku ili direktno u hitnu službu radi korekcije anemije intravenskom nadoknadom preparata željeza. Pacijentica je nakon pregleda u ambulanti obiteljskog liječnika upućena na objedinjeni hitni bolnički prijem gdje je dobila intravenski preparat željeza te je dogovorena daljnja obrada putem dnevne bolnice Klinike za hematologiju. Zaključak: Iz ovog prikaza slučaja vidljiva je važnost komunikacije liječnika s pacijentima, prije svega uživo, jer komunikacija putem e-pošte i drugih aplikacija za dopisivanje ne može zamijeniti izravni kontakt liječnika i pacijenta te njihovu verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Također, vidljiva je i važnost komunikacije među kolegama putem nalaza koji se izdaju pacijentu, ali i potreba jasnog i otvorenog pružanja uvida u zdravstveno stanje pacijentu od strane svakog medicinskog djelatnika. Liječnik obiteljske medicine ima iznimno važnu ulogu u životu svakog pacijenta jer, između ostalog, educira pacijente, upućuje ih na dijagnostičke pretrage i liječenje te im pruža sveobuhvatnu i kontinuiranu zdravstvenu skrb.

PATIENT SAFETY - DIVIDED CARE BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE AND PRIVATE HEALTH INSTITUTIONS (CASE REPORT)

Introduction: The World Health Organization defines patient safety as a set of organized activities aimed at preventing, eliminating adverse events and improving health care during the health care delivery process. Mistakes and oversights occur at all levels of the health care system, and the context of patient safety differs depending on whether we are talking about patient safety at the primary, secondary or tertiary level of health care. This paper presents a patient examined as part of a systematic examination in a private institution that has a contract with the patient's employer, to which the doctor did not explain details about her health condition and the need for referral for further treatment. Aim: to raise awareness of the importance and improvement of safety and quality in family medicine. Case report: The thirty-two years old patient, a lawyer by profession, has been suffering from anorexia since she was twenty, which she treated privately under supervision of a psychiatrist until four years ago. She didn't come to family doctor's office for nine years. The patient sends e-mail with the results of a systematic examination conducted in a private institution seven days after the examination.. As part

of this examination, moderate sideropenic anemia was verified. In the end of the examination patient was not explained the seriousness of her health condition, nor was she instructed to contact her doctor or the emergency department directly to correct anemia by intravenous replacement of iron supplements. After the examination in the family doctor's office, the patient was referred to emergency hospital where she received an intravenous iron preparation, and further treatment was agreed through the daily hospital of the Hematology Clinic. Conclusion: This case report shows the importance of physicians' communication with patients, especially live, because communication via e-mail and other correspondence applications cannot replace direct contact between physicians and patients and their verbal and nonverbal communication. The importance of communication between medical staff through the medical history is evident, but also the need for clear and open insight into the health status of the patient by each health worker. The family doctor has an extremely important role in the life of every patient, because, among other things, he educates patients, refers them to diagnostic tests and treatment, and provides them with comprehensive and continuous health care.

KLJUČNE RIJEČI

sigurnost pacijenata, zdravstvena skrb, pogreška

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

: patient safety, health care, mistake

Sigurnost pacijenata - pogled iz studentske perspektive

Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Danijela Mosковиć (danijela.moskovic@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Luka Pavlinac (luka.pavlinac@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Jelena Rakić Matić (jelena.rakic.matic@gmail.com) (Spec. ord.obit.med. DZ Zagreb Zapad)

SAŽETAK

Uvod: Sigurnost pacijenta temeljno je načelo zdravstvene zaštite koje obuhvaća prevenciju, sanaciju štete i unaprjeđenje zdravstvene zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi. Cilj: Cilj je ovog rada utvrditi znanje i stavove studenata medicine 4., 5. i 6. godine studija medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu o pojmu sigurnosti pacijenta. Metode: U istraživanju je sudjelovalo 80 studenata 4., 5. i 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Odgovori su prikupljeni putem anonimne ankete u obliku Google Form obrasca. Rezultati: Anketu je ispunilo 80 studenata, 33 (41.3%) studenata 4. godine, 30 (37.5%) studenata 5. godine i 17 (21.3%) studenata 6. godine. 60% ispitanika dosad se susrelo s pojmom sigurnost pacijenta, no tek 17.5% njih samostalno i u potpunosti može definirati značenje tog pojma. Gotovo svi (98.8%) ispitanici smatraju da je sigurnost pacijenta važna te da u tome važnu ulogu ima i komunikacija s kolegama i radno okruženje. Većina ispitanika slaže se sa svim tvrdnjama u upitniku. 97.5% ispitanika smatra da su medicinske sestre/tehničari važan faktor u osiguranju sigurnosti pacijenta, 96.3% da su u sigurnost pacijenta uključeni studenti medicine i srodnih zanimanja, 91.5% da zdravlje liječnika utječe na sigurnost pacijenta, 86.3% da timovi bez nositelja negativno utječu na sigurnost pacijenta, a 83.8% da administrativni poslovi troše vrijeme liječnika namijenjeno skrbi pacijenta i tako negativno utječu na sigurnost pacijenta. 92.5% ispitanika smatra da je rizik da pacijent umre od medicinske nezgode veći od rizika smrti u zrakoplovnoj nesreći, 71.3% slaže se s tvrdnjom da 80% informacija koje pacijenti dobiju kod liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odmah zaborave, što izravno dovodi u pitanje sigurnost pacijenta, dok tvrdnju 1 od 9 prijema u hitnoj službi povezano je sa štetnim učincima lijekova, što je pokazatelj loše sigurnosti pacijenata 53.8% ispitanika smatra točnom. Zaključak: Uzimajući u obzir slab odaziv studenata i dobivene rezultate, može se zaključiti da je studentima pojam sigurnost pacijenta nepoznat te ga ne mogu u potpunosti samostalno definirati, ali ga smatraju iznimno važnim za pružanje optimalne zdravstvene zaštite. Stoga je potrebno educirati studente i razviti svijest o sigurnosti pacijenata kako bi se stvorilo sigurno okruženje i omogućila učinkovita skrb za pacijente.

PATIENT SAFETY - A STUDENTS' PERSPECTIVE

Introduction: Patient safety is a fundamental principle of health care that includes prevention, remediation of damage, and the improvement of health care from adverse events during the health care process. Aim: This study aims to determine 4th, 5th, and 6th year medical students' at the School of Medicine, University of Zagreb knowledge and attitudes on the concept of patient safety. Methods: An anonymous online questionnaire was created on Google Forms and distributed to 4th, 5th, and 6th-year medical students at the School of Medicine, University of Zagreb. There were 80 completed questionnaires. Results: 80 medical students filled out the questionnaire, of which 33 (41.3%) were women and 24 (30%) men, respectively 33 (41.3%) 4th, 30 (37.5%) 5th, and 17 (21.3%) 6th-year medical students. So far, 60% of respondents have encountered the concept of patient safety, but only 17.5% of them have adequate knowledge of patient safety. Almost all (98.8%) respondents believe that patient safety is important and that communication with colleagues and the work environment play an important role. Interestingly, no statements were perceived with a negative attitude. 97.5% of respondents believe that nurses/male nurses are an important factor in ensuring patient safety, 96.3% that medical and related professions students are involved in patient safety, 91.5% that doctors' health affects patient safety, 86.3% that general practitioners' (GP) offices without permanent GP negatively affect on patient safety, and 83.8% that administrative work wastes GP's time devoted to patient care and also negatively affects patient safety. 92.5% of respondents believe that the risk of a patient dying from a medical accident is higher than the risk of dying in a plane crash, 71.3% agree that 80% of information that

patients receive from their GP immediately forget, which negatively affects patient safety. 53.8% consider the statement 1 out of 9 admissions in the emergency department is related to the harmful effects of drugs, which is an indicator of poor patient safety as truth. Conclusion: According to the collected data and due to the poor response to the questionnaire, medical students are unfamiliar with the concept of patient safety and cannot fully define it, but they consider it extremely important for providing optimal health care. It is, therefore, necessary to educate students and develop patient safety awareness in order to create a safe environment and enable effective patient care.

KLJUČNE RIJEČI

studenti medicine, sigurnost pacijenata

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

medical students, patient safety

Sigurnost pacijenta u ordinaciji obiteljske medicine – što moramo znati?

Jelena Rakić Matić (jelena.rakic.matic@gmail.com) (DZ Zagreb Zapad)

SAŽETAK

Uvod. Sigurnost pacijenta jedan je od temeljnih principa zdravstvene zaštite. Obuhvaća prevenciju, otklanjanje i unaprjeđenje zdravstvene zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi. U procesu nastanka mogućeg neželjenog događaja mogu sudjelovati svi sudionici s kojima se pacijent tijekom putovanja kroz zdravstveni sustav susreće (zdravstveno i nezdravstveno osoblje), pa i sam pacijent. Ordinacija obiteljske medicine u većini slučajeva predstavlja ulaznu točku u zdravstveni sustav, dok je liječnik obiteljske medicine glavni koordinator skrbi za pacijenta. Sukladno tome, ordinacija obiteljske medicine može, na više načina, utjecati na sigurnost pacijenta. U obiteljskoj medicini pogreške nastaju radi požurivanja liječnika obiteljske medicine od strane pacijenata, prekomjernog opterećenja liječnika brojnim kontaktima s pacijentima radi čega liječnici ne mogu zadržati koncentraciju što posljedično dovodi do pogrešaka u dijagnostici i liječenju, te radi organizacijskih problema zdravstvene zaštite. Uz to, sve je veće administrativno opterećenje tima obiteljske medicine, kao i izloženost nasilju od strane pacijenata. Ako na sve navedeno nadodamo i burn out liječnika i medicinskih sestara/tehničara u timu dobijemo čitav niz faktora koji utječu na sigurnost pacijenta. Nepostojanje standarda i normativa za obiteljsku medicinu također predstavlja ugrozu sigurnosti pacijenta, ali i liječnika. Cilj. Cilj rada je podizanje svijesti o kulturi sigurnosti pacijenta. Kultura sigurnosti pacijenta mora biti jedan od prioriteta zdravstvene administracije, a predstavlja stvaranje sigurnog okruženja pacijenta koje nastaje kao proizvod individualnih i grupnih vrijednosti, stavova, percepcije, kompetencija i obrazaca ponašanja koji stvaraju predanost, te stil i ustrojstvo zdravstvenog i sigurnog vodstva određene zdravstvene ustanove. Metode. Pregled stručne literature ne starije od 10 godina na temu sigurnosti pacijenta s posebnim osvrtom na obiteljsku medicinu, odnosno primarnu zdravstvenu zaštitu. Pretraživanja je medicinska bibliografska baza podataka Medline u razdoblju od studenog 2021.g. do ožujka 2022.g. Zaključak. Potrebna je kontinuirana edukacija i podizanje svijesti među stručnom javnosti, ali i među pacijentima o problemu sigurnosti pacijenta, te rješenjima u kojima svi dionici zdravstvenog sustava moraju sudjelovati. Liječnik obiteljske medicine i medicinska sestra/tehničar u timu u svakodnevnom radu malim koracima i rješenjima u svojoj ordinaciji mogu povećati sigurnost pacijenta.

PATIENT SAFETY IN A FAMILY MEDICINE PRACTICE - WHAT DO WE NEED TO KNOW?

Introduction. Patient safety is one of the fundamental principles of health care. It includes the prevention, elimination and improvement of health care from adverse events during the health care process. All participants that the patient encounters during the journey through the health care system (health and non-health care staff), including the patient, can participate in the process of occurrence of a possible adverse event. The family medicine practice in most cases is the entry point into the health system, while the family doctor is the main coordinator of patient care. Accordingly, a family medicine practice can, in a number of ways, affect patient safety. In family medicine, errors occur due to the haste of family physicians by patients, overburdening the doctor with numerous contacts with patients, which makes doctors unable to maintain concentration, which in turn leads to errors in diagnosis and treatment, and organizational problems of health care. In addition, there is an increasing administrative burden on the family medicine team, as well as exposure to violence by patients. If we add to all of the above and burn out of the doctors and nurses / technicians in the team, we get a whole range of factors that affect patient safety. The lack of standards and norms for family medicine also poses a threat to the safety of the patient and the doctor. Goal. The aim of this paper is to raise awareness of the culture of patient safety. Patient safety culture must be one of the priorities of health care administration, and represents the creation of a safe patient environment that emerges as a product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies and patterns of behavior that create commitment, also style and organization of health and safe

leadership. Methods. Review of scientific literature not older than 10 years on the topic of patient safety with special reference to family medicine, that is primary health care. The medical bibliographic database of Medline was searched in the period from November 2021 until March 2022. Conclusion. There is a need for continuous education and raising awareness among the professional public, but also among patients about the problem of patient safety, and solutions in which all stakeholders in the health system must participate. A family physician and a team nurse / technician can increase patient safety in their daily work with small steps and solutions in their practice.

KLJUČNE RIJEČI

obiteljska medicina, sigurnost pacijenta, kultura sigurnosti

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

family medicine, patient safety, safety culture

Sigurnost pacijenta - prikaz slučaja: multidisciplinarno praćenje bolesnika kao izvor ugroze sigurnosti pacijenta

Iva Sabljčić (ivasabljicc@gmail.com) (Dom zdravlja Vinkovci)
Ljiljana Čenan (ljiljana.cenan@gmail.com) (SOOM Ljiljana Čenan)
Anja Tomić (anja.tomic93@gmail.com) (Dom zdravlja Vinkovci)

SAŽETAK

Uvod. Sigurnost pacijenta nedvojbeno je najpouzdanije mjerilo kvalitete zdravstvenog sustava. Pogreške i neželjeni događaji događaju se svakodnevno i svojstveni su svakom polju ljudske djelatnosti pa tako i medicini. Istraživanja potvrđuju da čak i u najrazvijenijim zemljama, usprkos svim znanstveno-tehnološkim dosezima, 10 - 12 % bolesnika biva izloženo incidentnim situacijama od kojih je čak polovica mogla biti spriječena. Cilj. Podizanje svijesti o sigurnosti pacijenta u našim ordinacijama prikazom multimorbidnog pacijenta liječenog i praćenog od strane više bolničkih specijalista i obiteljskih liječnika. Prikaz slučaja. Prikazan je pacijent koji boluje od brojnih kroničnih bolesti (šećerna bolest tip 2, arterijska hipertenzija, kronično bubrežno zatajenje, hiperplazija prostate, pretilost, oštećenje sluha) u kojega je nedosljedno uvođena terapija izazvala konfuziju i smanjenu adherenciju te posljedično lošu regulaciju šećerne bolesti. Pacijent je konačno hospitaliziran te mu je određena jedinstvena terapija. Kako je nositelj ambulate bio na specijalizaciji, u ordinaciji su se izmjenjivali liječnici, terapija nije bila adekvatno propisivana. Pogreška je prepoznata i ispravljena tek nakon jedanaest mjeseci. Zaključak. Liječnici obiteljske medicine su prvi i zadnji korak u liječenju pacijenata te kao takvi imaju obvezu detaljno iščitavati nalaze bolničkih liječnika, o istima kritički promišljati, adekvatno uvoditi terapiju i nadzirati njezino uzimanje. No, prevelik broj dnevnih kontakata te administrativno opterećenje dovode do sindroma izgaranja na poslu koji je sve prisutniji među liječnicima. Povećan broj pacijenata koji nemaju strpljenja i žele brza rješenja za svoje probleme i/ili zahtjeve ugrožava sigurnost pacijenta, ali i liječnika. Ako želimo kvalitetnu i sigurnu skrb za pacijente nužno je što prije iznaći rješenja za navedene probleme.

PATIENT SAFETY - A CASE REPORT: MULTIDISCIPLINARY TREATMENT AS A THREAT TO THE PATIENT SAFETY

Introduction. Patient safety is undoubtedly the most reliable measure of health care system quality. Errors and unwanted events happen daily and are characteristic of every area of human activity, including Medicine. Research shows that even in the most developed countries, despite all scientific and technological advances, 10-12% of patients get exposed to healthcare incidents, out of which as many as half could have been avoided. Aim. For the purpose of raising awareness of patient safety in our doctors' offices, we present the case of a patient, treated by several hospital specialists and family physicians diagnosed with diabetes mellitus with multiple complications. Case description. We present a case of patient diagnosed with multiple chronic diseases (diabetes mellitus type 2, hypertension, chronic kidney disease, benign prostatic hyperplasia and hearing impairment) where inconsistent initiation of therapy is observed, causing patient confusion and decreased adherence, and consequently diabetes irregularity. When the patient is eventually hospitalized and a unique therapy is introduced, it is not adequately administered in a family doctor's office since chosen family doctor was absent in that period due to specialization and is substituted by few other doctors who were not able to track every chronic patient in such a numerous office. The error is recognized and fixed upon the return of family doctor, eleven months after. Conclusion. Family physicians are undoubtedly the first and the last step in conducting medical treatments and as such they are obligated to carefully read hospital doctors' reports, often review them critically, and then adequately initiate therapy and monitor carefully its use over time. But, the overburden of family physicians caused by numerous daily contacts, administrative burdens, increasingly common burnout syndrome and often aggressive and impatient behaviour of patients lead to the threat of both patient and doctor safety. If we want to achieve quality and safe medical care it is crucial to find solutions for mentioned problems.

KLJUČNE RIJEČI

sigurnost pacijenta, šećerna bolest, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

patient safety, diabetes mellitus, family medicine

SESTRINSTVO

Specifičnosti rada patronažnih sestara u vrijeme pandemije COVID-19 bolesti

Larisa Babić (larisa1zg@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb-zapad)

SAŽETAK

Uvod: Obilježja patronažne sestrinske skrbi su aktivnosti koje se odvijaju izvan zdravstvenih ustanova, najčešće u kući korisnika, te promicanje optimalnog zdravlja koje se postiže radom u partnerstvu s ljudima i njihovim uključivanjem u najvećoj mogućoj mjeri. Skrb u zajednici obuhvaća zdravstvenu njegu koja se pruža pojedincima, obitelji i grupama. Skrb u zajednici princip je kojeg karakterizira suradnja, kontinuitet skrbi, odgovornost bolesnika/štićenika i obitelji za brigu o sebi te preventivna zdravstvena zaštita. Skrb je usmjerena na pojedinca, a orijentirana na obitelj. Razvijaju se partnerstva s bolesnicima/štićenicima i svijest o utjecaju zajednice na zdravlje i njegu pojedinaca i obitelji. Cilj: Prikazati specifičnosti rada patronažnih sestara u vrijeme pandemije COVID-19 bolesti. Metode: Provedeno je istraživanje na populaciji patronažnih medicinskih sestara, a instrument je bio anketni upitnik kreiran za potrebe ovog istraživanja. Rezultati: Uzorak ispitanika činile su 293 osobe dobne skupine od 20 do 65 godina. Upitnikom su se istražile sociodemografske karakteristike uzorka, ispitao utjecaj pandemije na rad patronažnih sestara, te suradnja i komunikacija s liječnicima obiteljske medicine. Rasprava: Dobiveni rezultati uspoređeni su s rezultatima sličnog istraživanja provedenog 2015. godine. Zaključak: Nisu uočene značajne promjene u radu patronažnih sestara, kao ni suradnji i komunikaciji između patronažnih sestara i liječnika obiteljske medicine.

THE COMMUNITY PRACTICE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Introduction: The main features of community nursing are that the activities take place outside health care institutions, most often in the home of the beneficiary, and partnership with people. Community nurses promote health by involving patients and their families to the greatest extent possible. Community care includes care provided to individuals, families and groups. Community care is a philosophy characterized by cooperation, continuity of care, responsibility of the patient and family for self-care, and preventive health care. The health care can be individual or oriented for family. Partnerships with patients and awareness of the impact of the community on the health of individuals and families need to be developed. Objective: To present the characteristics of the work of community nurses during the COVID-19 disease pandemic. Methods: The study was conducted on the population of community nurses and the instrument was a survey questionnaire created for the purposes of this study. Results: The sample consisted of 293 respondents aged 20 to 65 years. The questionnaire was used in order to investigate the sociodemographic features of the sample, examine the impact of the pandemic on the work of community nurses and level of cooperation and communication with family medicine doctor. Discussion: The obtained results were compared with the results of the similar study conducted in 2015. Conclusion: No significant changes were observed in the work of community nurses, as well as in the level of cooperation and communication between community nurses and family physicians.

KLJUČNE RIJEČI

patronažna sestra, COVID-19 bolest, specifičnost zdravstvene skrbi, liječnik obiteljske medicine, suradnja

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

community nurse, characteristics of the care, COVID-19, family medicine doctor, cooperation

Procjena dekubitusa i pripremne radnje prije previjanja -algoritam debridmana

Nera Fumić (neraf84@gmail.com) (Ustanova za zdravstvenu skrb Magdalena)
Marin Marinović (marin.marinovic2@gmail.com) (KBC Rijeka)

SAŽETAK

Uvod Dekubitus je kronična rana čiji se nastanak može prevenirati. Kontinuirani, sveobuhvatni i sistematični postupci smanjuju mogućnost nastanka komplikacija, povećavaju učinkovitost u radu sa pacijentima i unapređuju sestrinsku praksu. Cilj Cilj ovog rada je prikazati sestrinske postupke u radu sa pacijentima koji predstavljaju rizičnu skupinu te s onima koji su već razvili određeni stupanj dekubitusa. Sistematična procjena i obrada rane ukoliko se kontinuirano i na vrijeme provodi može dovesti do dobrih rezultata u skrbi za ranu. Određeni postupci u obradi rane u praksi nerijetko izostanu jer se postavlja pitanje kojim načinom, koliko opsežno, koliko često te tko bi ih trebao izvesti. Cilj rada je prikazati mogućnosti kako se debridman može izvesti u svim uvjetima u kojima se pacijent nalazi, neovisno o njegovim komorbiditetima i gdje se zdravstvena skrb pruža. Metode rada Cijeljenje dekubitusa je dinamičan proces. Idealna tehnika previjanja ili obloga ne postoji. Ovisno o karakteristikama dekubitusa, odlučujemo na koji način i kako ćemo isti tretirati. Međutim, određeni koraci prije prijevoja dekubitusa ne smiju izostati. Procjena dekubitusa, procjena relevantnih čimbenika za cijeljenje te debridman rane su osnovni postupci prije previjanja. Rezultati Dekubitus se može lako razviti, a otkriveni u ranom stadiju mogu se uspješno liječiti. Liječenje je skup, dugotrajan, kompleksan i multidisciplinarni proces. Kod pacijenata koji predstavljaju rizičnu skupinu za nastanak dekubitusa i kod onih kod kojih se dekubitus već razvio, s dobrom prevencijom i ranom detekcijom promjena, možemo pridonijeti sprečavanju komplikacija. Zaključak Pretpostavka da je u pacijentovom najboljem interesu da se iskusna i kompetentna osoba skrbi za dekubitus te različitost postupaka i pristupa u zbrinjavanju dekubitusa rezultira potrebom da se definiraju zajednički izrazi i uspostave sveobuhvatne smjernice i algoritmi.

PRESSURE ULCERS ASSESSMENT AND PREPARATORY ACTIONS BEFORE WOUND DRESSING - DEBRIDEMENT ALGORITHM

Introduction Pressure ulcer is a chronic wound that can be prevented. Continuous, comprehensive and systematic procedures reduce the possibility of complications, increase efficiency in working with patients and improve nursing practice. Aim The aim of this paper is to present the procedures in treatment of patients who represent a risk group and with those who have developed a certain degree of pressure ulcers. Systematic wound assessment and treatment, if performed continuously and on time, can lead to good results in wound treatment. Certain procedures in wound treatment in practice are often absent because the question arises in which way, how extensively, how often and who should perform them. The aim of this paper is to show the possibilities how debridement can be performed in all conditions in which the patient is, regardless of his comorbidities and where health care is provided. Methods Pressure ulcer healing is a dynamic process. There is no ideal bandage or covering technique. Depending on characteristics of pressure ulcers, we decide in what way and how to manage them. However, certain steps before pressure ulcers management should not be missed. Wound assessment, assessment of relevant factors for healing process and wound debridement are basic procedures before wound dressing. Results Pressure ulcers can be developed easily, and those detected in early stage can be treated successfully. Treatment is expensive, long, complex and multidisciplinary process. In patients who represent risk group for development of pressure ulcers and in those patients which have already developed it, with good prevention and early detection of changes, we can contribute to controlling of complications. Conclusion The assumption that in patient's best interest is to have an experienced and competent person for wound care and also a variety of methods and approaches in wound treatment, results with need to define common expressions and establish comprehensive guidelines and algorithms.

KLJUČNE RIJEČI

Ključne riječi: dekubitus, sestrinski postupci, procjena rane, debridman

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

Key words: pressure ulcers, nursing procedures, wound assessment, debridement

Prehrana od najranije dobi-važan čimbenik oralnog i općeg zdravlja

Mirna Matek (mirnamatek@yahoo.com) (DZ Zagreb Centar)

Anita Struški (anitastruski@gmail.com) (DZ Zagreb Centar)

SAŽETAK

Uvod s ciljem Oralno zdravlje je integralni dio općeg zdravlja koji dotiče svaki aspekt čovjekova života i utječe na njegovu kvalitetu. Briga o oralnom zdravlju zahtjeva interdisciplinarni i multidisciplinarni pristup pri čemu treba istaknuti patronažnu sestru kao najvažniju poveznicu koja koordinira sve službe. Cilj je rada opisati važnost prehrane od najranije dobi kao jednog od ključnih čimbenika na zdravlje tijekom života. Rasprava Edukacija o pravilnoj prehrani djeteta započinje u trudnoći jer su tada buduća majka i otac izuzetno motivirani za prihvatanje novih informacija o razvoju. Najbolji način početne prehrane je dojenje zbog toga što konzumacija majčinog mlijeka ima niz prednosti u razvoju oralnog sustava kao treninga muskulature, a njegov sastav ima i preventivno djelovanje na razvoj bolesti tijekom života. Ponekad postoje kontraindikacije za dojenje, te je izuzetno važna edukacija o prehrani formulom i načinu korištenja pomagala. Nicanjem kutnjaka mliječnih zubi prelazi se na konzumiranje krute hrane kako bi refleks sisanja zamijenio refleks žvakanja. To je razdoblje u kojem treba početi razvijati pravilne prehrabene navike. U kontekstu dentalne medicine hranu možemo podijeliti na kariogenu i antikariogenu, no ta podjela zapravo govori o namirnicama koje je poželjno uzimati, kao i o onima koje štete općem zdravlju. Edukacija o prehrani trebala bi biti individualna. Zaključak Briga o oralnom zdravlju kao važnom dijelu općeg zdravlja opširan je i odgovoran posao i zahtjeva stručno isplaniranu strategiju koja će djetetu donijeti zdravstvene koristi, te ga istovremeno osloboditi tereta razvoja potencijalnih psihofizičkih poremećaja i bolesti kasnije u životu.

EARLY CHILDHOOD NUTRITION- A KEY FACTOR FOR ORAL AND GENERAL HEALTH

Introduction and goal As an integral part of general health, oral health touches every aspect of human life with a strong impact on its quality. Care about oral health requires an interdisciplinary and multidisciplinary approach where community nurses play a key role by coordinating various services. Goal is to describe the role of early childhood nutrition as a key factor of health during life Elaboration Education on the proper nutrition of children starts during pregnancy when the future mother and father are highly motivated to accept new information about the development of their child. Breastfeeding is the best initial diet because the consumption of maternal milk supports the development of the oral system through the training of musculature. At the same time, maternal milk has a preventive effect against the development of diseases during life. Education about the use of infant formula and feeding tools is very important in case of contraindications to breastfeeding. Eruption of the molars of deciduous teeth marks the introduction of solid foods. At this stage, the sucking reflex is replaced by the chewing reflex and it is important to start developing healthy food habits. In the context of dental medicine, food can be broken down into cariogenic and anticariogenic. In essence, this categorisation focuses on desirable foods against foods that harm our health. Education about diet should be individual. Conclusion Care about oral health is an important facet of general health. It is a comprehensive and responsible job, requiring a well-designed strategy that will bring health benefits to the child while relieving it of the burden of potential psychophysical disorders and diseases later in life.

KLJUČNE RIJEČI

oralno zdravlje, opće zdravlje, pravilna prehrana

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

oral health, general health, proper nutrition

Patronažne sestre doma zdravlja PGŽ u borbi s COVID-19 pandemijom

Rozmari Tusić (glavnasestra@domzdravlja-pgz.hr) (DZ PGŽ)
Ivanka Peranić (ivanka.peranic@domzdravlja-pgz.hr) (DZ PGŽ)

SAŽETAK

UVOD: Patronažna zdravstvena zaštita je medicinsko-socijalna djelatnost koja provodi mjere specifične zdravstvene njege u svrhu promicanja i očuvanja zdravlja pojedinca, obitelji i zajednice. **CILJ:** Prikazati rad patronažnih sestara Doma zdravlja Primorsko-goranske županije u vrijeme COVID-19 pandemije. **METODE:** Deskriptivnom metodom prikazala se vrsta i količina rada 64 patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ na njihovim radilištima u periodu od 25.04.2020. do 01.03.2022. godine. **REZULTATI:** Patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ u periodu od 25.04.2020. do 01.03.2022. obavile su 5.127 PCR testiranja na COVID-19 u kući pacijenata. Od veljače 2021. do srpnja 2021. kroz cijepljene timove procijepile su 82.160 pacijenata. U periodu od rujna 2021. do ožujka 2022. u kući su cijepile 366 pacijenta, dok su od siječnja 2021. do ožujka 2022. obavile 81.477 testiranja brzim antigenskim testovima na 23 testna mjesta. Osim navedenog radile su u COVID ambulanti, na ispomoći u Psihijatrijskoj bolnici Lopača i u KBC-u Rijeka. Provodile su online tečajeve za trudnice na četiri lokaliteta. **ZAKLJUČAK:** Patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ unatoč osjećaju straha i ranjivosti u vrijeme pandemije SARS-CoV-2 profesionalno su i visoko etički provodile preventivne mjere kako bi spriječile širenje COVID-19 infekcije kod pojedinaca i u zajednici.

HOME VISITOR NURSES OF THE COMMUNITY HEALTH CENTRE OF PRIMORJE-GORSKI KOTAR COUNTY IN THE FIGHT AGAINST THE COVID 19 PANDEMIC

INTRODUCTION: Community health care is a medical and social activity that implements measures of specific health care in order to promote and preserve the health of individuals, families and communities. **OBJECTIVE:** Review of the work of the patronage nurses of the Community health centre of Primorje-Gorski Kotar county (PGC) during the COVID-19 pandemic. **METHODS:** The descriptive method showed the type and amount of work of 64 patronage nurses of the PGC Health Center on their work sites in the period from 25.04.2020. to 01.03.2022. **RESULTS:** Patronage nurses of the PGC Health Center performed 5.127 PCR tests on COVID-19 in patients' homes in the period from April 25, 2020 to March 1, 2022. From February 2021 to July 2021, 82.160 patients were vaccinated by vaccination teams. In the period from September 2020 to March 2022, 366 patients were vaccinated in their homes. From January 2021 to March 2022 nurses performed 81.477 rapid antigen tests at 23 test sites. In addition to the above, they worked at the COVID clinic, assisted at the Psychiatric Hospital Lopača and the Clinical Hospital Center Rijeka. They conducted online courses for pregnant women at four locations. **CONCLUSION:** Despite the feeling of fear and vulnerability during the SARS-CoV-2 pandemic, the patronage nurses of the PGC Health Center professionally and highly ethically implemented preventive measures to prevent the spread of COVID-19 infection to individuals and in the community.

KLJUČNE RIJEČI

patronažne sestre, Covid 19, Dom zdravlja PGŽ

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

community nurses, COVID-19, Primorje-Gorski Kotar County Health Center

SLOBODNE TEME

Kako je KoHOM u Primorsko-goranskoj županiji od outsider-a postao katalizator razvoja bolje zdravstvene zaštite stanovništva

Leonardo Bressan (ordinacija.bressan@ri.t-com.hr)

(ORDINACIJA OPĆE MEDICINE Leonardo Bressan DR MED)

Lidija Gović-Golčić (lidijagg@gmail.com)

(ORDINACIJA OPĆE MEDICINE Lidija Gović-Golčić dr med spec)

Zrinka Bradičić-Vivoda (kontakt@ord-bradicic-vivoda.hr)

(ORDINACIJA OPĆE MEDICINE Zrinka Bradičić-Vivoda mr sc dr med)

SAŽETAK

Koordinacija Hrvatske Obiteljske Medicine (KoHOM) nastala je 2009. godine polazeći od društvene i ustavne uloge koju bi ukupno hrvatsko liječništvo trebalo ostvarivati te posebice polazeći od središnje pozicije obiteljskog liječništva koje bi trebalo zadovoljavati glavnu zdravstvenih potreba hrvatske populacije, s jedne strane, te s druge strane uslijed nezadovoljstva razinom kvalitete zdravstvene zaštite koju se u tadašnjem sustavu, unatoč zalaganju, nije uspijevalo ostvariti na razini koja bi osiguravala dostupnu, učinkovitu i racionalnu zdravstvenu zaštitu cjelokupnoj populaciji Hrvatske. Podružnica za područje Primorsko-goranske županije je osnovana 2010. i odmah se krenulo u poticanje svih dionika u sustavu osiguravanja i pružanja zdravstvene zaštite u PGŽ na promjenu svijesti o dotadašnjem načinu organizacije iste na lokalnoj razini. U ovome prikazu proći ćemo kroz cijelo desetljeće truda svih članova KoHOM-a u PGŽ nastojanjima da Udruga postane nezaobilazni čimbenik i opinion-maker u promišljanju i organizaciji pružanja što kvalitetnije zdravstvene zaštite stanovništvu imajući uvijek u vidu vraćanje dostojanstva struci i zasluženog položaja obiteljskih doktora u društvenoj zajednici. Kroz kronološki detaljnu retrospektivu prikazati će se u čemu smo uspjeli, u čemu smo podbacili i što nas čeka u slijedećem razdoblju.

HOW KOHOM IN THE PRIMORJE-GORSKI KOTAR COUNTY HAS GONE FROM BEING AN OUTSIDER TO A CATALYST FOR THE DEVELOPMENT OF BETTER HEALTH CARE FOR THE POPULATION

The Coordination of Croatian Family Medicine (KoHOM) was established in 2009 based on the social and constitutional role that Croatian medicine should play, and especially on the central position of family medicine, which should meet the majority of health needs of the Croatian population, due to dissatisfaction with the level of quality of health care, which in the previous system, despite efforts, failed to achieve a level that would provide affordable, effective and rational health care to the entire population of Croatia. The Primorje-Gorski Kotar County branch was established in 2010 and immediately started to encourage all stakeholders in the system of insurance and health care in the region to change awareness of the current way of organizing it at the local level. In this review, we will go through a decade of efforts of all members of KoHOM in the Primorje-Gorski Kotar County to make the Association an indispensable factor and opinion-maker in thinking and organizing the provision of better health care to the population, always keeping in mind the return of dignity and well-deserved position of family doctors in society communities. A chronologically detailed retrospective will show what we have succeeded in, what we have failed in and what awaits us in the next period.

KLJUČNE RIJEČI

Koordinacija Hrvatske Obiteljske Medicine, Primorsko-goranska županija, Zdravstvena zaštita, Opinion-maker

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

Coordination of Croatian Family Medicine, Primorsko-Goranska county, Health Care, Opinion maker

Posttraumatski stresni poremećaj uzrokovan COVID-19 infekcijom - prikaz slučaja

Emma Dejhall (emadejhalla@gmail.com) (Zdravstvena ustanova za medicinu rada Rijeka)

David Zahirović (davidzahirovic3@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka)

Tina Zaviđić (tina.zavidic@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja, Pazin)

SAŽETAK

Uvod: Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je mentalni poremećaj uzrokovan proživljenim traumatskim iskustvom [1]. Simptomi mogu uključivati intruzivna sjećanja, noćne more, jaku tjeskobu, pretjeranu uzbuđenost, stalni oprez i napetost [2-3]. Istraživanja pokazuju da COVID-19 infekcija može uzrokovati PTSP, posebice kod bolesnika koji su imali težu kliničku sliku te bili hospitalizirani [4]. Gotovo oko 20% bolesnika razvije simptome PTSP-a mjesec dana nakon hospitalizacije [5]. Cilj ovoga rada je prikazati slučaj bolesnice s PTSP-om nastalim uslijed COVID-19 infekcije. Prikaz slučaja: 57-godišnja bolesnica upućena je psihijatru zbog psihičkih smetnji, koje se javljaju nakon što je preboljela COVID-19 prije godinu dana, kada je bila i hospitalizirana. Nakon preboljenja, oporavak je bio sporog tijeka, brzo se umarala te imala smetnje disanja zbog čega je upućena pulmologu. Bolesnica noću teško zaspe i često se budi. Navodi da je nesanica bila još izraženija po samom izlasku iz bolnice te da su se javljale i noćne more. Zbog navedenog je tjeskobna, nemirna, naglih reakcija te ističe da okolina primjećuje sniženo raspoloženje i zabrinutost. Žali se na slabiju koncentraciju što joj otežava obavljanje posla. Povremeno joj se tijekom dana vraćaju slike iz bolnice. Appetit joj je slabiji, ali ne primjećuje gubitak težine, već navodi da je dobila na težini, što povezuje s time što se ne bavi fizičkom aktivnošću zbog slabosti i umora. Laboratorijski nalazi su uredni. Opisuje da se povremeno trza kod jačih zvukova. U početku se najbolje osjećala sama, međutim, sada pokušava biti u društvu. Pri pregledu, bolesnica je pri svijesti, orijentirana u sva tri pravca, urednog kontakta i misaonog tijeka, sniženog raspoloženja, uz povremenu pojačanu pobuđenost, bez sumanutosti, obmana i suicidalnosti. U terapiju su uvedeni escitalopram, alprazolam te zolpidem te je bolesnica naručena na daljnje kontrole psihijatra. Zaključak: COVID-19 ima značajan učinak na mentalno zdravlje. Potrebna su daljnja istraživanja za bolje razumijevanje i objašnjenje nastanka mentalnih poremećaja kod bolesti COVID-19, no iznimno je važno simptome prepoznati na vrijeme kako bi se što prije započelo s terapijom i umanjilo dugoročne posljedice.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER CAUSED BY COVID-19 INFECTION-CASE REPORT

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a mental disorder caused by a traumatic experience [1]. Symptoms may include intrusive memories, nightmares, severe anxiety, excessive arousal, constant alertness, and tension [2-3]. Studies show that COVID-19 infection can cause PTSD, especially in patients who have a more severe clinical presentation and have been hospitalized [4]. Almost 20% of patients develop symptoms of PTSD one month after hospitalization [5]. The aim of this study is to present the case of a patient with PTSD caused by COVID-19 infection. Case report: A 57-year-old patient was referred to a psychiatrist due to mental disorders that occurred after she overcame COVID-19 a year ago, when she was also hospitalized. Her recovery is slow, she gets tired quickly and has breathing problems, which is why she was referred to a pulmonologist. The patient has difficulty falling asleep at night, often waking up at night. She states that insomnia was even more pronounced after leaving the hospital, and that nightmares also occurred. Due to the above, she is anxious, restless, has sudden reactions, and the other people notice a lowered mood and anxiety. She complains of poor concentration which makes it difficult for her to do her job. Occasionally, pictures from the hospital come back to her during the day. Her appetite is weaker, but she does not notice weight loss, but states that she has gained weight, which is related to the fact that she does not engage in physical activity due to weakness and fatigue. Laboratory findings are in order. Describes occasional twitching at louder sounds. At first, she felt best alone, however, now she is trying to be in company. During the examination, the patient was conscious, oriented in all 3 directions, regular contact and thought flow, low mood, with occasional increased arousal,

without insanity, deception and suicidality. Escitalopram, alprazolam and zolpidem were introduced into therapy and the patient was ordered to undergo further psychiatric examinations. Conclusion: COVID-19 has a significant effect on mental health. Further research is needed to better understand and explain the development of mental disorders in COVID-19, but it is extremely important to recognize the symptoms timely to start treatment as soon as possible.

KLJUČNE RIJEČI

COVID-19, posttraumatski stresni poremećaj, mentalno zdravlje

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

COVID-19, post-traumatic stress disorder, mental health

Primarna zdravstvena zaštita u Švedskoj

Iris Đipalo Juretić (iris.djipalo@gmail.com) (MedproClinic Åmål)

Marion Wramsby (mwr@medpro.eu) (MedproClinic Åmål)

SAŽETAK

Uvod Nacionalni odbor za zdravstvo i socijalnu skrb (Socialstyrelsen) švedsko je tijelo za zdravstvenu skrb koje izrađuje nacionalne smjernice za njegu koje provode davatelji usluga. Regije su te koje kontroliraju primarnu zdravstvenu zaštitu odlukom o svojim zadacima i koji se zahtjevi i uvjeti moraju nametnuti pružateljima primarne zdravstvene zaštite. Davatelji usluga koji ispunjavaju zahtjeve regije imaju pravo etablirati se u toj regiji uz javnu naknadu. Primarna zdravstvena zaštita dio je ambulantne skrbi bez ograničenja u smislu bolesti, dobi ili skupina pacijenata za osnovno liječenje, njegu, preventivnu skrb i rehabilitaciju koja ne zahtijeva medicinske i tehničke resurse bolnica ili druge posebne vještine. Svrha Svrha je predstaviti kako zdravstveni sustav funkcionira u Švedskoj. Metoda Istražili smo članke na webu i pronašli smo članak o tome kako funkcionira opća zdravstvena zaštita u Švedskoj koji je napisao Socialstyrelsen. Rezultati Zdravstveni zakon temelji se na činjenici da ne postoji cjenovno natjecanje između ustanova. Pojedincu se daje mogućnost da odabere ustanovu za kojeg smatra da pruža najbolju kvalitetu. Davanjem većeg utjecaja korisnicima i pacijentima očekuje se povećanje kvalitete usluga. Cilj je staviti korisnike u fokus, prenijeti moć s političara i dužnosnika na građane, povećati slobodu izbora i povećati utjecaj te dobiti više ustanova i veću raznolikost. Zaključak Sve regije imaju isti osnovni zadatak, ali mogu se dogoditi varijacije. Zadatak uključuje planiranu i neplaniranu zdravstvenu zaštitu u području opće medicinske kompetencije i uključuje sljedeće usluge: istraživanje, dijagnostiku, liječenje, praćenje liječenja, njegu, savjetovanje, izdavanje potvrda i propisivanje pomagala, dežurne aktivnosti i medicinske intervencije te rehabilitacija, psihosocijalne intervencije te promicanje zdravlja i prevencija bolesti. Domovi zdravlja moraju biti u stanju obaviti EKG pregled, testove astme / plućne funkcije, liječenje akutne astme, KOPB-a, ginekološke preglede, rekto- i proktoskopiju i manju operaciju. Postoje specifični zahtjevi za liječenje specifičnih bolesti, na primjer, prevencija bubrega, zatajenje srca, dijabetes i demencije. Primarna zdravstvena zaštita nudi rehabilitaciju, psihosocijalne intervencije, zdravstvenu zaštitu djece i majki. Nude rehabilitaciju uz doprinose nekoliko različitih struka, kao što su liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti, savjetnici, psiholozi i radni terapeuti te suradnja različitih aktera.

PRIMARY CARE IN SWEDEN

Introduction The National board of health and welfare (Socialstyrelsen) is Sweden's authority for healthcare. They create national guidelines for care and nursing that provide guidance for caregivers. It is the regions that control primary care by deciding their assignments and which requirements and conditions that must be imposed for providers of primary care. Suppliers who meet the requirements of a region have the right to establish themselves in that region with public compensation. Primary care is part of the outpatient care without delimitation in terms of diseases, age or patient groups for basic medical treatment, nursing, preventive care and rehabilitation that does not require the hospitals' medical and technical resources or other special skills. Purpose The purpose is to present how the healthcare system works in Sweden. Method Researched articles on the web and we found an article on how the general healthcare works in Sweden written by Socialstyrelsen. Results The law on systems of choice is based on the fact that there is no price competition between suppliers. The individual is given the opportunity to choose the supplier that he or she perceives to provide the best quality. By giving users and patients greater influence, the quality of the services is expected to increase. The aim is to put users in focus, transfer power from politicians and officials to the citizens, increase freedom of choice and increase influence and get more performers and greater diversity. Conclusion All regions have the same basic assignment, but variations can take place. The assignment includes planned and unplanned health care within the health medical competence area and includes the following services: investigation, diagnostics, treatment, follow-up of treatment, nursing, counseling, issuing certificates and prescribing aids, on-call activities and medical interventions and rehabilitation, psychosocial interventions and health promotion and prevention of

disease. The health centers must be able to perform ECG examination, asthma / lung function tests, treatments of acute asthma ,COPD, gynecological examinations, recto- and proctoscopy and minor surgery. There are specific requirements for treatments of specific diseases, for example, kidney prevention, heart failure, diabetes and dementia care. Primary healthcare offers rehabilitation, psychosocial interventions, child and maternal healthcare. They offer rehabilitation with contributions from several different professions, such as doctors, nurses, physiotherapists, counselors, psychologists and occupational therapists and collaboration between different actors.

KLJUČNE RIJEČI

Primarna, zaštita, Obiteljska, medicina, Švedska

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

Primary,healthcare, General, practice,Sweden

Obiteljska medicina u Hrvatskoj - usporedba rada kroz 25 godina

Juraj Jug (juraj2304@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb - zapad)

SAŽETAK

Uvod: Dok se problemi gomilaju, a rješenja ne naziru, kvalitetne analize višegodišnjih promjena u obiteljskoj medicini (OM) nedostaju, a mogle bi imati ključnu važnost u poboljšanju kvalitete rada. Cilj: Usporediti broj zaposlenih u timovima OM, upisanih osiguranika, posjeta te pregleda u OM kroz 25 godišnje razdoblje (1995. - 2020.) u Republici Hrvatskoj. Metode: Presječnim, retrospektivnim istraživanjem uspoređene su sve ordinacije opće/obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj od 1995. do 2020. iz podataka Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za odgovarajuću godinu dostupnog na mrežnim stranicama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ). Za svaku godinu bilježeni su podatci broja zaposlenih liječnika i medicinskih sestara, specijalista opće/obiteljske medicine, broja djece do 7 godina, ostalih osiguranika upisanih u skrbi tima OM te onih koji su u toj godini koristili zdravstvenu zaštitu, broj posjeta i pregleda u OM te upućenih u sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu razinu. Rezultati: Broj zaposlenih liječnika u OM bio je podjednak broju zaposlenih medicinskih sestara, a najviši 2005. godine (2375) te od 2017. značajno pada (s 2313 na 2165 u 2020., 29,42% muških liječnika). Broj specijalista OM bio je podjednak do 2007. kada prvi put prelazi 800 te kontinuirano raste do svog vrhunca 2013. (1136), nakon čega pada (979 u 2019., 45,16%), a broj specijalizanata iznosi 207. Broj osiguranika u skrbi OM rastao je do 2012. (4.269.074) od kada kontinuirano pada, dok je udio osiguranika koji je koristio skrb OM bio podjednak (75-79%) sve do 2020. kada raste na 87,73%. Udio djece bio je najveći 2001. (1,75%) te s godinama pada na 0,56% u 2019. Broj posjeta u OM konstantno raste od 1995. (34 posjete/dan) te je 2020. (79 posjeta/dan) bio veći za 2,42 puta, dok se broj pregleda smanjio za 22,42%. Najveći broj uputnica izdan je 2007. godine te je od tada pao 20,84% u 2019., dok se u 2020. prepolovio. Zaključak: U promatranom 25 godišnjem razdoblju uočen je pad broja zaposlenih liječnika, specijalista, ali i osiguranika u OM, no ogroman porast broja posjeta u OM svake godine uz podjednak broj pregleda koji značajno povećava radno opterećenje svakog tima OM te narušava kvalitetu rada.

FAMILY MEDICINE IN CROATIA – A COMPARISON OF WORK OVER 25 YEARS

Introduction: While problems are piling up and solutions are not in sight, quality analyses of multi-year changes in family medicine (FM) are lacking and could be crucial in improving the quality of work. Objective: To compare the number of employees in FM teams, registered insured persons, visits, and examinations in FM over a 25-year period (1995-2020) in the Republic of Croatia. Methods: A cross-sectional, retrospective study compared all general/family medicine practices in the Republic of Croatia from 1995 to 2020 from the data of the Croatian Health Statistics Yearbook for the respective year available on the website of the Croatian Institute of Public Health. For each year, data were recorded on the number of employed doctors and nurses, general/family medicine specialists, the number of children under 7, other insured persons in the FM team and those who used health care in that year, the number of visits and examinations in the FM and referred to the secondary and tertiary health levels. Results: The number of employed doctors in FM was equal to the number of employed nurses, the highest in 2005 (2375), and since 2017 has decreased significantly (from 2313 to 2165 in 2020, 29.42% males). The number of FM specialists was equal until 2007 when it exceeded 800 for the first time and continuously increased until its peak in 2013 (1136), after which it decreased (979 in 2019, 45.16%), with 207 FM residents. The number of insured persons care grew until 2012 (4,269,074) since when it has been continuously declining, while the share of persons using FM care has been equal (75-79%) until 2020 when it grows to 87.73%. The share of children was the highest in 2001 (1.75%) and decreases with age to 0.56% in 2019. The number of visits has been constantly growing since 1995 (34 visits/day) and in 2020 (79 visits/day) was 2.42 times higher, while the number of examinations decreased by 22.42%. The largest number

of referrals was issued in 2007 and has since fallen by 20.84% in 2019, while halved in 2020. Conclusion: In the 25-year period, there was a decrease in the number of employed doctors, specialists, and insured persons in FM, but a huge increase in the number of visits every year with an equal number of examinations that significantly increases the workload of each FM team and impairs quality.

KLJUČNE RIJEČI

Kvaliteta skrbi, Obiteljska medicina, Radno opterećenje

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Family medicine, Quality of primary care, Workload

Zdravstvene potrebe mladih nezaposlenih ljudi u dobi do 30 godina

Željka Klasić (zeljka.klasic@gmail.com) (Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije)

SAŽETAK

Uvod: Nezaposlenost je vodeći svjetski, kao takvo i hrvatski problem jer ugrožava ljudsku egzistenciju i čovjekovu potrebu i pravo na rad. U studenom 2014. godine u Hrvatskoj je bilo 312 330 nezaposlenih, a stopa nezaposlenosti iznosila je 16,6%. Cilj istraživanja: Cilj rada je istražiti utjecaj nezaposlenosti na psihičko i fizičko zdravlje osoba od 18 do 30 godina starosti. Metode i materijali: Istraživanje je provedeno u jednoj ambulanti obiteljske medicine praćenjem podataka nezaposlenih korisnika ordinacije u dobi od 18 do 30 godina. Retrogradnom analizom podataka iz zdravstvene dokumentacije ispitivane ordinacije izabrani su podaci koji opisuju osobitosti korištenja zdravstvene zaštite za 130 ispitanika tijekom jednogodišnjeg razdoblja. Rezultati: Analizom dobivenih podataka prosječna dob ispitanika je 26 godina. Prosječni broj dolazaka po ispitaniku u ispitivanom periodu je 2,95 (u skupini od 18-24 godine 2,52 dolaska po ispitaniku, a u skupini od 25-30 godina je 3,10). U muškog spola je prosječan broj dolazaka 2,48 dok je kod žena 3,34. Osobe srednje stručne sprema po ispitaniku prosječno dolaze 2,90; osobe više stručne sprema 3,64; osobe visoke stručne sprema 2,79 puta. Prosječni broj dolazaka ispitanika u braku je 3,40 i time je nešto viši u odnosu one koji nisu u braku (2,83 dolaska). Istraživanje je dalo uvid u široku lepezu zdravstvenih potreba nezaposlenih mladih pacijenata. Nezaposlenim mladim ispitanicima koji redovito dolaze liječniku obiteljske medicine, bez obzira na dob, spol, bračno stanje te stupanj obrazovanja, najviše zdravstvenih potreba spada u skupinu Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt sa zdravstvenim ustanovama, a također i u skupinu Simptomi i znakovi, a dalje slijede bolesti dišnog te genitalno-urinarog sustava što odgovara zdravstvenom profilu mlađe populacije pacijenata. Kronične bolesti nisu izražene u značajnom postotku, odnosno manji je od prosjeka populacije. Zaključak: Zdravstvene potrebe mladih nezaposlenih pacijenata su se pokazale manjim u usporedbi sa potrebama opće populacije ukoliko se promatra učestalost korištenja primarne zdravstvene zaštite. Razlozi dolaska i pobola mladih nezaposlenih pacijenata tijekom ovog ispitivanja odgovarali su prethodno uočenom pobolu i razlozima dolazaka mlade populacije bez jasne povezanosti sa stanjem nezaposlenosti.

HEALTH NEEDS OF YOUNG UNEMPLOYED PEOPLE AGED UP TO 30 YEARS

SUMMARY Background: Unemployment is the world's leading, as well as Croatian problem because it threatens human existence and human need and the right to work. In November 2014. in Croatia there were 312 330 unemployed and the unemployment rate was 16.6%. The aim: The aim of the study was to investigate the impact of unemployment on the psychological and physical health of persons aged 18 to 30 years. Methods: The research was conducted in a family medicine clinic by monitoring the data of unemployed users of the practice aged 18 to 30 years. Retrograde analysis of data from the health documentation of the examined practice selected data that describe the specifics of the use of health care for 130 respondents during a one-year period. Results: By analyzing the obtained data, the average age of the respondents is 26 years. The average number of arrivals per respondent in the study period was 2.95 (in the 18-24 age group 2.52 arrivals per respondent, and in the 25-30 age group it was 3.10). The average number of visits for men is 2.48, while for women it is 3.34. Persons with secondary education per respondent come on average 2.90; persons with higher education 3.64; persons with a university degree 2.79 times. The average number of arrivals of married respondents is 3.40 and thus slightly higher than that of unmarried (2.83 arrivals). The survey provided insights into the broad array of health needs of unemployed young patients. Unemployed young respondents who regularly attend a family medicine doctor, regardless of age, gender, marital status, and level of education, have the most health needs in the Factors affecting health status and contact with healthcare institutions, and also in the group of Symptoms and Signs, that are further followed by respiratory and urinary/genital diseases, corresponding to the health profile of the younger patient population. Chronic diseases are not expressed

in a significant percentage, that is, less than the population average. Conclusion: The health needs of young unemployed patients proved to be lower compared to the needs of the general population if the frequency of use of primary health care is observed. The reasons for the arrival and morbidity of young unemployed patients during this study corresponded to the previously observed morbidity and reasons for the arrival of the young population without a clear connection with the unemployment situation.

KLJUČNE RIJEČI

nezaposlenost, zdravstvene potrebe, primarna zdravstvena zaštita, stanje zdravlja

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

unemployment, health needs, primary health care, health status

Zainteresiranost studenata pete i šeste godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu za pojedine specijalizacije i rad u obiteljskoj medicini

Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Jelena Rakić Matić (jelena.rakic.matic@gmail.com) (Specijalistička ord.obit.medicine DZ Zagreb Zapad)

SAŽETAK

Uvod: Odabir buduće specijalizacije predstavlja važnu odrednicu u razvoju karijere mladog liječnika. U obzir se pri odabiru specijalizacije, osim interesa za pojedini dio medicine, moraju uzeti i brojni drugi čimbenici. Cilj: Cilj je rada utvrditi interes studenata 5. i 6. godine studija medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu za odabir buduće specijalizacije, s naglaskom na rad i specijalizaciju iz obiteljske medicine. Metode: U istraživanju je sudjelovalo 262 studenata 5. i 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Odgovori su prikupljeni putem anonimne ankete u obliku Google Forms obrasca. Rezultati: Anketu je ispunilo 262 studenata, 178 (67.9%) žena i 84 (32.1%) muškaraca, odnosno 132 (50.4%) studenata 5. godine i 130 (49.6%) studenata 6. godine. 80.9% ispitanika u svojoj karijeri želi postati bolnički liječnik, a 10.7% liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Studenti najveći interes pokazuju za specijalizacije iz pedijatrije, kardiologije, ginekologije i opstetricije, kirurgije i radiologije. Kao glavni motiv za odabir željene specijalizacije većina ispitanika navodi želju za produblјivanjem znanja iz tog područja, dok će im ravnoteža između privatnog i poslovnog života predstavljati glavni izvor zadovolјstva u budućem radu. 50% ispitanika uopće se ne vidi u radu obiteljske medicine, 22.5% ne zna, dok se 27.5% jasno vidi u radu obiteljske medicine. Kao glavni potencijalni motiv za rad u obiteljskoj medicini većina ispitanika navodi smanjenje administrativnog posla, veću plaću nego u bolnici i bolju opremljenost ordinacija. 3% ispitanika navelo je kako im je specijalizacija iz obiteljske medicine prvi izbor u odabiru željene specijalizacije, od toga su ¾ žene. Kao glavni motiv za odabir specijalizacije iz obiteljske medicine 87.5% ispitanika navelo je da želi imati vremena i za ostale aktivnosti osim posla. 65.6% ispitanika uz svoj budući posao želi imati i znanstvenu karijeru. 56.9% ispitanika nakon završetka studija želi raditi u Zagrebu. Glavni motivi koji bi potaknuli ispitanike na rad u ruralnim područjima su novčana stimulacija, dobivanje željene specijalizacije i stan. Zaključak: S obzirom na mali interes studenata za specijalizaciju iz obiteljske medicine i rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti općenito, od iznimne je važnosti tijekom cijelog fakultetskog obrazovanja studente uključivati u rad obiteljske medicine, kao i isticati njezinu važnost u održavanju uspješnog zdravstvenog sustava.

FUTURE SPECIALTY PREFERENCES AND INTEREST IN A CAREER IN FAMILY MEDICINE AMONG 5TH AND 6TH YEAR MEDICAL STUDENTS AT SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITY OF ZAGREB

Introduction: A specialty choice is one of the most important decisions in young doctors' careers. This decision should also consider, despite interest in medical fields, many other factors. Aim: This study aims to determine 5th and 6th year medical students' at the School of Medicine, University of Zagreb preferable specialty choices and the factors influencing their choices, and interest in pursuing a career in Family Medicine (FM). Methods: An anonymous online questionnaire was created on Google Forms and distributed to 5th and 6th year medical students at the School of Medicine, University of Zagreb. There were 262 completed questionnaires. Results: 262 medical students filled out the questionnaire, of which 178 (67.9%) women and 84 (32.1%) men, respectively 132 (50.4%) 5th and 130 (49.6%) 6th year medical students. 80.9% of students want to pursue their career as a hospital physician, and 10.7% as a primary care physician. Students were most interested in Pediatrics, Cardiology, Obstetrics and gynecology, Surgery, and Radiology specialties. As the main motive for choosing the desired medical specialty, most students state the desire to deepen their knowledge in this field, while the balance between private and professional life will be the source of satisfaction in their future. 50% of students reported

that they were not interested in FM at all, 22.5% don't know yet, and 27.5% were interested in FM. As the main motives for potentially choosing a career in FM most students state less administrative work, higher salaries than those in hospitals, and more and better clinical equipment for FM practice office. 3% of students reported that FM is their first choice specialty, $\frac{3}{4}$ of them were women. These latter students were also more interested in a controllable lifestyle that allowed time for other activities despite work. 65.6% of students also preferred to pursue an academic career. 56.9% of students want to work in Zagreb. Higher salaries, getting a desired specialization and an apartment may encourage medical students and young doctors to work in rural areas. Conclusion: Because of the low interest of medical students in FM and primary care in general, it's very important to introduce students with FM earlier in medical school, and also to assert the importance of FM in every health care system.

KLJUČNE RIJEČI

studenti medicine, izbor specijalizacije

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

medical students, specialty preferences

Zdravlje na radu zdravstvenih radnika zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Goranka Škeva (goranka.skeva@gmail.com) (Dom zdravlja Zagrebačke županije Ispostava Samobor)

Bojana Knežević (bojana.knezevic@kbc-zagreb.hr) (Klinički bolnički centar Zagreb)

Tanja Lelas (tlelas2058@gmail.com) (HZJZ Služba za medicinu rada)

Tamara Radošević (tamara.radosevic76@gmail.com) (HZJZ Služba za medicinu rada)

SAŽETAK

Uvod: Kako bismo održali funkcionalnost zdravstvene zaštite na primarnoj razini potrebno je imati zdrave i sposobne sudionike tog sustava. Briga o psihofizičkom zdravlju zdravstvenih djelatnika jedna od mjera očuvanja tog sustava. Cilj: Cilj ovog rada je kroz statistiku ozljeda na radu i profesionalnih bolesti ukazati na važnost svih mjera koje imaju za cilj očuvati i/ili poboljšati psihofizičko zdravlje zdravstvenih djelatnika zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao jednu od mjera očuvanja funkcionalnosti primarne zdravstvene zaštite. Metode: Podaci su uzeti iz godišnjih evidencija ozljeda na radu i profesionalnih bolesti pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo. Rezultati: 2020. i 2021. godine zabilježeno je 1947 ozljeda na radu zdravstvenih djelatnika od čega je 482 u zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te 1281 ubodnih incident od kojih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 41. Tijekom 2020. i 2021. godine zabilježeno je ukupno 1689 profesionalnih bolesti u zdravstvenih radnika od čega 285 zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a od toga je 284 COVID-19 priznato kao profesionalna bolest u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zdravstvenih radnika te samo jedan slučaj sindroma prenaprezanja. Istraživanje provedeno 2019. godine na temu mišićno koštane boli kao ograničavajućeg čimbenika pri radu među zdravstvenim radnicima zaposlenima u Domu zdravlja u Samoboru pokazalo je da 53% zaposlenika ima bol mišićno koštanog sustava na početku radnog vremena, a 85% na kraju radnog vremena. U istraživanju koje su autori proveli koncem 2020. godine i u kojem je putem on line anonimnog upitnika sudjelovalo 184 zdravstvena djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 90% ispitanika je izrazilo želju za dodatnom edukacijom o osobnoj zaštitnoj opremi. Zaključak: Briga o psihofizičkom zdravlju svih sudionika provedbe zdravstvene zaštite na primarnoj razini važna je za očuvanje funkcionalnosti sustava zdravstvene zaštite građana RH na primarnoj razini. Nedostatak zdravstvenih radnika te njihova sve veća prosječna starosna dob problemi su sa kojim se sustav zdravstvene zaštite suočava danas. Kroz prikaz stanja zdravlja zdravstvenih radnika, prvenstveno kroz praćenje ozljeda na radu i profesionalnih bolesti ukazujemo na važnost sudjelovanja u kreiranju zdravstvene politike na primarnoj razini te edukacija o zdravstvenim rizicima na radnom mjestu kao i mogućnostima prevencije istih jedna su od mjera za očuvanje zdravlja na radnom mjestu.

HEALTH AT WORK OF HEALTH WORKERS EMPLOYED IN PRIMARY HEALTH CARE

Introduction: In order to maintain the functionality of primary health care system, it is necessary to have healthy and capable health workers. Preservation of mental and physical health of these professionals is one of the measures responsible for maintaining this system. Aim: The aim of this paper is to emphasize the importance of all measures targeting preservation and/or improvement of mental and physical health of health care professionals employed in primary health care through statistics of injuries at work and occupational diseases. Methods: Data taken from annual statistics of injuries at work and occupational diseases from the records and registries of Croatian Institute of Public Health Results: Through the year 2020. and 2021. (till September 2021.) 1947 injuries at work were recorded in healthcare sector from which 482 injuries were injuries of health care professionals in primary health care. Furthermore, there were total number of 1281 sharp injuries in year 2020. and from which 41 were sharp injuries in primary health care. Through the year 2020. and 2021. there were 1689 occupational diseases in health care professionals from which 285 were employed in primary health care, 284 were COVID-19 and one remaining case is an overuse syndrome. The reason of this distribution can be found in ongoing COVID-19 pandemic. Research conducted in 2019. on the subject of musculoskeletal pain as a debilitating factor in work ability of health care professionals in Health center in Samobor showed that 53% had musculoskeletal pain

at the beginning of their shift and 85% at the end. In research conducted at the end of 2020. through online questionnaire (184 primary health care professionals interviewed) 90% stated that they are interested in additional education of personal protection equipment use. Conclusion: Preservation of mental and physical health of health care professionals in primary health care is important for maintaining of the functionality of the primary health care system necessary for all citizens of the Republic of Croatia. The shortage of health workers and their increasing average age are the main problems that the health care system is facing today. Through the monitoring of injuries at work and occupational diseases of health care professionals in primary health care, we point out the importance of participation in creation health policies at the primary level and education of workplace health risks and their prevention as one of the measures.

KLJUČNE RIJEČI

zdravlje na radu, zdravstveni radnici, ozljede na radu, profesionalne bolesti

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

health at work, health workers, injuries at work, occupational diseases

Ascites kao znak novotvorine jajnika- prikaz slučaja

David Zahirović (davidzahirovic3@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka)

Ema Dejhalla (emadejhalla@gmail.com) (Zdravstvena ustanova za medicinu rada Rijeka)

Tina Zavidic (tina.zavidic@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja, Pazin)

SAŽETAK

Uvod: Ascites je patološko nakupljanje tekućine u slobodnoj trbušnoj šupljini [1]. Etiologija ascitesa je vrlo široka, ali najčešće se povezuje s cirozom jetre [2]. Međutim, može biti uzrokovan intraabdominalnim novotvorinama pa tako i novotvorinama jajnika [3]. Oko 80% novotvorina jajnika je dobroćudno i pojavljuju se češće u mlađih osoba [4]. Cilj ovoga rada je prikazati slučaj bolesnice s kliničkom prezentacijom ascitesa kao kasnog znaka novotvorina jajnika. Prikaz slučaja: 72-godišnja pacijentica se javlja u ordinaciju obiteljske medicine zbog bolova ispod lijevog rebrenog luka koji se difuzno šire po cijelom abdomenu te su se javili unazad tri dana. Navodi kako je u posljednjih mjesec dana primjetila povećanje opsega trbuha te je započela sa dijetnom prehranom. Inače boluje od arterijske hipertenzije, kroničnog bubrežnog zatajenja (G3) te ima hiatalnu herniju. Obiteljska anamneza je bez osobitosti. Prilikom fizikalnog pregleda abdomen je iznad razine toraksa, napete stijenke, bezbolan. Peristaltika je čujna, a koža i sluznice dobro prokrvljene. Učine se laboratorijske pretrage u kojima se izdvaja povišen CRP (12.7). Učini se ultrazvuk abdomena koji pokazuje masivni ascites te se ne uspijeva prikazati prostor male zdjelice. Patološke promjene jetre, gušterače, slezene i bubrega se ne prikazuju. Pacijentica je zatim hitno upućena na odjel gastroenterologije. Daljnje se upućuje na CT abdomena i zdjelice, RTG grudnih organa, EGDS i kolonoskopiju. Indicira se biokemijska, bakteriološka i citološka analiza ascitesa. Analiziraju se tumorski markeri i serumski albumini. Biokemijskom analizom ascitesa zaključuje se da je sadržaj tipa eksudata. Također, povišene su razine CEA i CA 19-9. CT abdomena i zdjelice pokazuje u području zdjelice cističnu ekspanzivnu tvorbu sa septama i manjom solidnom komponentom koja ima polazište od desnog jajnika te ispunjava cijeli abdomen što prvenstveno odgovara ovarijalnom seroznom cistadenomu. Ostali prethodno navedeni dijagnostički postupci su bili uredni. Pacijentica je upućena na daljnje kirurško liječenje na odjel ginekologije. **Zaljučak:** Novotvorine jajnika imaju nespecifične simptome te uz redovite ginekološke preglede, treba istaknuti važnost temeljite anamneze i fizikalnog pregleda u ordinacijama obiteljske medicine te potrebu da se poveća dostupnost ultrazvučnih pregleda u ordinacijama obiteljske medicine.

ASCITES AS A SIGN OF OVARIAN NEOPLASM-CASE REPORT

Introduction: Ascites is a pathological accumulation of fluid in the free abdominal cavity [1]. The etiology of ascites is very broad but is most commonly associated with cirrhosis of the liver [2]. However, it can be caused by intra-abdominal neoplasms and thus ovarian neoplasms [3]. About 80% of ovarian neoplasms are benign and occur more frequently in younger individuals [4]. The aim of this study is to present a case of a patient with clinical presentation of ascites as a late sign of ovarian neoplasms. Case report: The 72-year-old patient came to a family physician due to pain which started three days ago below the left costal arch and diffusely spread throughout the abdomen. She stated that in the last month she noticed an increase in her belly circumference and started a diet. She suffers from arterial hypertension, chronic renal failure (G3) and has a hiatal hernia. Family history was without peculiarities. During the physical examination, the abdomen was above the level of the thorax, the wall was tense, painless. Peristalsis was audible, and the skin and mucous membranes were well perfused. Laboratory tests were performed in which elevated CRP was distinguished (12.7). An ultrasound of the abdomen was performed which showed massive ascites and the area of the small pelvis cannot be shown. Pathological changes of the liver, pancreas, spleen and kidneys were not shown. The patient was then urgently referred to the gastroenterology department. She was further referred for CT of the abdomen and pelvis, chest X-ray, EGDS and colonoscopy. Biochemical, bacteriological and cytological analysis of ascites was indicated. Tumor markers and serum albumins were analyzed. Biochemical analysis of ascites concluded that the content was of the exudate type. Also, CEA and CA 19-9 levels were elevated. CT of the abdomen and pelvis showed a cystic expansive formation in the pelvic area with septa and a smaller solid component that originated from

the right ovary and filled the entire abdomen, which primarily corresponded to ovarian serous cystadenoma. The other diagnostic procedures mentioned above were in order. The patient was referred for further surgical treatment to the gynecology department. Conclusion: Ovarian neoplasms have non-specific symptoms and in addition to regular gynecological examinations, the importance of the anamnesis and physical examination in family medicine offices and the need to increase the availability of ultrasound examinations in family medicine offices should be emphasized.

KLJUČNE RIJEČI

ascites, novotvorina jajnika, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

ascites, ovarian neoplasm, family medicine

ŽENSKO ZDRAVLJE

Zbrinjavanje bolesnica oboljelih od najčešćih ginekoloških tumora u ordinaciji obiteljskog liječnika

Karmela Bonassin (karmelabonassin@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Ka)

SAŽETAK

Uvod: Najčešći ginekološki karcinomi u Hrvatskoj u 2020. godini bili su karcinom endometrija, karcinom jajnika i karcinom vrata maternice. Prema učestalosti svih malignih tumora kod žena u Hrvatskoj 2020. godine karcinom endometrija je na četvrtom mjestu, karcinom jajnika na šestom mjestu, a karcinom vrata maternice na desetom mjestu. Za karcinom vrata maternice postoji primarna i sekundarna prevencija, odnosno probir za rano otkrivanje, a petogodišnje preživljenje je 63,2%. Kod karcinoma tijela maternice nema prave primarne prevencije osim kontrole rizičnih čimbenika, međutim obično se javljaju rani znakovi u vidu vaginalnog krvarenja u postmenopauzalnih žena te je petogodišnje preživljenje za tip I karcinoma endometrija oko 80%, a za tip 2 oko 55%. Karcinom jajnika otkriva se već u poodmaklom stadiju zbog kasnih nespecifičnih simptoma i smrtnost je vrlo visoka, ovisno o vrsti i stadiju te dobi pacijentice. Cilj: Ukazati na ulogu obiteljskog liječnika u primarnoj i sekundarnoj prevenciji te važnost u tercijarnoj prevenciji, odnosno u praćenju i zbrinjavanju nuspojava liječenja te palijativnoj skrbi. Metode: Pretraživane su dostupne smjernice za otkrivanje i liječenje navedenih tumora kod žena. Rasprava: Obzirom na kompleksnost potreba bolesnica oboljelih od ginekoloških tumora, u fazi kada bolest više nije lokalizirana i ne može se liječiti samo lokalnom terapijom, potrebe praćenja i liječenja bolesnica nisu više u domeni primarnog ginekologa već im je potrebna holistička, sveobuhvatna skrb što je domena izabranog obiteljskog liječnika. Također ako bolest napreduje timski rad više medicinskih profesionalaca koordinira izabrani obiteljski liječnik. Zaključak: Obiteljski liječnik zbog skrbi za cjelokupnu populaciju, većinom od školske dobi do kraja života, te zbog učestalosti kontakata s populacijom za koju skrbi zbog raznih akutnih i kroničnih potreba u poziciji je da kao zdravstveni profesionalac oportunistički savjetuje o primarnoj prevenciji i motivira za sekundarnu prevenciju. Izabrani liječnik prvi je kojem će se pacijent obratiti zbog nespecifičnih zdravstvenih tegoba, koje kod žena mogu pobuditi sumnju i na ginekološki problem te zbog nuspojava koje se javljaju tijekom liječenja malignih bolesti pa tako i ginekoloških tumora

CARE OF PATIENTS SUFFERING FROM THE MOST COMMON GYNECOLOGICAL TUMORS IN THE FAMILY DOCTOR'S OFFICE

ABSTRACT Introduction: The most common gynecological cancers in Croatia in 2020 are endometrial cancer, ovarian cancer and cervical cancer. According to the frequency of all malignant tumors in women in Croatia in 2020, endometrial cancer is in fourth place, ovarian cancer in sixth place, and cervical cancer in tenth place. There is primary and secondary prevention for cervical cancer, ie screening for early detection and five-year survival is 63.2%. There is no real primary prevention for uterine cancer other than controlling risk factors, but early signs of vaginal bleeding usually occur in postmenopausal women, and the five-year survival rate for type I endometrial cancer is about 80% and type 2 for about 55%. Ovarian cancer is detected at an advanced stage due to late non-specific symptoms and mortality is very high, depending on the type, stage and age of the patient. Objective: To point out the role of the family doctor in primary and secondary prevention and the importance in tertiary prevention, ie in monitoring and managing side effects of treatment and palliative care. Methods: Available guidelines for the detection and treatment of these tumors in women have been reviewed. Discussion: Given

the complexity of the needs of patients with gynecological tumors, in the phase when the disease is no longer localized and can not be treated only with local therapy, the needs of monitoring and treatment of patients are no longer in the domain of primary gynecologist but need holistic, comprehensive care of family doctor and if the disease progresses and the teamwork of several medical professionals. Conclusion: Due to the care of the entire population, mostly from school age to the end of life, and the frequency of contacts with the population he cares for due to various acute and chronic needs, the family doctor is in a position to opportunistically advise on primary prevention and motivate for secondary prevention. The family doctor is the first to be consulted by the patient due to non-specific health problems, which may raise suspicion of gynecological problems in women, and due to side effects that occur during the treatment of malignant diseases including gynecological tumors.

KLJUČNE RIJEČI

karcinom vrata maternice, karcinom endometrija , karcinom jajnika , obiteljski liječnik

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

cervical cancer, endometrial cancer, ovarian tumors, family doctor

Menopauza - stigma i tabu - shvaćamo li je dovoljno ozbiljno?

Zrinka Huđek Leskovar (zrinkahl@gmail.com) (SOOM Z.Huđek-Leskovar)

SAŽETAK

Uvod: Menopauza je trajni prestanak menstruacijskih ciklusa koji prethodno traje 12 mjeseci, a bez da postoji neki drugi uzrok amenoreje. Prosječna dob kada se javlja je 51,4 godine. Perimenopauza je tranzicija prema menopauzi po završetku reproduktivnog razdoblja, a prije nastupa menopauze i karakterizirana je nepravilnim menstruacijskim ciklusima, endokrinim promjenama te karakterističnim simptomima. Pod ranom menopauzom podrazumijevamo pojavu u dobi između 40. i 45. a prijevremenom menopauzom ili primarnom ovarijskom insuficijencijom <40. godine života. Cilj: Ukazati na težinu problema menopauze, značaj obiteljskog liječnika u pristupu pacijenticama kao i upravljanju čimbenicima rizika koji doprinose kasnim komplikacijama menopauze. Metode: pretraživane su baze podataka PubMed, Uptodate i Hrčak uporabom ključnih riječi Rasprava: Hormonalne promjene karakteristično su obilježene fluktuacijama serumskog FSH i estradiola. FSH je najčešće povišen, a estradiol snižen, no mogu biti i urednih vrijednosti. Osim nepravilnosti menstruacijskih ciklusa javlja se i atrofija genitourinarnog trakta karakterizirana vaginalnom suhoćom, dispareunijom, gubitkom libida. Valovi vrućine mogu se javiti u perimenopauzi, a čak 50% žena ima ih i 5 godina nakon menopauze. Žene osjećaju vrućinu ili hladnoću, tresavicu, te se mogu preznojavati, ponekad i noću. Česte su promjene raspoloženja, anksioznost, nesanica, depresija pa i kognitivni poremećaji. Menopauza je povezana s povećanim kardiovaskularnim rizikom kao i gubitkom koštane mase i osteoporozom. Deficit estrogena mogao bi doprinositi i razvoju osteoartritisa. U menopauzi dolazi do promjena u sastavu tijela – gubitka nemasne tjelesne mase, a pojačano se nakuplja masno tkivo. Koža također pojačano gubi kolagen. Hormonalna nadomjesna terapija može se koristiti unutar 10 godina od početka menopauze u simptomatskih žena mlađih od 60 godina koje nemaju faktore rizika (karcinom dojke i kardiovaskularne bolesti, tromboembolija, aktivna jetrena bolest) kroz kraće vremensko razdoblje. Zaključak: I danas postoji stigma žena koje ulaze u menopauzu koja se povezuje sa starenjem, gubitkom funkcije, poremećajem seksualnosti, a iznošenje simptoma mnogim je ženama i dalje tabu. Obiteljski liječnici često su prvi kojima od kojih pacijentice traže pomoć te moraju biti dobro educirani, aktivno poticati žene da govore o problemima kroz koje prolaze, shvaćati težinu, a često i kompleksnost koju simptomi menopauze imaju kako bi im pružili pravovremenu pomoć i skrb i zaustavili narušavanje kvalitete njihovog života.

IS MENOPAUSE STILL STIGMA AND TABOO AND DO WE TAKE IT SERIOUSLY?

Introduction: Menopause is the permanent cessation of menstrual cycles that previously lasts for 12 months without any other pathologic cause of amenorrhea. The average age when it occurs is 51.4 years. Perimenopause is a transition to menopause after the end of the reproductive period, and before the onset of menopause, and is characterized by irregular menstrual cycles, endocrine changes and characteristic symptoms. By early menopause we consider the occurrence between the ages of 40 and 45, and premature menopause or primary ovarian failure before ages of 40. Objective: To point out the severity of menopausal problems, the importance of the family physician approach as well as managing risk factors that contribute to late menopausal complications. Methods: PubMed, Uptodate, and Hrčak databases were searched using keywords Discussion: Hormonal changes are characterized by fluctuations in serum FSH and estradiol. FSH is usually elevated and estradiol is lowered, but also may sustain in normal ranges. In addition to irregular menstrual cycles, women may experience atrophy of the genitourinary tract characterized by vaginal dryness, dyspareunia, loss of libido. Hot flushes can occur in perimenopause, and as many as 50% of women have them even 5 years after menopause. Women feel hot or cold, shivering, may sweat, sometimes at night. Mood swings, anxiety, insomnia, depression and even cognitive disorders are common. Menopause is associated with increased cardiovascular risk as well as bone loss and osteoporosis. Estrogen deficiency could also contribute to the development of osteoarthritis. In menopause there are changes in body composition - loss of lean body mass and accumulation of adipose tissue is increased. The skin also loses more collagen. Menopausal hormone therapy (MHT) can be used within 10 years of the onset

of menopause in symptomatic women under 60 who have no risk factors (breast cancer and cardiovascular disease, thromboembolism, active liver disease) for a shorter period of time. Conclusion: Even today, there is a stigma of women entering menopause that is associated with aging, loss of function, sexual dysfunction, and the presentation of symptoms is still taboo for many women. Family physicians are often first whom patients seek help from and thus must be well educated, actively encourage women to talk about the problems they are going through, understand the impact and complexity of menopausal symptoms so they could provide proper care and improve the quality of life of menopausal women.

KLJUČNE RIJEČI

Menopauza, perimenopauza, hormonalna nadomjesna terapija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

Menopause, perimenopause, menopausal hormone therapy

Kako do dijagnoze bolesti štitnjače, što je optimalno i kada s manje postignemo više?

Jadranka Karuza (adra1312@gmail.com) (93941740586)

Kristina Sambol (kristina.sambol@gmail.com) (Dom zdravlja Varaždinske županije)

SAŽETAK

Uvod: Prevalencija hipotireoze je između 1-2%, 10 puta je češća kod žena, a povećava se s dobi. Prevalencija hipertireoze u žena je 0,5-2% i deset puta je češća u žena. Prevalencija multinodozne strume opada s dobi, najveća je u premenopauzalnih žena s omjerom 4:1 u korist žena. 1% žena i 5% muškaraca ima klinički otkrivene čvorove štitnjače čija se učestalost povećava s dobi i korelira s manjkom joda. Kongenitalna hipotireoza u područjima suficita joda pogađa jedno novorođenče na 3500-4000 poroda. Cilj rada: Pregledati dostupnu literaturu i dati pregled najčešćih bolesti štitnjače, racionalne dijagnostike, adekvatnog liječenja i praćenja na razini liječnika obiteljske medicine. Metode: pretraživane su baze podataka Pubmed, UpToDate i Duodecim. Rasprava: Najčešći uzrok hipotireoze je Hashimotov tireoiditis, a hipertireoze Gravesova bolest, toksični adenom i toksična multinodularna guša. Četiri su glavna oblika raka štitnjače: najčešći papilarni te folikularni, medularni i anaplastični, a manifestiraju se uglavnom kao asimptomatski čvor štitnjače. Probir na bolesti štitnjače vrši se mjerenjem tireotropina (TSH) čija uredna koncentracija ukazuje na urednu funkciju i većinom ne zahtjeva daljnju laboratorijsku obradu. Ukoliko je vrijednost TSH povišena određujemo slobodni tiroksin (fT4) radi procjene stupnja hipotireoze. Kod sniženog TSH određujemo slobodni T4 i T3 (trijodtironin) radi procjene stupnja hipertireoze. Kod izraženih kliničkih simptoma hipotireoze, uz urednu ili sniženu koncentraciju TSH potrebno je odrediti T4 ili fT4 s ciljem isključivanja sekundarne hipotireoze. Kod procjene liječenja hipotireoze dovoljno je mjeriti TSH jer su vrijednosti fT4 neosjetljive na promjene doze levotiroksina. Mjerenje antitijela na tkivnu peroksidazu savjetuje se trudnicama i ženama koje planiraju trudnoću sa blaže povišenim TSH. Kod osoba s normalnom koncentracijom TSH kao ili s jasnim biokemijskim znacima hipotireoze nije ih potrebno određivati, a ne preporučuje se niti ponavljanje mjerenja. Koncentracija antitijela na tireoglobulin nema kliničkog značenja u procjeni rizika za autoimunu bolest štitnjače i ne preporučuje se njezino mjerenje osim kod bolesnika s karcinomom štitne žlijezde. Ultrazvuk štitnjače se preporučuje učiniti u slučaju patološkog palpatornog nalaza štitnjače i kod bolesnika s hipertireozom. Ne preporučuje se vršiti probir opće populacije pomoću UZV štitnjače. Zaključak: Racionalna, pravovremena i na smjernicama utemeljena dijagnostika može se postići kontinuiranom edukacijom liječnika.

THYROID TESTING AND DIAGNOSIS- WHY SOMETIMES LESS IS MORE?

Introduction: The prevalence of spontaneous hypothyroidism is between 1 and 2%, and it is more common in older women and 10 times more common in women than in men. The prevalence of hyperthyroidism in women is between 0.5 and 2%, and is 10 times more common in women than in men in iodine-replete communities. In cross-sectional surveys, the prevalence of diffuse goitre declines with age, the greatest prevalence is in premenopausal women, and the ratio of women to men is at least 4:1. 1% of women and 5% of men have clinically detected thyroid nodules and prevalence increases with age and correlate with iodine deficiency. Congenital hypothyroidism in areas of iodine deficiency affects one newborn per 3400-4000 births. Objective: We searched available literature to provide an overview of the most common thyroid diseases, rational diagnostics, adequate treatment and follow-up in primary care. Methods: Pubmed, UpToDate and Duodecim databases were searched. Discussion: The most common cause of hypothyroidism is Hashimoto's thyroiditis and hyperthyroidism is Grave's disease, toxic adenoma and toxic multinodular goiter. There are 4 types of thyroid cancer: the most common – papillary, followed by follicular, medullary and anaplastic, manifesting mainly as an asymptomatic thyroid nodule. Thyroid stimulating hormone (TSH) is used for screening for thyroid disease. Normal concentration indicates normal function and does not require further laboratory processing. If elevated, free thyroxine (fT4) assessment is recommended. If decreased, fT4, and fT3 (free triiodothyronine) are measured for assessment the degree of

hyperthyroidism. In clinical presentation of hypothyroidism with normal or reduced TSH levels, T4 or fT4 should be measured to exclude secondary hypothyroidism. When evaluating the treatment of hypothyroidism, measuring TSH is sufficient because fT4 values are insensitive to changes in levothyroxine dosage. Tissue peroxidase antibody (anti TPO) test is recommended for pregnant women and those planning pregnancy with mildly elevated TSH, not necessary in patients with normal TSH levels or with clear clinical and biochemical signs of hypothyroidism. Thyroglobulin antibody test (TGAB) has no clinical significance in the risk assessment for autoimmune thyroid disease and is not recommended except in patients with thyroid cancer. Hyperthyroidism or palpable abnormalities of the thyroid gland mandate further ultrasound evaluation. Ultrasound screening in general population is not recommended. Conclusion: Rational, early and guideline-based diagnostics can be achieved through continuous medical education of the medical professionals.

KLJUČNE RIJEČI

bolesti štitnjače, TSH, hormoni štitnjače, levotiroksin, obiteljski liječnik

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

thyroid disease, TSH, thyroid hormones, levothyroxine, family doctor

Važnost cijepljenja u prevenciji nastanka malignih bolesti uzrokovanih Humanim papiloma virusom (HPV)

Sandro Kresina (sandro.kresina@zzjzpgz.hr) (Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ)

Helena Glibotić Kresina (helena.glibotic-kresina@zzjzpgz.hr) (Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ)

Nataša Dragaš Zubalj (natasa.dragas.zubalj@zzjzpgz.hr) (Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ)

Tea Majnarić (tea.majnarić@zzjzpgz.hr) (Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ)

Ines Špoljarić (ines.spoljaric@zzjzpgz.hr) (Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ)

Anja Del Vechio (anja.delvechio@zzjzpgz.hr) (Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ)

SAŽETAK

Uvod: Infekcija Humanim papiloma virusom (HPV) je spolno prenosiva bolest koja obuhvaća više od 150 tipova virusa. Tipovi HPV dijele se na niskorizične-neonkogene i visokorizične onkogene tipove. Onkogenitipovi HPV virusa u 99% slučajeva uzrok su karcinoma vrata maternice koji je i najčešći karcinom uzrokovan HPV virusom, ali mogu uzrokovati i karcinome rodnice, stidnice, muškog spolnog uda, čmara i grla. Cijepljenje predstavlja pouzdanu i sigurnu prevenciju protiv ovih bolesti. Cilj: Podizanje svjesnosti o važnosti cijepljenja u prevenciji karcinoma uzrokovanih HPV virusom. Metode: Analiza podataka o prevalenciji karcinoma uzrokovanih HPV virusom po dobi, analiza podataka iz literature o načinu djelovanja te utjecaju cjepiva na smanjenje incidencije karcinoma uzrokovanih HPV virusom. Rasprava: Na godišnjoj razini, rak povezan s HPV-om čini gotovo 9% svih novodijagnosticiranih slučajeva raka u žena diljem svijeta te 14% u žena u regijama u razvoju. Od ukupno 12,7 milijuna novih slučajeva raka koji se godišnje dijagnosticiraju u svijetu, 61 000 (5%) je uzročnik HPV virus. Globalna tijela nadležna za zdravstvenu zaštitu World Health Organisation (WHO), European Medicines Agency (EMA), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Food and Drug Administration (FDA) i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) zaključuju da koristi cijepljenja cjepivom protiv HPV-a nadmašuju potencijalne rizike. WHO je na Global Advisory Committee on Vaccine Safety Statement (GACVS) sastanku Savjetodavnog odbora za sigurnost cjepiva u lipnju 2017. nakon evaluacije svih podataka o cjepivu HPV cjepivo proglasio ekstremno sigurnim. Zaključak: Karcinomi uzrokovani onkogenim tipovima HPV virusa predstavljaju ozbiljan javnozdravstveni problem. Dovode do značajnog udjela u pobolu, apsentizmu, uzrokuju invalidnost i prijevremenu smrtnost te iziskuju znatne financijske troškove za liječenje. S druge strane odgovorno spolno ponašanje i cijepljenje protiv HPV virusa su učinkovite, sigurne metode prevencije.

THE IMPORTANCE OF VACCINES IN THE PREVENTION OF MALIGNANT DISEASES CAUSED BY THE HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV)

Introduction: Human papillomavirus (HPV) infection is a sexually transmitted disease involving more than 150 types of viruses. HPV types are divided into low-risk non-oncogenic and high-risk oncogenic types. Oncogenotypes of HPV in 99% of cases is the cause of cervical cancer, which is the most common cancer caused by HPV, but can also cause cancer of the vagina, vulva, male penis, anus and throat. Vaccination is reliable and safe prevention against these diseases. Objective: To raise awareness of the importance of vaccination in the prevention of cancer caused by the HPV virus. Methods: Analysis of data on the prevalence of HPV cancer by age, analysis of data from the literature on the mode of action and the impact of vaccines on reducing the incidence of HPV cancer. Discussion: Annually, HPV-related cancer accounts for almost 9% of all newly diagnosed cancer cases in women worldwide and 14% in women in developing regions. Of a total of 12.7 million new cancers diagnosed annually worldwide, 61,000 (5%) are caused by the HPV virus. The World Health Organization (WHO), the European Medicines Agency (EMA), the European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), the Food and Drug Administration (FDA) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) conclude that the benefits of HPV vaccination outweigh the potential risks. At the

Global Advisory Committee on Vaccine Safety Statement (GACVS) meeting of the Vaccine Safety Advisory Committee in June 2017, the WHO declared the HPV vaccine extremely safe after evaluating all data on the vaccine. Conclusion: Cancers caused by oncogenic types of HPV are a serious public health problem. They lead to a significant share in morbidity, and absenteeism,, cause disability and premature mortality, and require significant financial costs for treatment. On the other hand, responsible sexual behavior and HPV vaccination are effective, safe methods of prevention

KLJUČNE RIJEČI

HPV virus, karcinomi, cijepljenje, sigurnost cijepljenja, učinkovitost cjepiva

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

HPV virus, carcinomas, vaccination, vaccination safety, vaccine efficacy

Je li depresija bolest žena, kako je prepoznati i liječiti?

Sandra Šuljić (sandrasuljic4@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)

SAŽETAK

Uvod: Depresija je jedna od najčešćih bolesti današnjice i predstavlja jednu od najvećih duševnih patnji. Prevalencija velikog depresivnog poremećaja veća je u žena nego u muškaraca, a razlika u riziku uglavnom proizlazi iz bioloških spolnih razlika i manje ovisi o rasi, kulturi, prehrani, obrazovanju i brojnim drugim potencijalno zbunjujućim društvenim i ekonomskim čimbenicima. Nema jasnih dokaza da je stopa depresije veća u zemljama u kojima žene imaju izrazito niži socioekonomski status od muškaraca nego u zemljama u kojima postoji više jednakih. Depresija je više nego dvostruko češća kod mladih žena nego muškaraca (u dobi od 14 do 25 godina), ali se taj omjer smanjuje s godinama. Prema Američkom psihijatrijskom udruženju, uz ostale poremećaje raspoloženja negativno utječe na emocionalne, kognitivne i funkcionalne sposobnosti oboljelog te znatno narušava kvalitetu njihovog života. Bolesnici s depresijom mogu imati poremećaje raspoloženja, kognitivne, neurovegetativne ili somatske simptome, a depresivni simptomi mogu varirati od blagih do teških i kao takvi znatno utječu na radnu sposobnost i funkcioniranje osobe u cjelini. Dijagnoza depresije temelji se na kliničkom pregledu i medicinskim alatima za procjenu stanja, te se depresivni pomak ne može dijagnosticirati laboratorijskim i drugim objektivnim ispitivanjima. Ciljani testovi nam najčešće služe za postavljanje diferencijalno dijagnostičkih stanja. Većina depresivnih poremećaja se dijagnosticira u ordinaciji obiteljskog liječnika, no na žalost 50% depresivnih pacijenata se ne uspije detektirati. Depresija u konačnici uz adekvatno liječenje ima dobar ishod, te se procjenjuje da 80-90% oboljelih dobro reagira na terapiju i liječenje. Cilj rada je pokazati mogućnost korištenja dijagnostičkih alata u ordinaciji obiteljskog liječnika, te ukazati na važnost kako prepoznavanja, tako i liječenja depresivnog poremećaja. Metode: pretraživane su mrežne stranice i baze podataka UptoDate, Pubmed, Medscape, Psihijatrijsko hrvatsko društvo Zaključak: za postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja, obiteljski liječnik mora provesti dijagnostičku procjenu uzimanjem iscrpne anamneze, fizikalnim pregledom te uzeti u obzir obiteljsku anamnezu, identificirati specifične simptome te sociološke, kulturološke i okolišne čimbenike. Laboratorijskim testiranjem treba isključiti druge bolesti i stanja koja kokeriraju sa simptomima depresije. U suradnji sa pacijentom treba procijeniti optimalan način farmakološkog i psihoterapijskog liječenja.

IS DEPRESSION A WOMEN'S DISEASE, HOW TO RECOGNIZE IT AND TREAT IT?

Depression is one of the most common illnesses today and is one of the biggest suffering from mental illnesses. The prevalence of major depression is higher in women than in men and difference in risk stem largely from biological sex differences and depend less on race, culture, diet, education and numerous other potentially confounding social and economic factors. There is no clear evidence that the rate of depression is greater in countries where women have markedly lower socioeconomic status than men than in countries where there may be more equal. Depression is more than twice as prevalent in young women than men (ages 14–25 yr), but this ratio decreases with age. According to the American Psychiatric Association like other mood disorders, negatively affects emotional, cognitive and functional abilities of the patient. Depressive symptoms can vary from mild to severe and as significantly affect a person's ability to work, function and deteriorate his quality of life. Patients with depression may present with mood, cognitive, neurovegetative, or somatic symptoms. Diagnosis of depression can be very challenging and it's based on clinical examination and medical tools for assessment of the condition because depressive shift cannot be diagnosed by laboratory and other similar tests. Targeted tests are most often used to set differential diagnosis and exclude other conditions. Most depressive disorders are diagnosed in the family doctor's office, but unfortunately 50% depressed patients fail to be detected. Depression ultimately with adequate treatment has a good outcome and it is estimated that 80-90% of patients respond well to therapy and treatment. The aim of this paper is to show the possibility of using diagnostic tools in the family doctor's office, and point out the importance of both recognizing and treating depressive disorder. Methods: web sites and databases UptoDate, Pubmed, Medscape, Psychiatric Croatian Society were searched Conclusion: To diagnose

a depressive disorder, a family doctor must conduct diagnostic assessment by taking a comprehensive history, physical examination and take into account family history, identify specific symptoms and sociological, cultural and environmental factors. Laboratory testing should exclude other diseases and conditions that correlate with symptoms of depression. In collaboration with the patient should assess the optimal way of pharmacological and psychotherapeutic treatment.

KLJUČNE RIJEČI

depresija, obiteljska medicina, dijagnoza i liječenje depresije

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

depression, family medicine, diagnosis and treatment of depression

Poster prezentacije

2



KOMUNIKACIJA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Bulozni pemfigoid kod pacijenta u ordinaciji obiteljske medicine

Tino Hmelina (tino.hmelina@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb)

Matija Ivančić (matija.ivancic@gmail.com) (Dom zdravlja centar)

Anamaria Bukulin (matija.ivancic@gmail.com) (Dom zdravlja centar)

Ana Uroš (matija.ivancic@gmail.com) (Dom zdravlja centar)

Lea Toul (matija.ivancic@gmail.com) (KBC zagreb)

Marko Čuljak (matija.ivancic@gmail.com) (KBC zagreb)

SAŽETAK

UVOD: Bulozni je pemfigoid autoimuna bolest kože koja u starijih bolesnika stvara kronične bulozne promjene koje svrbe. Protutijela koja su usmjerena protiv bazalne membrane epidermisa, uzrokuju odvajanje epidermisa od dermisa što karakterizira napete bule koje se pojavljuju na koži normalnog ili blago zacrvenjenog izgleda. Najznačajnija su IgG +/- IgE protutijela i aktivirani T- limfociti. Najčešće je zahvaćen protein BP180 (također nazvan kolagen tip 17) ili rjeđe protein BP230 (također nazvan plakin). Vezanje protutijela na protein BP180 ili BP230 te oslobađanje citokina dovodi do aktivacije komplementa i otpuštanja proteolitičkih enzima koji uništavaju hemidezmosome i uzrokuju subepidermalne bule. **PRIKAZ SLUČAJA:** Prikazat ćemo muškarca u dobi od 79 godina koji već duži niz godina boluje od esencijalne (primarne) hipertenzije i dijabetes melitusa tipa 2. Pacijent dolazi u ambulantu opće medicine te navodi da je prije 10-ak dana primjetio konfluirajući makulopapulozni osip sa unutarnje strane ruku. Osip se nije širio, nema edema, negira tegobe s disanjem ali ga izrazito svrbi. Za to je ordiniran Synopen intramuskularno i Telfast 1x1 tableta uz kontrolu po potrebi. Nakon 4 dana dolazi na pregled te navodi i dalje prisutno crvenilo na rukama i nogama uz povremenu pojavu vezikula prozirnog sadržaja koji nakon što spontano rupturiraju nastaje rana. U terapiju je uveden Klavocin 2x1 tableta uz telfast 1x1 tableta. Tjedan dana nakon dolazi na pregled uz regresiju simptoma na rukama ali značajniju pojavu na bedrima i ispod pazuha gdje su vidljive velike bule te rane od zaostalih bula koje su rupturirale. Postavljena je dijagnoza buloznog pemfigoida te je ordiniran Decortin 60mg dnevno uz postepeno smanjenje doze svakih 5 dana za 20mg , dakle 40mg 5 dana pa nakon toga 20mg 5 dana uz daljnju kontrolu do regresije simptoma. **RASPRAVA/ZAKLJUČAK:** Klinička slika našeg pacijenta nije toliko ozbiljna, ova bolest može se zakomplicirati osobito ako se značajno proširi ili neadekvatno liječi zato smo uputili našeg pacijenta na specijalistički dermatološki pregled. Definitivna dijagnoza postavlja se biopsijom kože i određivanjem titra protutijela u serumu. Uloga liječnika obiteljske medicine je prepoznati navedeno stanje na vrijeme, ordinirati točnu terapiju te uputiti pacijenta na specijalistički dermatološki pregled i detaljno dalje pratiti pacijenta.

PATIENT WITH BULLOUS PEMPHIGOID IN FAMILY MEDICINE PRACTICE

INTRODUCTION: Bullous pemphigoid is an autoimmune skin disease that produces chronic, itchy, bullous changes in elderly patients. Antibodies directed against the basement membrane of the epidermis, cause the separation of the epidermis from the dermis which is characterized by tense bumps that appear on the skin of a normal or slightly reddened appearance. The most important are IgG +/- IgE antibodies and activated T-lymphocytes. The most commonly affected protein is BP180 (also called collagen type 17) or less commonly the protein BP230 (also called plakin). The binding of antibodies to BP180 or BP230 protein and cytokine release leads to complement activation and release of proteolytic enzymes that destroy hemidesmosomes and cause subepidermal bullae.

CASE STUDY: We will show a 79-year-old man who has been suffering from essential (primary) hypertension and type 2 diabetes mellitus for many years. The rash has not spread, there is no edema, and he denies difficulty breathing but it is extremely itchy. For this, Synopen was administered intramuscularly and Telfast 1x1 tablets with control as needed. After 4 days, he comes for an examination and states that there is still redness on the hands and feet with the occasional appearance of vesicles of transparent content, which, after spontaneous rupture, form a wound. Klavocin 2x1 tablets with telfast 1x1 tablets were introduced into the therapy. A week later, he comes for an examination with regression of symptoms on the hands, but a more significant appearance on the thighs and under the armpits, where large bumps are visible and wounds from the remaining bullae that have ruptured. A diagnosis of bullous pemphigoid was made and Decortin was administered 60 mg daily with a gradual reduction of the dose every 5 days by 20 mg, ie 40 mg for 5 days, then 20 mg for 5 days with further control until regression of symptoms. DISCUSSION / CONCLUSION: The clinical picture of our patient is not so serious, this disease can be complicated especially if it is significantly expanded or inadequately treated, so we referred our patient for a specialist dermatological examination. A definitive diagnosis is made by skin biopsy and determination of antibody titer in serum. The role of the family doctor is to recognize the stated condition in time, prescribe the correct therapy and refer the patient to a specialist dermatological examination and follow the patient in detail.

KLJUČNE RIJEČI

vezikul, bulozni pemfigoid, sepsa.

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

vesicle, bullous pemphigoid, sepsis

SIGURNOST PACIJENATA

Infekcija i upalna reakcija uzrokovana unutrašnjom zglobnom protezom kuka

Tino Hmelina (tino.hmelina@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb)

Matija Ivančić (tino.hmelina@gmail.com) (Dom zdravlja centar)

Anamaria Bukulin (tino.hmelina@gmail.com) (Dom zdravlja centar)

Ana Uroš (tino.hmelina@gmail.com) (Dom zdravlja centar)

Lea Toula (tino.hmelina@gmail.com) (KBC Zagreb)

Marko Čuljak (tino.hmelina@gmail.com) (KBC Zagreb)

SAŽETAK

UVOD: Operacije artroplastike donjeg ekstremiteta su u porastu kod starije populacije pa se time nameću izazovi kao što su dijagnostičke nedoumice, imunokompromitirani pacijenti, rekurentne infekcije, infekcije oko pozicioniranog implantata i značajan gubitak koštane mase. Bitno je naglasiti kako bi nadvladali navedene izazove potrebna je pažljiva obrada liječnika obiteljske medicine koji se prvi susreće s navedenim problemom te daljnje upućivanje kako bi se provela preoperativna obrada i točno definiran plan liječenja. PRIKAZ SLUČAJA: 47- godišnji muškarac sa obostranom totalnom endoprotezom kuka javlja se u ordinaciju obiteljske medicine i navodi bol u hvatištu glutealne regije, ograničene pokrete u oba kuka i primjećuje se antalgican hod. Operacije primarnog postavljanja totalne endoproteze rađene su prije 5 i 6 godina na klinici za ortopediju na oba kuka. Liječnik obiteljske medicine upoznat sa problematikom svojeg pacijenta, nakon obrade i pregleda u ordinaciji, posumnja na infekciju lijevog kuka i upućuje pacijenta na specijalistički pregled i daljnju radiološku obradu. Nakon kliničkog pregleda i radiološke obrade postavlja se sumnja na periprotetičku infekciju lijevog kuka te se indicira revizija u 2 akta. U prvom aktu, odstranjena je endoproteza, učinjen debridman i uzorci tkiva su poslani na mikrobiološku analizu. Analiza uzoraka dokazala je pozitivan nalaz na *Staphylococcus epidermidis* i *Propionibacterium* spp. te se sukladno antibiogramu provodi intravenska terapija flukloksacilinom. Po smirivanju upalnih parametara odlučuje se za reimplantaciju endoproteze lijevog kuka. Rani postoperativni tijek potiče uredno i rana cijeli per primam. Po implantaciji endoproteze nastavlja se sa već spomenutom intravenskom antibiotskom terapijom flukloksacilinom te se 3. postoperativnog dana uvodi antibiofilm terapija Rimactan 3x300mg peroralno. ZAKLJUČAK/RASPRAVA: Ovako opsežna operacija može biti praćena postoperativnom infekcijom, kako bi se to preveniralo i minimaliziralo potrebna je izrazita opreznost i znanje liječnika koji izvodi zahvat. Također postoperativna skrb, preventivno uzimanje antibiotika i pravilno previjanje rane ključan su aspekt u prevenciji infekcije. Ipak nakon godinu dana pacijent se javlja u ordinaciju obiteljske medicine sa nalazom pozitivne scintigrafije skeleta, navodi opetovanu bol hvatišta glutealne regije te se zbog iskustva i znanja liječnika obiteljske medicine na vrijeme reagiralo što je rezultiralo predbilježbom za opetovanu reviziju. Takav postupak liječnika obiteljske medicine uvelike je ubrzao dodatnu obradu pacijenta i sigurno olakšao daljnju kvalitetu života.

INFECTION AND INFLAMMATORY REACTION CAUSED BY INTERNAL JOINT PROSTHESIS

INTRODUCTION: Lower extremity arthroplasty surgeries are increasing in the elderly population, thus imposing new challenges such as diagnostic dilemmas, immunocompromised patients, recurrent infections, infections around positioned implants, and significant bone loss. It is important to emphasize that in order to overcome these challenges, it is necessary to carefully process the family doctor who first encounters the problem and further referral in order to conduct preoperative treatment and a well-defined treatment plan.. CASE REPORT: A 47-year-old man with bilateral total hip arthroplasty reports to the family medicine office and reports pain in the grip of the gluteal region, limited movements in both hips and an antalgic gait. The operations of primary placement

of the total endoprosthesis were performed 5 and 6 years ago on both hips. The family doctor, familiar with the problems of his patient, after treatment and examination in the office, suspects an infection of the left hip and refers the patient to a specialist examination and further radiological examination. After clinical examination and radiological treatment, periprosthetic infection of the left hip is suspected and revision is indicated in two acts. In the first act, the endoprosthesis was removed, debridements were performed and tissue samples were sent for microbiological analysis. The analysis of the samples proved to be positive for *Staphylococcus epidermidis* and *Propionibacterium* spp., And intravenous flucloxacillin therapy was performed according to the antibiogram. After the inflammatory parameters have calmed down, it is decided to reimplant the left hip endoprosthesis. The early postoperative course is stimulated properly and the wound is completely per prima. After the implantation of the endoprosthesis, the already mentioned intravenous antibiotic therapy with flucloxacillin is continued, and on the 3rd postoperative day, the antibiofilm therapy Rimactan 3x300mg is introduced orally. **CONCLUSION / DISCUSSION:** Such an extensive operation can be accompanied by postoperative infection, but to prevent and minimize it requires extreme caution and knowledge of the doctor performing the procedure. Also, postoperative care, preventive antibiotic use, and proper wound dressing are key aspects of infection prevention. However, after a year, the patient reports to the family medicine office with a positive skeletal scintigraphy and states recurrent pain in the gluteal region, and due to the experience and knowledge of family medicine doctor reacted in time, resulting in pre-registration for repeated resection. Such a procedure of the family medicine doctor greatly accelerated the additional processing of the patient and certainly facilitated the further quality of life.

KLJUČNE RIJEČI

endoproteza, periprotetička infekcija, postoperativna skrb

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

endoprosthesis, periprosthetic infection, postoperative care.

SESTRINSTVO

Suvremeni pristup patронаžnih sestara doma zdravlja pgž u zbrinjavanju kroničnih rana

Martina Rosović (martina.rosovic@domzdravlja-pgz.hr) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije)

Barbara Malašević (barbara.malasevic@domzdravlja-pgz.hr) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije)

SAŽETAK

UVOD Kronične rane su rastući socioekonomski problem u razvijenim zemljama, javljaju se u 1-2% populacije, a na njihovo zbrinjavanje troši se 2-4% proračuna za zdravstvo. S obzirom na etiološke čimbenike kronična rana zahtjeva multidisciplinarni pristup. Patронаžna sestra važan je član multidisciplinarnog tima za pružanje skrbi bolesnicima sa kroničnim ranama, te je ponekad jedina spona između bolesnika i liječnika obiteljske medicine. Obloge za rane u današnje vrijeme razvijene su u tolikoj mjeri da zadovolje sve specifične zahtjeve za optimalnim uvjetima u svim fazama cijeljenja. Veliki broj i generički potpuno različitih obloga razvile su se kao rezultat razvoja tehnologije s jedne strane i rezultata mnogobrojnih kliničkih studija. **CILJ** Prikazati slučaj iz prakse u patронаžno zdravstvenoj zaštiti Doma zdravlja PGŽ, važnost kontinuiranih edukacija patронаžnih sestara, važnost komunikacije između liječnika obiteljske medicine, patронаžnih sestara i bolesnika **METODE** RADA Prikaz slučaja uvidom u medicinsku dokumentaciju bolesnice, praćenje kroničnih rana redovitim kućnim posjetama patронаžne sestre, foto dokumentiranje kroničnih rana. **REZULTATI** Pokazalo se da je za cijeljenje kronične rane važna kako pravilna priprema i procjena rane tako i poznavanje mehanizama djelovanja modernih obloga te njihov pravilan odabir. **ZAKLJUČAK** Od iznimne je važnosti pravovremena procjena rane od strane patронаžne sestre kao i spremnost obitelji za edukaciju i provedbu sugeriranih rješenja kod liječenja rana. Uz ovakav pristup koji ide u prilog bolesniku, uštedjelo bi se i vrijeme i novac. Patронаžna sestra je važna karika u multidisciplinarnom timu kod rješavanja ovakvih slučajeva stoga ne bi trebala biti podcijenjena u niti jednom segmentu.

THE SUBTLE APPROACH OF COMMUNITY NURSE AT THE COMMUNITY CENTER OF PGŽ IN THE CARE OF CRONIC WOUNDS

INTRODUCTION Chronic wounds are a growing socioeconomic problem in developed countries, they occur in 1-2% of the population with 2-4% of the healthcare budget expended to treat such illnesses. With regard to the etiological cymbetics, a chronic wound requires a multidisciplinary approach. The community nurse is an important member of the multidisciplinary team providing care to patients with chronic wounds, and is sometimes the only link between patients and family medicine doctors. Today's wound dressings have developed to such an extent that they meet all specific requirements for optimal conditions at all stages of healing. A large number of generic and completely different compresses and linings have evolved through the development of technology and by obtaining results from numerous clinical studies. **TARGET** Display a practical case in patronage health protection of the Community health center of PGŽ. The importance of continuous education of community nurses, the importance of communication between family medicine doctors, community nurses and patients. **WORKING METHODS** To view the case by examining the medical records of the patients and by continued monitoring of chronic wounds through regular house visits from the community nurse and by gathering photographic documentation of chronic wounds. **RESULTS** Healing chronic wounds can be achieved by the proper operation, evaluation, the knowledge of the mechanism

and importance of proper selection of modern day dressings. CONCLUSION It is of great importance for the community nurse to make a timely assessment of the wound as well as to ensure the family's readiness by educating and implementing the solutions suggested by the doctor. With this approach and in favor of the patient, time and money would be saved. The community nurse is an important link in a multidiscipline team when solving such situations and therefore the importance of such a role should not be underestimated.

KLJUČNE RIJEČI

kronične rane, multidisciplinarni tim, patронаžna sestra

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

chronic wounds, multidisciplinary team, community nurse

Uloga liječnika obiteljske medicine u promociji cijepljenja protiv HPV-a

Gordana Mičetić Balog, Vedrana Tudor Špalj, Zoran Adžić
Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, specijalizant obiteljske medicine

SAŽETAK

Uvod s ciljem: Humani papiloma virusi (HPV) su DNA virusi. Poznato je više od 100 tipova virusa ove skupine. Većina tipova HPV-a uzrokuje asimptomatske infekcije koje prolaze spontano. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, svake godine od karcinoma vrata maternice obolijeva prosječno 350 žena. Tom broju može se pridodati oko 100-tinjak žena kojima se dijagnosticira rak stidnice te oko 10-20 osoba s rakom anusa, penisa i rodnice uzrokovanih različitim tipovima HPV-a.

Cilj rada je ukazati na važnost uloge liječnika obiteljske medicine (LOM) u edukaciji kandidata za cijepljenje protiv HPV-a čime se potencijalno može prevenirati pojava malignih bolesti anogenitalnog područja.

Prikaz slučaja: U travnju, 2015.g. djevojka u dobi od 17 godina dolazi u ambulantu LOM-a u pratnji majke zbog prikupljanja informacija o korisnosti cijepljenja protiv HPV-a. Inače je zdravo dijete. U obiteljskoj anamnezi majka i sestra boluju od autoimune bolesti štitnjače, otac od hipertenzije. Nakon konzultacija vezanih za indikacije, nuspojave i kontraindikacije cjepiva, u dogovoru s roditeljima odlučuje se za cijepljenje s dvije doze četverovalentnog cjepiva. U veljači, 2022.g. dolazi u ordinaciju zbog grlobolje. Donosi i nalaz ginekologa s PAPA testom te kotestiranje na HPV koje je negativno. Djevojka je spolno aktivna unatrag 2 godine.

Rasprava: Cijepljenje protiv HPV-a preporuča se za djevojčice i dječake prije početka seksualne aktivnosti. Današnja su cjepiva polivalentna, uobičajeno sadrže tipove 6, 11, 16 i 18 HPV-a koji sprečavaju razvoj oko 70% karcinoma cerviksa, 50% premalignih promjena cerviksa i vulve te 90% anogenitalnih bradavica. Cijepljenje je uz redovite ginekološke i citološke preglede zlatni standard u očuvanju spolnog zdravlja žena i muškaraca. U Hrvatskoj su registrirana tri cjepiva: dvovalentno "Cervarix", četverovalentno "Silgard/Gardasil" i devetovalentno "Gardasil 9". Sva cjepiva štite od infekcije tipovima 16 i 18, četverovalentno sadrži i tipove 6 i 11 koji mogu uzrokovati spolne bradavice, devetovalentno i tipove 31, 33, 45, 52, 58 koji su onkogeni. Podaci istraživanja kojim je bilo obuhvaćeno 261 810 ispitanica, utvrdilo je da oko 86% žena reproduktivne dobi ne provodi redovite ginekološke preglede, dok u ambulantu obiteljske medicine dođe oko 75% ispitanica jednom godišnje što obiteljskim liječnicima pruža mogućnost da promoviraju spolno zdravlje.

Zaključak: LOM kao najdostupniji medicinski profesionalac ima zadaću individualiziranim pristupom ciljanoj populaciji ukazati na važnost očuvanja spolnog zdravlja.

Ključne riječi: cijepljenje, humani papiloma virusi, karcinom grlića maternice, liječnik obiteljske medicine

LITERATURA:

1. <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/cijepljenje-protiv-humanog-papiloma-virusa-hpv-2018-2019/> Pristupljeno: 15.05.2022g
2. L Sichero, A R Giuliano, L L Villa Human Papillomavirus and Genital Disease in Men: What We Have Learned from the HIM Study DOI:10.1159/000493737
3. A W Wey Lim, P Sasieni Sage Journals Consultation rates in cervical screening non-attenders: opportunities to increase screening uptake in GP primary care DOI:10.1177/0969141315573345

Multipli zloćudni primarni tumori jetrenog parenhima i mokraćnog mjehura s jetrenim recidivima

Tea Banić (banic.tea98@gmail.com) (School of Medicine University of Zagreb)

Matija Ivančić (matijai2307@gmail.com) (Community health center Zagreb - Center, Zagreb)

Lucija Brkić (lucija.brkic95@gmail.com) (Department of Surgery, University Hospital Centre)

SAŽETAK

Unatoč napretku moderne medicine i dalje raste broj pacijenata s multiplim primarnim tumorima. Takvi tumori se mogu nalaziti na istom organu ili različitim organskim sustavima. Razlog nastanka je multifaktorijalan te liječenje takvih bolesnika predstavlja veliki izazov. 60-godišnjem pacijentu je 16.06.2008. učinjena eksplorativna laparotomija s kolecistektomijom te je napravljena biopsija tumora jetre. PHD govori u prilog adenokarcinomu te se započinje onkološko liječenje. CT jetre prikazuje regresiju tumora te se pacijent upućuje na operaciju nakon koje ide na daljnje onkološko liječenje. Kontrolni UZV abdomena bio je bez žarišnih promjena, no CA 19-9 je iznosio 81,9 kIU/L (referentne vrijednosti do 39 kIU/L). Daljnjom obradom otkriveno je povišen AFP 9,7 kIU/L (referentne vrijednosti do 5,8 kIU/L) te je magnetska rezonanca (MR) abdomena uredana. 29. 12. 2009. ponovno je učinjen MR jetre te je opisana tvorba promjera 1 cm subdijafragmalno u desnom režnju. Pacijent se prati. 12.12.2016. kontrolni UZV abdomena prikazuje hipoehogenu zona u gornjem polu desnog lobusa s manjim hipoehogenim zonama. Učinjen je PET-CT koji pokazuje metabolički aktivno sekundarno širenje bolesti te je pacijent upućen na kontrolni pregled kod abdominalnog kirurga. AFP iznosi 71,3 kIU/L te je napravljen MR jetre. Na MR jetre je vidljivo patološko nakupljanje. Pacijentu je na onkološkom konziliju preporučen pregled i zahvat na Radiokirurgiji. Radiokirurški zahvat je podnio dobro. Kontrolni MR jetre prikazuje cirotično promijenjenu jetru i leziju koja se smanjila. Na kontroli nakon godinu i 10 mjeseci od provedenog zahvata AFP je 42, 5 kIU/L i na MR jetre opisuje se novonastala promjena. Preporučeno je učiniti MR abdomena za 3 mjeseca. 04.01.2022. pacijent se javlja u hitnu urološku zbog hematurije. Učinjen je UZV mjehura koji prikazuje izraslinu s desne strane. Planira se operacijski zahvat te u sklopu anesteziološke obrade otkriva se trombocitopenija i PV 0,45. 17.02.2022. napravila se transuretralna resekcija tumora mokraćnog mjehura. PHD govori u prilog papilarnom urotelnom karcinomu. 10.03.2022. ponovno hospitaliziran zbog makrohaturije nastale zbog aktivnog krvarenja na mjestu prethodne resekcije. Onkološke bolesti su postale kronične bolesti s kojima se sve češće doktori susreću u svojim ordinacijama. Skrb takvih bolesnika je složena i zahtjeva multidisciplinarni pristup te dobru komunikaciju između liječnika te liječnika i pacijenta.

MULTIPLE MALIGNANT PRIMARY TUMORS OF THE LIVER PARENCHYMA AND BLADDER WITH HEPATIC RELAPSES

Despite advances in modern medicine, the number of patients with multiple primary tumors grows continually. Such tumors may be located on the same organ or in different organ systems. The reason is multi-factorial and the treatment is a great challenge. A 60-year-old patient had an exploratory laparotomy with cholecystectomy and a liver tumor biopsy performed on 6/16/2008. PHD speaks in favor of adenocarcinoma, and oncology therapy has been started. CT of the liver shows regression of the tumor, and the surgery was performed. Abdominal ultrasound was without focal changes, but CA 19-9 was 81.9 kIU/L (reference values up to 39 kIU/L). Further processing revealed that the AFP was elevated by 9.7 kIU/L (reference values up to 5.8 kIU/L) and the MRI of the abdomen was normal. On 12/29/2009, an MRI of the liver was performed and the subdiaphragm formation of 1 cm in diameter was described in the right lobe. The patient was followed up. On 12/12/2016 control ultrasound of the abdomen shows a hypoechoic zone in the upper pole of the right lobe and a smaller hypoechoic zone. PET-CT shows a metabolically active secondary spread of the disease. The patient was referred for a follow-up examination by an abdominal surgeon. AFP was 71.3 kIU/L and an MRI of the liver was performed. On MRI of the liver pathological accumulation is seen. At the oncology council, the patient was recommended to be examined and treated at the Radiosurgery. The radiosurgery was well tolerated. A control MRI of the liver shows a cirrhotic

altered liver and a lesion that has shrunk. At the control after one year and ten months, the AFP was 42.5 kIU/L and the MRI of the liver shows a new change. On 1/4/2022 the patient is admitted to the emergency urological department due to hematuria. An ultrasound of the bladder was performed showing a growth on the right side. Surgery is planned and thrombocytopenia and PV 0.45 are detected. On 2/17/2022 transurethral resection of the bladder was performed. PHD speaks in favor of papillary urothelial cancer. On 3/10/2022 the patient was re-hospitalized for macrohematuria due to active bleeding at the site of the previous resection. Oncological diseases have become chronic diseases that are increasingly encountered. The health care is complex and requires a multidisciplinary approach and good communication between physicians and physicians and patients.

KLJUČNE RIJEČI

neoplazme jetre, papilarni urotelni karcinom, primarni multipli tumori

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Carcinoma, Papillary; Liver Neoplasms; Neoplasms, Multiple Primary

Waldenstromova makroglobulinemija u žene srednje životne dobi

Tea Banić (banic.tea98@gmail.com) (School of Medicine University of Zagreb)

Matija Ivančić (matijai2307@gmail.com) (Community health center Zagreb - Center, Zagreb)

Lucija Brkić (lucija.brkic95@gmail.com) (Department of Surgery, University Hospital Centre)

SAŽETAK

Limfoplazmocitni limfom (LPL) je rijedak oblika non-Hodgkinovog limfoma, dok je Waldenstromova makroglobulinemija najčešći oblik limfoplazmocitnog limfoma. Waldenstromova makroglobulinemija je indolentni limfom niskog gradusa te se češće javlja u starijih muškaraca. Bolest nastaje zbog abnormalnih plazma stanica koje proizvode IgM paraproteine. 58-godišnja pacijentica se javlja zbog umora i boli u kostima. Incijalno se radi krvna slika. Krvna slika je bila patološki promijenjena te je upućena na dalju obradu kod hematologa. U sklopu daljnje obrade uzet je aspirat koštane srži i razmaz periferne krvi. U aspiratu koštane srži nađen je omjer bijele i crvene loze 3,5:1 u korist bijele loze te je dijagnosticirana Waldenstromova makroglobulinemija. Snimljen je MSCT na kojem je nađen incidentalom lijeve nadbubrežne žlijezde te je poslana na pregled kod endokrinologa i kirurga. Pacijentica se prati. Dolazi do pogoršanja simptoma i kliničke slike. Započinje se onkološko liječenje. Nakon provedenog onkološkog liječenja kompletna krvna slika i opća biokemija su uredne. Specijalna biokemija pokazuje povećanu vrijednost proteina 87 g/L (referentne vrijednosti do 81 g/L) i IgM 26,9 g/L (referentne vrijednosti do 2,3 g/L). Elektroforezom proteina u serumu dokazan je povećan beta globulin 31,7 g/L (referentne vrijednosti do 9,6 g/L) te je nađen monoklonski imunoglobulin M kapa tipa. Pacijentica se parti te redovito kontrolira kod onkologa. Hematološke bolesti se najčešće očituju nespecifičnim simptomima te dijagnostika može biti jako složena. Pogotovo ako se radi o rijetkoj bolesti. Stoga je važan multidisciplinarni pristup te međusobna suradnja.

WALDENSTROM MACROGLOBULINEMIA IN MIDDLE-AGED WOMEN

Lymphoplasmacytic lymphoma (LPL) is a rare form of non-Hodgkin's lymphoma, while Waldenstrom macroglobulinemia is the most common form of lymphoplasmacytic lymphoma. Waldenstrom macroglobulinemia is an indolent low-grade lymphoma and is more common in older men. The disease is caused by abnormal plasma cells that produce IgM paraproteins. A 58-year-old patient is experiencing fatigue and bone pain. Initially, a blood test is done. The blood work was pathologically altered, and she was sent for further processing to a hematologist. As part of further processing, a bone marrow aspirate and a peripheral blood smear was taken. A ratio of white to red blood cells 3,5:1 in favor of white blood cells was found in the bone marrow aspirate and Waldenstrom macroglobulinemia was diagnosed. An MSCT was recorded in which a left adrenal incidentaloma was found. She was referred to an endocrinologist and surgeon for further examination. The patient was followed up. Worsening of symptoms and clinical picture occurs and oncology treatment begins. After the oncological treatment, the complete blood count and general biochemistry are in order. Special biochemistry shows an increased protein value of 87 g/L (reference values up to 81 g/L) and IgM 26.9 g/L (reference values up to 2.3 g/L). Increased beta globulin 31.7 g/L (reference values up to 9.6 g/L) was detected by serum protein electrophoresis and M kappa type monoclonal immunoglobulin was found. The patient is regularly checked by a hematologist. Hematological diseases are most often manifested by non-specific symptoms and the diagnosis can be very complex, especially if it is a rare disease. Therefore, a multidisciplinary approach and cooperation are important.

KLJUČNE RIJEČI

non-Hodgkinov limfom, Waldenstromova makroglobulinemija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

Lymphoma, Non-Hodgkin; Waldenstrom Macroglobulinemia

Kaheksija u pacijentice s kroničnom opstruktivnom plućnom bolesti

Marina Baran (marinabaran5@gmail.com) (Medicinski fakultet u Zagrebu)

Matija Ivančić (matijai2307@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Centar)

Lucija Brkić (lucija.brkic95@gmail.com) (Klinika za kirurgiju KBC Zagreb)

SAŽETAK

Uvod: Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) je bolest koju karakterizira ograničen protok zraka koji je obično progresivan i povezan s pojačanim kroničnim upalnim odgovorom u dišnim putevima i plućima. Ekstrapulmonalni simptomi uključuju gubitak težine i disfunkciju skeletnih mišića. Ovaj slučaj prikazuje kaheksiju kao ekstrapulmonalnu posljedicu KOPB-a. **Prikaz slučaja:** Pacijentica stara 59 godina s dijagnozom KOPB-a primljena je u ordinaciju za alergijske i opstruktivne bolesti pluća na kontrolu. Od zadnje kontrole osjećala se lošije. Nije tolerirala ni najmanji fizički napor, imala je bolove u kostima i izrazitu mišićnu slabost. Kašljala je, ali nije iskašljavala. Spirometrija je pokazala opstruktivne smetnje ventilacije visokog stupnja. FEV₁ je bio 33%, FVC 77%, a Tiffeneau-Pinelli index 0.35. BMI bio je 14.6, a SARC-F > 4. Od terapije pacijentica je dobivala salbutamol 100 µg 2 udaha po potrebi, beklometazon dipropionat, formoterol fumarat dihidrat i glikopironijev bromid inhalat 87µg/5µg/9µg 2 udaha dvaput dnevno, 200 mL potpune visokokalorične enteralne prehrane dvaput dnevno, tablete natrijevog risedronata 75 mg, jedna tableta dva uzastopna dana jednom mjesečno, D3 oralne kapi 4-6 kapi dnevno, vortoxetinbromid 10mg jednom dnevno, alprazolam 0,5 mg dvaput dnevno, diazepam 5 mg jednom dnevno, klonazepam 0,25 mg triput dnevno i zolpidemtartarat 10 mg prije spavanja. Postavljena je sumnja na zloćudnu novotvorinu. Pacijentica je upućena na zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju. CT toraksa pokazao je panlobularni emfizem bez zloćudne tvorbe. **Zaključak:** Kaheksija je opće loše stanje, pothranjenost i gubitak težine obično povezan s kroničnim bolestima kao što je KOPB. Pridonosi smanjenoj kvaliteti života i povećanoj smrtnosti. Gubitak na težini kod pacijenata s KOPB-om treba redovno pratiti.

CACHEXIA IN A PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease characterized by persistent airflow limitation that is usually progressive and associated with an enhanced chronic inflammatory response in the airways and the lung. Extrapulmonary effects include weight loss and skeletal muscle dysfunction. This case report shows cachexia as an extrapulmonary effect of COPD. **Case report:** 59-year-old female with a COPD diagnosis was admitted to the Pulmonology department for a follow-up. Since the last follow-up, she had been feeling worse. She couldn't tolerate any physical activity and had bone pain and extreme muscle weakness. Pulmonary symptoms were getting worse even with the slightest physical activity. She was coughing non-productively. Spirometry showed a severe obstructive ventilatory defect. Her FEV₁ was 33%, FVC 77%, and Tiffeneau-Pinelli index 0.35. Her BMI was 14.6, and her SARC-F > 4. The treatment included salbutamol inhaler 100 µg 2 puffs as needed, beclometasone dipropionate, formoterol fumarate dihydrate and glycopyrronium inhaler 87µg/5µg/9µg 2 puffs twice a day, 200 mL complete high-caloric enteral nutrition twice a day, 75 mg risedronate sodium tablets for two consecutive days a month one per day, D3 oral drops 4-6 drops a day, vortioxetine 10 mg once a day, alprazolam 0,5 mg twice a day, diazepam 5mg once a day, clonazepam 0,25 mg three times a day, and zolpidem tartrate 10 mg before bedtime. A malignant neoplasm was suspected and the patient was sent to the Radiology department. CT scan showed panlobular emphysema with no signs of cancer. **Conclusion:** Cachexia is general ill health, malnutrition, and weight loss, usually associated with chronic diseases such as COPB. It contributes to reduced life quality and increased mortality. Weight loss in patients with COPB should be regularly monitored.

KLJUČNE RIJEČI

kaheksija, kronična opstruktivna plućna bolest, plućni emfizem

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Cachexia, Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Pulmonary Emphysema

Bolesnik sa sumnjom na Guillain-Barré sindrom u ordinaciji obiteljske medicine

Tatjana Dodić (tatjana.dodic.dr@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja-Ispostava Pula)

Ines Diminić-Lisica (ines.diminic.lisica@medri.uniri.hr) (Spec.ordinacija obiteljske medicine Ines Diminić-Lisica)

SAŽETAK

Uvod: Guillain-Barré sindrom (GBS) je rijetka autoimuna, postinfektivna bolest, potencijalno opasna po život. Oblik je upalne polineuropatije perifernog živčanog sustava koja se manifestira kao simetrična, progresivna motorička slabost, obično zahvaća donje ekstremitete i napreduje proksimalno. Oko ¼ pacijenata razvije respiratornu insuficijenciju te može završiti smrtnim ishodom. Cilj je rada ukazati na važnost prepoznavanja ranih simptoma GBS u ordinaciji obiteljske medicine, kako bi se pacijent pravovremeno uputio na liječenje u tercijarnu ustanovu, što utječe na ishod. Cilj je minimaliziranje teških neuroloških sekvela s posljedičnim trajnim invaliditetom ili smrtnim ishodom. Prikaz slučaja: Pacijent, 55 godina, javlja se u ordinaciju na pregled zbog progresivne slabosti mišića donjih ekstremiteta unatrag 10 dana, prethodilo trnjenje vanjske strane tabana, potom i obiju šaka. Hoda uz pomoć štaka, ne može čučnuti. Jučer zbog slabosti u nogama pao na pod, od danas ne može ustati iz kreveta bez tuđe pomoći. Unatrag 3 tjedna prebolio respiratorni infekci, provedena terapija azitromicinom. Do tada zdrav, bez kronične terapije. Sfinktere kontrolira. Pri pregledu, nemogućnost hoda na prstima i petama, čučanj ne izvodi. U antigravitacijskom položaju donji ekstremiteti simetrično tonu prema podlozi. Test peta- koljeno izvodi izrazito otežano. Miotatski refleksi na nogama oslabljeni. Blaga hipoestezija desne potkoljenice. Nakon detaljne anamneze i fizikalnog pregleda ustanovilo se da pacijent zadovoljava razinu 4 prema Brightonovim kriterijima za dijagnozu GBS te se upućuje na bolničko liječenje. Tijekom 11-dnevne hospitalizacije na neurologiji, liječen je humanim imunoglobulinima, sprovodila se fizikalna terapija uz asistenciju fizioterapeuta, došlo je do postepenog oporavka motornog deficita, uz pojavu neuropatskih boli u ekstremitetima, uvedeni su pregabalin i vitamini B skupine kao daljnja terapija. Nakon otpusta, provedena je stacionarna medicinska rehabilitacija u dva navrata, uvedena i tioktatna kiselina. Sada, nakon 2 godine od postavljanja dijagnoze GBS, hoda bez pomagala, uz blažu ataksiju i neuropatske bolne senzacije u nogama. Zaključak: GBS je rijetka komplikacija koja se može javiti nakon infekcije, kirurškog zahvata ili kao nuspojava nakon cijepljenja. Kasna dijagnoza, može imati značajan negativan utjecaj na prognozu. Brightonovi kriteriji koriste se za pomoć u ranoj dijagnozi GBS, kako bi se pacijenta na vrijeme uputilo na liječenje i značajno poboljšao ishod.

A PATIENT WITH SUSPECTED GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME IN A FAMILY PHISICIAN OFFICE

Introduction: Guillain-Barré syndrome (GBS) is a rare autoimmune, post-infectious, potentially life-threatening disease. It is a inflammatory polyneuropathy of the peripheral nervous system, presenting with a symmetrical, progressive motor weakness, affecting lower extremities and progressing proximally. Around ¼ of patients experience develop respiratory failure which can be fatal. The aim was to point out the importance of recognizing early symptoms of GBS in the family practice medicine, with referring the patient in time to a tertiary institution, which affects the outcome, minimizing severe neurological defects, permanent disability or death. Case report: A 55 year-old patient was examined due to a lower extremity muscle weakness over the last 10 days, preceeded by tingling of the outside of his soles, then of both hands. He walked with crutches and couldn't squat. The day earlier, he fell down to the floor due to the weakness in his legs. Afterwards, he couldn't get out of the bed without an assistance. Three weeks earlier, he had a respiratory infection, treated with azithromycin. Before the actual symptoms, he was healthy and didn't take any chronic therapy. He controlled his sphincters. On the axamination, inability to walk on toes and heels, squat doesn't perform. In the antigravity position, lower extremities sunked down symmetrically. He barely performed the heel-knee test. Myotatic reflexes on his legs were weakened, with a mild hypoaesthesia of the right lower leg. After a detailed history and physical examination, the patient met

the level 4 of the Brighton's criteria for the GBS diagnosis and was referred to the hospital. During an 11-day-hospitalization, he was treated with human immunoglobulins and with physical therapy. A gradual recovery of motor deficiency was achieved, along with a neuropathic pain that appeared in his extremities. Pregabalin and B vitamins were applied in the further treatment. After the discharge from the hospital, an inpatient physical therapy rehabilitation was conducted in two intervals and a thioctic acid treatment was applied. Two years after the patient had been diagnosed with GBS, he can walk without aid, still having a mild ataxia, and neuropathic painful sensations in his legs. Conclusion: GBS is a rare complication that may occur after an infection, surgical procedure or as a vaccination side effect. A late diagnosis may significantly impair the prognosis. In early diagnosis of GBS, Brighton's criteria are used with the purpose of referring the patient to the treatment in time, which significantly improves the disease outcome.

KLJUČNE RIJEČI

Guillan - Barré sindrom, liječnik obiteljske medicine, Brightonovi kriteriji

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Guillan- Barré syndrome, family physician, Brighton criteria

Akutna plućna embolija kod pacijentice s rekurentnim tumorom dojke – Prikaz slučaja

Karla Lužaić (karla.luzaic1@gmail.com) (Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet)

Matija Ivančić (matijai2307@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb - Centar)

Lucija Brkić (lucija.brkic95@gmail.com) (Klinički bolnički centar Zagreb)

Marko Čuljak (mculjakk@gmail.com) (Klinički bolnički centar Zagreb)

SAŽETAK

Uvod: Plućna embolija životno je ugrožavajuće stanje koje može dovesti do teške hipoksemije, oštećenja srca ili pluća i smrti. Ovaj prikaz slučaja naglašava važnost rane dijagnostike i liječenja PE kod onkoloških pacijenata u svrhu sprječavanja morbiditeta i smrtnosti. Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 66 godina javila se u hitnu službu zbog otežanog disanja. Nije imala palpitacije ili stenokardije. U anamnezi je zabilježena arterijska hipertenzija uz osteoporozu i tireoidektomiju zbog nodozne strume (3/2018.). U 3/2000. pacijentica je operirala invazivni karcinom lijeve dojke. Uz mastektomiju provedena je i radioterapija i hormonska terapija. Međutim, u 12.2021. bolesnici je učinjena ekstirpacija limfnog čvora lijeve aksile zbog recidiva invazivnog karcinoma dojke. Pacijenta je ponovno primila kemoterapiju, radioterapiju i hormonsku terapiju. Nadalje, u 02.2022., pacijenta je liječena radi površinskog tromboflebitisa desne natkoljenice sedam centimetara duljine. Na dan prijema u hitnu službu, pacijentica je bila eukardna i eupnoična uz protok od tri litre na nosni kateter. Nije imala pleuralne bolove te je bila afebrilna. Na plućima se auskultatorno čuje oslabljen šum disanja. Laboratorijske vrijednosti pokazale su snižen hemoglobin od 87 g/L (normalno 119-157 g/L) i hematokrit od 0,256 L/L (normalno 0,356-0,470 L/L). Nadalje, zapažen je povećan broj trombocita od 440 x 10⁹/L (normalno 158-424 x 10⁹/L). Plinska analiza arterijske krvi pokazala je hipokapniju uz hipoksemiju. Pacijenta je također imao povišen C-reaktivni protein od 49,8 mg/L (normalno <5 mg/L). Višeslojnom kompjutoriziranom tomografijom verificirali su se opsežni defekti punjenja u distalnim dijelovima obje glavne grane plućne arterije sa širenjem u većinu lobarnih i segmentalnih ogranaka. Navedenom radiološkom obradom, potvrđena je dijagnoza akutne plućne embolije. Odmah je započeta konzervativna terapija niskomolekularnim heparinom, kisikom, infuzijama te antibiotskom terapijom. Nakon terapije stanje pacijentice se poboljšalo, zaduha i umor bili su manje izraženi, uz saturaciju bez kisika od 97%. Pacijentica u dobrom općem stanju otpuštena je iz bolnice na kućnu njenu s propisanim niskomolekularnim heparinom uz želučano otporne tablete. Zaključak: Rana klinička sumnja, s odgovarajućom dijagnozom i liječenjem plućne embolije, ključna je za smanjenje visokog morbiditeta i mortaliteta. Zbog povezanosti između onkoloških pacijenata i povećanog rizika od plućne embolije i tromboflebitisa, liječnici bi uvijek trebali biti oprezniji tijekom liječenja navedenih pacijenata.

ACUTE PULMONARY EMBOLISM IN PATIENT WITH RECURRENT BREAST CANCER – A CASE REPORT

Introduction: Pulmonary embolism (PE) is a life-threatening condition that may lead to severe hypoxemia, heart or lung damage, and death. This case report emphasizes the vital importance of early diagnosis and treatment of PE in oncological patients to prevent morbidity and mortality. Case report: A 66-year-old female patient presented to the emergency department complaining of severe difficulty in breathing. She denied having palpitations or chest pain. Medical history noted arterial hypertension, osteoporosis, and thyroidectomy due to goiter (3/2018.). Additionally, in 3/2000., the patient underwent a mastectomy in combination with radiation therapy (RT) and hormonal therapy (HT) because of invasive cancer of the left breast. However, on 12/2021. the patient had lymphadenectomy of the left axilla because of the breast cancer recurrence. Additionally, the patient also received chemotherapy, RT, and HT. Lastly, on 02/2022., the patient was treated due to superficial thrombophlebitis of seven centimeters in length in the right lower extremity. On the day of the admission, the patient had a normal sinus rhythm and was eupneic with a flow rate of three liters on the nasal cannula. The patient had no pleuritic pain and was afebrile. During auscultation, breath sounds were diminished. Laboratory

values showed decreased hemoglobin of 87 g/L (normal 119-157 g/L) and hematocrit of 0.256 L/L (normal 0.356-0.470 L/L). Furthermore, thrombocytes of $440 \times 10^9/L$ (normal $158-424 \times 10^9/L$) were increased. Arterial blood gas test showed hypocapnia and hypoxemia. The patient had also increased C-reactive protein (CRP) of 49.8 mg/L (normal $<5 \text{ mg/L}$). Multi-Slice Computed Tomography (MSCT) showed bilateral pulmonary embolism with extensive filling defects in the distal parts of both major branches of the pulmonary artery with spread to most lobar and segmental branches. The diagnosis of acute PE was confirmed. The patient was treated conservatively with low molecular weight heparin (LMWH), oxygen, intravenous infusions, and antibiotic. After therapy, the patient's condition was improving, as shortness of breath and fatigue decreased, and oxygen saturation improved to 97%. The patient in good general condition was discharged from the hospital with prescribed LMWH along with gastric protection. Conclusion: Early clinical suspicion along with adequate diagnosis and treatment of PE is crucial for the reduction of high morbidity and mortality. Because of the already known association between cancer patients and increased risks of PE as well as thrombophlebitis, physicians should always be more careful while treating those patients.

KLJUČNE RIJEČI

Dijagnoza, Karcinom dojke, Konzervativno liječenje, Plućna embolija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLSKOM

Breast neoplasms, Conservative treatment, Diagnosis, Pulmonary embolism

Teške komplikacije COVID-19 infekcije

– Prikaz slučaja

Karla Lužaić (karla.luzaic1@gmail.com) (Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet)

Matija Ivančić (matijai2307@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb - Centar)

Lucija Brkić (lucija.brkic95@gmail.com) (Klinički bolnički centar Zagreb)

Lea Toulà (leatoulà44@gmail.com) (Klinički bolnički centar Zagreb)

SAŽETAK

Uvod: Veliki broj ljudi preboli COVID-19 infekciju unutar nekoliko dana bez razvoja post-COVID komplikacija. Međutim, opisani su i brojni slučajevi teških COVID-19 infekcija s post-COVID komplikacijama. Ovaj prikaz slučaja pokazuje uspješan ishod liječenja pacijenta nakon teškog oštećenja multiplih organa uzrokovanog COVID-19 infekcijom. Prikaz slučaja: Pacijent u dobi od 65 godina dolazi na kontrolni pregled i kompjutoriziranu tomografiju visoke rezolucije toraksa nakon pet mjeseci hospitalnog liječenja zbog COVID-19 infekcije s pneumonijom, a potom i nizom post-COVID komplikacija. Od 2011., pacijent boluje od arterijske hipertenzije i dijabetesa tipa 2. Od 11/2020., pacijent je hospitaliziran zbog COVID-19 infekcije, međutim, mjesec dana kasnije, 12/2020., premješten je u jedinicu intenzivnog liječenja (JIL) zbog pogoršanja respiratorne insuficijencije zbog razvoja akutnog respiratornog distres sindroma. Mehanički je ventiliran te je liječen visokim dozama kortikosteroida i niskomolekularnim heparinom. Međutim, stanje pacijenta se pogoršavalo budući da se razvijao septički šok. U hemokulturi i trahealnom aspiratu izolirani su *Acinetobacter baumannii*, *Proteus mirabilis*, *Candida parapsilosis* te karbapenem-rezistentna *Klebsiella pneumoniae*. Nadalje, stanje pacijenta ponovno se pogoršavalo budući da je razvio post-COVID encefalopatiju. Vrlo je važno napomenuti da je pacijent cijelo vrijeme bio na mehaničkoj ventilaciji te je tek u 3/2020. prodisao spontano preko trahealne kanile, a potom i bez potrebe za oksigenoterapijom. Pacijentovo stanje počelo se poboljšavati. Provedena je plućna rehabilitacija uz daljnje liječenje kortikosteroidima, niskomolekularnim heparinom, bronhodilatatorima, hiperkalorijskom prehranom parenteralno te vitaminima. Na kontroli je uočeno da je pacijent i dalje teško pokretan, izražena je generalizirana hipotrofija muskulature uz pacijentovu slabost, umor i iscrpljenost. Na kompjutoriziranoj tomografiji visoke rezolucije toraksa prati se daljnja regresija post-COVID infiltracija. Također, nalazi testova plućnih funkcija su u poboljšanju. Pacijentu je preporučen nastavak fizikalne terapije kod kuće. Zaključak: Stanje pacijenta s COVID-19 infekcijom se može brzo pogoršati stoga su potrebne višestruke učestale kontrole pacijenata. Međutim, nakon brzo i pravilno započete intenzivne terapije mogući je uspješan oporavak. Ako se komplikacije ne prepoznaju na vrijeme te se ne krene s adekvatnom terapijom, velika je mogućnost smrtnog ishoda.

SEVERE COMPLICATIONS OF COVID-19 INFECTION – A CASE REPORT

Introduction: Most people recover from COVID-19 infection within a few days without the development of post-COVID complications. On the other hand, multiple reports showed that some people have severe COVID-19 infection with post-COVID complications. This case report shows the successful patient treatment outcome after severe organs damage caused by COVID-19 infection. Case report: A 65-year-old male patient was referred to the Clinic for Lung Diseases in Zagreb, Croatia because of a routinely scheduled medical examination and High-Resolution Computed Tomography (HRCT) of the thorax after being hospitalized for five months due to severe COVID-19 infection along with pneumonia and post-COVID complications. Medical history noted arterial hypertension and diabetes type 2 since 2011. The patient was hospitalized due to a COVID-19 infection on 11/2020. but, one month after, on 12/2020., he was transferred to the Intensive care unit (ICU) because of impairment of respiratory insufficiency due to the development of acute respiratory distress syndrome (ARDS). He was on a mechanical ventilator and treated with high-dose corticosteroids and low molecular weight heparin (LMWH). However, the patient's condition deteriorated as the septic shock was developing. *Acinetobacter baumannii* along with *Proteus mirabilis*, *Candida parapsilosis*, and carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* was isolated in hemoculture and tracheal aspirate. Furthermore, the patient's condition once again deteriorated. He developed post-COVID encephalopathy. For all this time, the patient was mechanically ventilated, only from 03/2020. he managed to breathe spontaneously through the tracheal cannula and after a few days, without the need for

oxygen therapy. From this day on, the patient's condition finally improved. Successful pulmonary rehabilitation was performed accompanied by corticosteroids, LMWH, bronchodilators, hypercaloric parenteral nutrition, and vitamins. Nowadays, the patient's condition is further improving although he has an impairment of the ability to move along with generalized muscular hypotrophy. On the routinely scheduled medical examination, he was tired, weak, and exhausted. Torax HRCT showed further regression of post-COVID infiltrations. Pulmonary function tests (PFTs) improved as well. The patient was released with instructions to continue physical therapy at home. Conclusion: As this case shows, COVID-19 infections could easily deteriorate, multiple and frequent medical examinations are mandatory. However, there are good chances for a successful outcome if the quick and correct use of aggressive therapy. If post-COVID complications are not recognized on time, as well as not treated properly, there is a high chance of deadly outcomes.

KLJUČNE RIJEČI

Complications, COVID-19, Pneumonia, Shock, Septic

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

COVID-19, Komplikacije, Pneumonija, Septički šok

Obiteljski liječnik - značajan kotačić u otkrivanju epidemije: primjer epidemije Q groznice u općini Čavle u Primorsko goranskoj županiji

Jadranka Karuza (adra1312@gmail.com) (93941740586)
Adrijana Tomas (adrijanatomas@gmail.com) (Dom zdravlja PGŽ)

SAŽETAK

Uvod: Q groznica je zoonoza koju uzrokuje Gram negativna intracelularna bakterija *Coxiella burnetii*. Goveda, ovce i koze primarni su rezervoari. Prijenos na ljude događa se udisanjem aerosola iz kontaminiranog tla ili životinjskog otpada. Rijetki načini uključuju ugrize krpelja, konzumacija nepasteriziranog mlijeka ili mliječnih proizvoda te prijenos s čovjeka na čovjeka. Cilj rada: prikazati epidemiju Q groznice u općini Čavle, ulogu i značaj obiteljskog liječnika u sustavu ranog otkrivanja i prijavljivanja zaraznih bolesti. Prikaz slučaja: Obiteljska liječnica u veljači 2022. uočila je grupiranje oboljelih sa sličnim simptomima u istoj ulici u općini Čavle (vrućica, upala pluća). Prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti svaki je liječnik dužan prijaviti oboljenje, sumnju da postoji oboljenje, ozljeda ili smrt od zarazne bolesti među kojima je i pneumonija. Liječnica je kontaktirala epidemiologinju te podnijela prijave zarazne bolesti kroz CEZIH i e-mailom. Stupila je u kontakt sa oboljelima koji nisu pacijenti u njejoj skrbi, s njihovim obiteljskim liječnicima, načelnicom općine, infektologom i mikrobiološkim laboratorijem koji izvodi serološku dijagnostiku. Alarmirala je i kolege putem zatvorene grupe obiteljskih liječnika PGŽ. Tri dana kasnije serološki je potvrđena bolest, epidemiološki izvid uslijedio je nakon 5. i 17. dana od pojave bolesti u zajednici. Dva su bolesnika hospitalizirana s kliničkom slikom pneumonije no nije postavljena sumnja na Q groznicu te nisu testirani. U trenutku predaje sažetka ukupno je 20 oboljelih, 9 serološki potvrđenih, 1 preminuli vjerojatan slučaj, neliječen. Predmnijevani izvor zaraze su tri stada ovaca, koza i goveda koja se većinom drže u neadekvatnim uvjetima protivno Uredbi o komunalnom redu Općine nedaleko kuća. Nadležne službe još uvijek nisu potvrdile zarazu mikrobiološkim testiranjem životinja. Stanarima je savjetovana pojačana osobna higijena i nošenje zaštitnih maski. Rasprava: Slučaj ukazuje na važnost prijavljivanja zaraznih bolesti u skladu sa Zakonom, povezivanje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u CEZIH kako bi prijavljivanje bilo brzo i učinkovito te na važnost obiteljskog liječnika u sustavu zdravstva i u zajednici u detekciji i sprječavanju zaraznih bolesti. Zaključak: Način prijave zaraznih bolesti tehnički je neadekvatan i dovodi do inercije zdravstvenih radnika što za posljedicu može imati neprepoznavanje epidemije i nekontrolirano širenje zaraznih bolesti. Uloga obiteljskog liječnika u tome je ključna.

FAMILY DOCTOR - A SIGNIFICANT ROLE IN DETECTING THE EPIDEMIC: AN EXAMPLE OF THE Q FEVER EPIDEMIC IN THE MUNICIPALITY OF ČAVLE IN THE PRIMORSKO-GORANSKA COUNTY

Introduction: Q fever is a zoonosis caused by an obligate gram-negative intracellular bacterium *Coxiella burnetii*. Cattle, sheep and goats are the primary reservoirs. Transmission to humans occurs primarily through inhalation of aerosols from contaminated soil or animal waste. Other rare modes of transmission include tick bites, ingestion of unpasteurized milk or dairy products, and human-to-human transmission. Aim: case presentation of the Q fever epidemic in the municipality of Čavle, the role and importance of the family doctor in the system of early detection and reporting of infectious diseases. Case presentation: In february 2022 a family doctor noticed a group of patients with similyr symptoms of infective disease (high fever, pneumonia) in the same street in the municipality of Čavle. According to the law any healthcare worker who diagnoses a disease or have a suspicion of disease, injury or death from a contagious disease, including pneumonia, is obliged to report it. Family doctor contacted epidemiologist by phone, submitted reports trough CEZIH and by e-mail, got in touch with patients who are not in her care, with their family doctors, infectologist and microbiological laboratory that performs

serological diagnostics of *Coxiella burnetii* and the mayor of the municipality. She alerted her colleagues through a closed group of family doctors of Primorsko-goranska county. Three days later the Q fever was serologically confirmed and epidemiological investigation followed 5 days later, 17 days after the first ill in the community, two of whom were hospitalized with pneumonia but Q fever wasn't suspected and thus not tested. At the time of submitting this abstract there were total of 20 patients, 9 serologically confirmed, 1 died probably consequently to untreated Q fever. Presumed source of infection are three flocks of sheep, goats and cattle situated nearby most of which not kept in adequate conditions, veterinary services not yet confirming it with microbiological findings of animals. Residents were advised to increase personal hygiene and wear protective masks. Conclusion: The method of reporting infectious diseases is technically inadequate and leads to inertia of health workers, which can affect early recognition of epidemics and uncontrolled spread of infectious diseases. The role of the family physician in this chain is crucial.

KLJUČNE RIJEČI

Q groznica, obiteljski liječnik, prijava sumnje na zaraznu bolest

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Q fever, family doctor, infectious disease reporting

Akutni perikarditis-komplikacija COVID-19 infekcije

Mirela Marković (mimi.mark@yahoo.com) (DZ Zagreb-zapad)

Matea Severin (matea.severin@gmail.com) (Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu)

SAŽETAK

COVID-19 pandemija uzrokovana je SARS-CoV-2 virusom koji se prvenstveno prenosi putem aerosola, ali i indirektno preko površina. Glavni receptor pomoću kojega virus ulazi u stanicu domaćina je angiotenzin konvertirajući enzim 2 (ACE2), poznat kao multifunkcionalni protein. Receptor ACE2 prisutan je u oralnoj i nosnoj sluznici, plućima, masnom tkivu, srcu, mozgu, bubrezima, vaskularnom tkivu, želucu, jetri što govori u prilog tome da se uslijed infekcije mogu razviti brojne komplikacije. Glavni simptomi bolesti COVID-19 su: vrućica, kašalj, opća slabost ili umor, promjena ili gubitak okusa ili mirisa, grlobolja, glavobolja, bol u mišićima, proljev. Težina bolesti uvelike se razlikuje od osobe do osobe. Upale srčanog mišića su među komplikacijama uzrokovanim COVID-19. Ovo izvješće prikazuje slučaj 41-godišnje pacijentice hospitalizirane zbog akutnog perikarditisa koji se razvio mjesec dana nakon početka simptoma infekcije SARS-CoV-2. Dijagnoza je potvrđena EKG-om te ultrazvukom srca. Pacijentica je liječena kolhicinom i visokom dozom ibuprofena, a potom je otpuštena u stabilnom stanju. Cilj izvješća je prikazati učinkovit plan liječenja akutnog perikarditisa koji je posljedica bolesti COVID-19.

ACUTE PERICARDITIS-COMPLICATION OF COVID-19 INFECTION

The COVID-19 pandemic is caused by the SARS-CoV-2 virus which is primarily transmitted through aerosol, but also indirectly through surfaces. The main receptor through which the virus enters the host cell is angiotensin converting enzyme 2 (ACE2), known as a multifunctional protein. The ACE2 receptor is present in the oral and nasal mucosa, lungs, adipose tissue, heart, brain, kidneys, vascular tissue, stomach, liver, which suggests that many complications can develop due to infection. The main symptoms of COVID-19 disease are: fever, cough, general weakness or fatigue, change or loss of taste or smell, sore throat, headache, muscle pain, diarrhea. The severity of the disease varies greatly from person to person. Inflammation of the heart muscle is among the complications caused by COVID-19. This report shows a case of a 41-year-old patient hospitalized for acute pericarditis that developed one month after the onset of symptoms of SARS-CoV-2 infection. The diagnosis was confirmed by ECG and ultrasound of the heart. The patient was treated with colchicine and a high dose of ibuprofen and then discharged home. The aim of the report is to present an effective treatment plan for acute pericarditis resulting from COVID-19 disease.

KLJUČNE RIJEČI

akutni perikarditis, COVID-19, plan liječenja

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

acute pericarditis, COVID-19, treatment plan

Transformacija zdravstvene skrbi kroz modele upravljanja promjenama

Ana Mašić (masic00ana@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb-Centar)

SAŽETAK

UVOD S pojmom "change management" ili, upravljanje promjenama, kao skupom koraka koji omogućuju postizanje promjena u manjoj (ambulanta) ili većoj (zdravstvena ustanova) organizaciji, zajednica zdravstvenih djelatnika nije dovoljno upoznata. Upravljanje promjenama moguća je karika koja nedostaje u zdravstvenim i zakonodavnim ustanovama za postizanje organizacijskog uspjeha te zadovoljavajućih rezultata. **CILJ** Cilj ovog rada je prikazati korist vođenog upravljanja promjenama i primjenjivost istog na rad s pacijentom, na funkcioniranje ambulante, vođenje zdravstvene ustanove, a u krajnjem slučaju i na organizaciju i provođenje preventivnih aktivnosti u zajednici. Usputni cilj je potaknuti sudionike zdravstvenog sustava na postupanje u okviru modela upravljanja promjenama u svakodnevnom radu. **METODE** Za slikoviti prikaz modela upravljanja promjenama kroz scenarij, koristit ćemo "persone". 12 persona imaginarne su osobe sa zdravstvenim poteškoćama i potrebama konstruirane od strane Blueprint-a, inicijative Europskog partnerstva za inovacije u aktivnom i zdravom starenju (EIP on AHA). Lewinov prilagođeni i PDCA model primijenili smo na jednu osobu, kroz realan scenarij pružanja zdravstvene skrbi, radi stjecanja uvida u funkcioniranje i mogućnosti modela. **REZULTATI** Za prikaz Lewinovog i PDCA modela kroz scenarij, odabrana je osoba Maria. Maria je iz Španjolske, no njezina starija dob, socio-ekonomski uvjeti, niska razina digitalnog obrazovanja te multimorbiditeti, predstavljaju značajan broj pacijenata u Hrvatskoj, čije stanje zahtjeva višu kvalitetu zdravstvene skrbi. PDCA model daje uvid u načine Marijinog osamostavljanja u upravljanju vlastitim zdravljem. Lewinov prilagođeni model ukazuje na mogućnosti transformacije na razini zdravstvenih ustanova i lokalne uprave, u svrhu pružanja cjelokupne skrbi prema Marijinim potrebama. **ZAKLJUČAK** Mnoge kvalitetne ideje ne postižu željene rezultate bez sistematiziranog pristupa promjeni. Organiziranje radnih zajednica poput ambulante obiteljskog liječnika te upravljanje odnosom liječnik-pacijent i pacijent-vlastito zdravlje, može biti vođeno PDCA modelom upravljanja promjenama, i sličnima. Za transformaciju rada na višim razinama praktičniji je Lewinov prilagođeni model.

TRANSFORMING HEALTHCARE THROUGH CHANGE MANAGEMENT MODELS

INTRODUCTION The community of health professionals is not sufficiently familiar with the term "change management." Yet, change management is a possible link missing in health and legislative institutions to achieve organizational success and satisfactory results. **GOAL** This paper aims to show the benefits of change management and its applicability to patient consultations, the clinic's functioning, to running a health institution, and ultimately the organization and implementation of preventive activities in the community. The incidental goal is to encourage health system participants to think through change management models in their daily work. **METHODS** To illustrate the management model of change through the scenario, we will use "persons." 12 "persons" are imaginary people with health problems and needs constructed by Blueprint, an initiative of the European Partnership for Innovation in Active and Healthy Aging (EIP on AHA). Lewin's and PDCA models will be applied to the selected persona. **RESULTS** To show Lewin's customized and PDCA change management model, we chose persona Maria. She represents a significant number of patients in Croatia. The PDCA model provides insight into Maria's self-managing health. Lewin's adapted model highlights the possibilities for transforming care for patients at the level of health care institutions and local government. **CONCLUSION** Many quality ideas do not achieve desired results without a systematic approach. Organizing work communities, such as a family doctor's office, can be guided by the PDCA's change management model and models alike. Lewin's custom model is more practical for transforming work at higher levels.

KLJUČNE RIJEČI

upravljanje promjenama, PDCA model, Lewinov model, Blueprint, persona

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

change management, PDCA cycle, Lewin's model, Blueprint, persona

Mehanizmi obrane ega kod bolesnika liječenih kroničnom hemodijalizom i njihova povezanost sa biokemijskim i kliničkim varijablama

Davorin Pezerović (davorin.pezerovic@obvkc.hr) (OŽB Vinkovci)

Đorđe Pojatić (djolepojatic@gmail.com) (OŽB Vinkovci)

Dunja Degmečić (ddegmecic@gmail.com) (Klinika za psihijatriju, KBC Osijek)

SAŽETAK

Uvod: Mehanizmi obrane ega su podsvjesni mentalni mehanizmi čija je svrha smanjenje intrapsihičke nelagode koja nastaje pri suočavanju sa neprihvatljivim vanjskim ili unutarnjim stresorima. Prema stupnju uspješnog prilagođavanja realitetu dijelimo ih na zrele, nezrele i neurotske (1). Bolesnici liječeni hemodijalizom (HD bolesnici) su suočeni sa raznim frustrirajućim čimbenicima u različitim fazama liječenja (2). Indicirano je izbjegavati prekomjeren unos hrane i tekućine, izbjegavati pojedine vrste hrane bogate elektrolitima i redovito uzimati niz lijekova što predstavlja frustracije s kojima obrane ega možda mogu biti povezane. Ciljevi: Ciljevi ovog istraživanja su ispitati razine obrane ega HD bolesnika i ispitati ima li povezanosti sa razinama pojedinih biokemijskih varijabli i međudijaliznog donosa mase prije liječenja pojedinačnom hemodijalizom. Metode: Studija je ustrojena kao presječno istraživanje. Uzorak HD bolesnika je prikupljen primjenom jednostavnog slučajnog uzorkovanja HD bolesnika KBC Osijek, OŽB Vinkovci i Domu zdravlja Županja i sastojao se od 170 HD bolesnika. Obrane ega ispitane su upitnikom DSQ-40 (Defense 40 Questionnaire) koji kroz četrdeset čestica mjeri dvadeset mehanizama obrane ega (3). Neposredno prije hemodijalize bolesnicima su uzeti uzorci krvi (krvna slika, jetrena i bubrežna funkcija, elektroliti, albumini) te je izračunat međudijalizni donos mase. Rezultati: Zrele obrane su u odabranom uzorku HD bolesnika najizraženije (medijan 5,9; interkvartilni raspon 4,6-7), neurotske su nešto nižih vrijednosti (medijan 5; interkvartilni raspon 4-6,3) dok su nezrele obrane ega najnižih vrijednosti (medijan 4,16; interkvartilni raspon 3,16-5,2). Najizraženija zrela obrana je supresija, a najizraženija neurotska obrana reaktivna formacija. Racionalizacija je najviše korištena nezrela obrana, a somatizacija najrjeđe. Nema povezanosti ukupnih nezrelih obrane ega i međudijaliznog donosa mase ($Rho = -0,55$, $p = 0,50$), vrijednosti kalija ($Rho = -0,018$, $p = 0,83$) i fosfora prije hemodijalize ($Rho = -0,127$, $p = 0,11$). Vrijednosti fosfora prije hemodijalize su obrnuto povezane sa razinama obrane autističnog fantaziranja ($Rho = -0,163$, $p = 0,04$). Zaključak: HD bolesnici imaju sličan hijerarhijski poredak obrane ega osobama iz opće populacije. U studiji presječnog karaktera nema značajne povezanosti vrijednosti biokemijskih varijabli i međudijaliznog donosa mase sa obrane ega HD bolesnika.

EGO DEFENCE MECHANISMS AMONG PATIENTS TREATED WITH CHRONIC HAEMODIALYSIS AND THEIR CORRELATION WITH BIOCHEMICAL AND CLINICAL VARIABLES

Introduction: Ego defence mechanisms are subconscious mental mechanisms whose purpose is to alleviate intrapsychic distress caused as a response to unacceptable internal or external stressors. Based on the degree of successful adaptation to reality, they can be classified as mature, immature and neurotic defence mechanisms (1). Patients treated with haemodialysis (HD patients) face multiple frustrating factors in different phases of treatment (2). They have to avoid excessive food and fluid intake, avoid specific electrolyte-rich foods and take numerous medications on a regular basis, which leads to frustrations potentially correlated with ego defence mechanisms. Aims: The aim of this study was to examine the levels of ego defence mechanisms in HD patients and examine if there was any correlation between the levels of specific biochemical variables and the interdialytic weight gain prior to a haemodialysis treatment. Methods: The study was designed as a cross-sectional study. The sample of HD patients was collected by simple random sampling of HD patients at the Clinical Hospital Centre Osijek, General County Hospital Vinkovci and Health Centre Županja. The sample consisted of 170 HD patients.

Ego defence mechanisms were tested using the DSQ-40 (Defence Style Questionnaire-40), which examined 20 defence mechanisms through 40 questions (3). Blood samples were taken from the patients immediately prior to the haemodialysis treatment (blood count, markers of liver and kidney function, electrolytes, albumins), and the interdialytic weight gain was calculated. Results: Among the selected HD patients, mature ego defences were the most prominent (median 5.9; interquartile range 4.6-7), neurotic ego defences had somewhat lower values (median 5; interquartile range 4-6.3), while immature defence mechanisms had the lowest values (median 4.16; interquartile range 3.16-5.2). The most prominent mature defence mechanism was suppression, while the most prominent neurotic defence was reaction formation. Rationalisation was the most common and somatisation the least frequent immature defence mechanism used. There was no correlation between the overall immature ego defences and the interdialytic weight gain ($Rho = -0.55, p=0.50$), potassium level ($Rho = -0.018, p=0.83$) and phosphorus level prior to haemodialysis ($Rho = -0.127, p=0.11$). Phosphorus levels before a single haemodialysis treatment were inversely correlated with the levels of autistic fantasy ($Rho = -0.163, p=0.04$). Conclusion: HD patients have a similar ego defence mechanism hierarchy as individuals in the general population. This cross-sectional study found no significant correlation between biochemical variables, interdialytic weight gain and ego defence mechanisms in HD patients.

KLJUČNE RIJEČI

fosfor, kalij, međudijalizni donos mase, obrane ega

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

phosphorus, potassium, interdialytic weight gain, ego defence mechanisms

Ezofagealna ahalazija: prikaz slučaja i pregled literature

Anja Tomić (anja.tomic93@gmail.com) (DZ Vinkovci)
Robert Rončević (robert.roncevic27@gmail.com) (KBC Osijek)
Iva Sabljčić (ivasabljicc@gmail.com) (DZ Vinkovci)

SAŽETAK

Ezofagealna ahalazija je rijedak i najčešće idiopatski poremećaj motiliteta jednjaka. Javlja se kao posljedica neadekvatne relaksacije donjeg jednjačnog sfinktera. Javlja se u oba spola podjednako te je u pravilu nepoznate etiologije. Najčešći simptomi su disfagija i regurgitacija, te gubitak tjelesne težine i bol u prsima. Obzirom da je konvencionalna endoskopija gornjeg gastrointestinalnog trakta nedovoljno osjetljiva vrsta pretrage, poglavito u ranim fazama bolesti, često dolazi do propusta u postavljanju dijagnoze, iako je sama po sebi rijetka. Ahalaziju jednjaka možemo promatrati i kao premalignu leziju koja značajno utječe na kvalitetu života. Zbog svega navedenoga, potrebna je multidisciplinarna suradnja svih zdravstvenih djelatnika kako bi se postigla kvalitetna razina skrbi i praćenja pacijenta s ahalazijom jednjaka.

ESOPHAGEAL ACHALASIA: A CASE REPORT AND A LITERATURE REVIEW

Esophageal achalasia is a rare and predominantly idiopathic disorder of esophageal motility. It occurs as a consequence of inadequate relaxation of the lower esophageal sphincter. It occurs in both sexes equally and is of an unknown etiology. Predominant symptoms are dysphagia and regurgitation, followed by weight loss and chest pain. Although rare, it can be overseen since the conventional endoscopy of upper gastrointestinal tract may not immediately indicate a diagnosis due to the low sensitivity of the examination, mainly in its early stages. It can be viewed as a premalignant lesion and significantly affects quality of life. Therefore, multidisciplinary cooperation of healthcare professionals is needed in the quality care and follow-up of patients with esophageal achalasia.

KLJUČNE RIJEČI

ezofagealna ahalazija, disfagija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

esophageal achalasia, dysphagia

Rad u obiteljskoj medicini za vrijeme pandemije COVID-19

Sanja Vučković (sanjavuckovic2112@gmail.com) (Dom zdravlja Ogulin)

Mirica Rapić (rapicmirica@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)

SAŽETAK

Uvod: Dolaskom pandemije COVID-19 u RH došlo je do velikih promjena u radu obiteljske medicine. Klasičan način rada (većinom „face to face“) počeo se mijenjati i prilagođavati uputama Stožera civilne zaštite RH i HZJZ. Poštujući donesene epidemiološke mjere i upute, obiteljski liječnici čuvali su zdravlje populacije i zdravstveni sustav. Koristeći u tim uvjetima sve moguće dostupne im načine komunikacije, bili su dostupni svojim pacijentima više no ikad. Cilj rada: istražiti rad u obiteljskoj medicini u 2021. godini u doba COVID-19 pandemije, u odnosu na 2019. godinu kada je nije bilo. Metode rada: Retrospektivno, iz licenciranog računalnog softvera Softmeda, iz Knjige postupaka, analizirani su neki DTP postupci (Pregledi, Kućne posjete, Kućne posjete u palijativnoj skrbi, Telefonske konzultacije s medicinskom sestrom, Savjeti telefonom bolesniku ili članu obitelji, Psihološka podrška i savjet, e-konzultacije, Timska konzultacija s SKZZ, Cijepljenja) za 2019. i 2021. godinu iz 3 gradske ordinacije obiteljske medicine s područja Karlovačke županije koje skrbe o 4093 osiguranika. Izračunali smo u postotcima za 2021. g. uočene promjene u radu, u odnosu na 2019.g. Rezultati: Pao je broj Pregleda u ordinaciji za 35%, Kućnih posjeta za 51 %, Savjeta s bolesnikom u ambulantu za 35%, ali je porastao broj kućnih posjeta u palijativnoj skrbi za 25%. Telefonske konzultacije s medicinskom sestrom porasle su za 32%, Savjeta bolesniku telefonom bilo je više za 365%, a Psiholoških podrški i savjeta za 23%. Timske konzultacije sa SKZZ porasle su za 253%, e-konzultacije za 633%, cijepljenja za 588 %. Zaključak: Zbog pandemije COVID-19, obiteljski liječnici su se prilagodili novom načinu rada i komunikacije s pacijentima. Postupci koje do tada nisu učestalo koristili, sada su se protisnuli među najbrojnije. Zbog manjeg broja posjeta ordinacijama, očekivano su porasli telefonski kontakti s bolesnicima te e-konzultacije. Češće se telefonski konzultirala SKZZ kako bi se kvalitetno zbrinulo pacijente, ali i smanjio pritisak na bolnički sustav. Palijativni pacijenti bili su zbrinuti, a cijepljenja su drastično porasla zbog cjepiva protiv COVID-a. Na kraju, možemo reći da smo uspješno radili zahvaljujući dobroj komunikaciji i dugogodišnjem poznavanju naših pacijenata.

WORK IN FAMILY MEDICINE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Introduction: With the arrival of the COVID-19 pandemic in the Republic of Croatia, there have been major changes in the work of family medicine. The classic way of working (mostly „face to face“) began to change and adapt to the instructions of the Croatian Civil Protection Headquarters and the Croatian Institute for Public Health. Respecting the adopted epidemiological measures and instructions, family doctors protected the health of the population and the health system. Using all the means of communication available to them in these conditions, they were available to their patients more than ever. Aim: to investigate work in family medicine in 2021 at the time of the COVID-19 pandemic, compared to 2019 when it was not. Methods: Retrospectively, from licensed computer software Softmed, from the Book of Procedures, some Diagnostic and Therapeutic procedures (DTP) were analyzed (Examinations, Home visits, Home visits in palliative care, Telephone consultations with a nurse, Advice by phone to a patient or family member, Psychological support and advice, e-consultations, Team consultation with Secondary Health Care, Vaccinations) for 2019 and 2021 from 3 city family medicine practices from the area of Karlovac County that take care of 4093 insured persons. We calculated in percentages for 2021 the observed changes in work, compared to 2019. Results: The number of visits to the office decreased by 35%, home visits by 51%, consultations with the patient in the office by 35%, but the number of home visits in palliative care increased by 25%. Telephone consultations with a nurse increased by 32%, Advice to the patient by phone increased by 365%, and Psychological support and advice by 23%. Team consultations with Secondary Health Care increased by 253%, e-consultations by 633%, Vaccinations by 588%. Conclusion: Due to the COVID-19 pandemic, family physicians have adapted to the new way of working and communicating with patients. Procedures that were not used frequently until then, are

now among the most numerous. Due to the smaller number of visits to surgeries, telephone contacts with patients and e-consultations have increased as expected. Secondary Health Care was consulted more often by phone in order to provide quality care to patients, but also to reduce the pressure on the hospital system. Palliative patients were cared for, and vaccinations increased dramatically due to the COVID vaccine. In the end, we can say that we worked successfully thanks to good communication and long-term knowledge of our patients.

KLJUČNE RIJEČI

obiteljska medicina, COVID-19, komunikacija, konzultacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

family medicine, COVID-19, communication, consultation

Suradnja obiteljskog liječnika sa SKZZ u vrijeme pandemije COVID-19

Sanja Vučković (sanjavuckovic2112@gmail.com) (Dom zdravlja Ogulin)
Mirica Rapić (rapicmirica@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)

SAŽETAK

UVOD: Dolaskom pandemije COVID-19 u ordinacije obiteljske medicine, došlo je do promjena u organizaciji rada i komunikaciji s SKZZ. Poštujući donesena pravila i upute Stožera civilne zaštite RH i HZZJ bilo je potrebno prilagoditi dotadašnji način rada zahtjevima pandemije. Pacijenti su se trijažirali i samo najnužniji su upućivani na SKZZ. **CILJ:** Istražiti upućivanja osiguranika u SKZZ za vrijeme pandemije COVID-19 u 2021. godini, u odnosu na 2019. godinu kada je nije bilo. **METODE:** Retrospektivno, iz licenciranog računalnog softvera Softmeda, iz Knjige SKZZ-uputnice, analizirana su upućivanja u SKZZ prema uputnicama (A1, A2, A3, A5, C1, C2, B, D1, D2) za 2019. i 2021. godinu i upućivanja u neke djelatnosti vezane za COVID-19, iz 3 gradske ordinacije obiteljske medicine s područja Karlovačke županije koje skrbe o 4093 osiguranika. Izračunali smo u postotcima za 2021. g. uočene promjene u radu, u odnosu na 2019.g. **REZULTATI:** U 2021. u SKZZ upućeno je 10 % manje osiguranika. Na prvi specijalistički pregled upućeno je 44% manje osiguranika u odnosu na 2019.godinu, na kontrolni 39% , na hospitalizaciju 34%, a na hitni trakt za 24% manje. Na dijagnostiku je upućeno 23% više, a na konzultaciju bez pacijenta za 831% više. C1 uputnica bilo je 38 % manje, D1 34%, a D2 za 9 % manje. Upućivanja na Mikrobiološku dijagnostiku porasla su za 397 %, Infektologiju za 97 %, a na RTG pluća za 21% manje osiguranika. **ZAKLJUČAK:** Ukupno u 2021.g je upućeno za 10% manje osiguranika u SKZZ. A1 i A2 uputnica je bilo manje, ali A3 i A5 su porasle zbog potrebne dijagnostike, prvenstveno zbog testiranja na COVID-19 i potrebe komuniciranja bez fizičkog kontakta. Manje je bilo i hospitalizacija zbog smanjivanja hladnog bolničkog pogona, kao i upućivanja na hitni trakt i ambulantno liječenje. D2 uputnice su pale samo za 9 % što je očekivano jer onaj dio pacijenata koji je morao ići na liječenje (onkologija, hematologija, mali kirurški zahvati) je bio zbrinut. Na Infektologiju se očekivano upućivalo više nego inače, a na RTG pluća ipak manje zbog smanjenog operativnog liječenja.

COLLABORATION OF THE FAMILY DOCTOR WITH SECONDARY HEALTH CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

INTRODUCTION: With the arrival of the COVID-19 pandemic in family medicine, there were changes in the organization of work and communication with Secondary Health Care (SHC). Respecting the adopted rules and instructions of the Civil Protection Headquarters of the Republic of Croatia and the Croatian Institute for Public Health , it was necessary to adjust the previous way of working to the requirements of the pandemic. The patients were triage and only the most necessary ones were referred to the SHC. **OBJECTIVE:** To investigate the referral of insured persons to SHC during the COVID-19 pandemic in 2021, compared to 2019 when it was not. **METHODS:** Retrospectively, from the licensed computer software Softmed, from the Book of SHC-referrals, references to SHC according to referrals (A1, A2, A3, A5, C1, C2, B, D1, D2) for 2019 and 2021 were analyzed and referrals to some activities related to COVID-19, from 3 city family medicine practices from the area of Karlovac County that take care of 4093 insured persons. We calculated in percentages for 2021 the observed changes in work, compared to 2019. **RESULTS:** In 2021, 10 % less insured persons were sent to SHC. 44% fewer insured persons were referred to the first specialist examination compared to 2019, 39% to the control examination, 34% to hospitalization, and 24% less to the emergency department. 23% more were referred for diagnostics, and 831% more for consultations without a patient. C1 referrals were 38% less, D1 34% and D2 9% less. Referrals to Microbiological Diagnostics increased by 397%, Infectology by 97%, and to X-rays of the lungs by 21%. In 2021, 2% more insured persons were sent to SHC. **CONCLUSION:** In total, in 2021, 10% fewer insured persons were sent to SHC. A1 and A2 referrals were smaller, but A3 and A5 increased due to the need for diagnostics, primarily due to testing on COVID-19 and the need to communicate without physical contact. There were fewer hospitalizations due to the reduction of cold hospital drive, as well as referrals to the emergency department and outpatient treatment. D2 referrals fell by only 9%, which was expected because the part of patients who had to go for treatment (oncology, hematology, minor surgeries) was taken care of. As expected, more referrals were made to Infectious Diseases than usual, and less to lung X-rays due to reduced surgical treatment.

KLJUČNE RIJEČI

obiteljska medicina, COVID-19, upućivanje, SKZZ

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

family medicine, COVID-19, referral, Secondary Health Care

Seksualne disfunkcije u žena nakon infarkta miokarda

Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Lara Divjak (divjak.lara@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Jelena Rakić Matić (jelena.rakic.matic@gmail.com) (Specijalistička ord.obit.medicine DZ Zagreb Zapad)

Marijana Peček Vidaković (oompecek@inet.hr) (Spec. ord.obit.med. Marijana Peček Vidaković)

SAŽETAK

Uvod: Kardiovaskularne bolesti vodeći su uzrok smrti u svijetu i procjenjuje se da godišnje od posljedica kardiovaskularnih bolesti umire 17.9 milijuna ljudi diljem svijeta. Preko 80% ovih smrti povezano je sa srčanim i moždanim udarom. Većina se bolesnika nakon preboljelog infarkta miokarda i dalje suočava sa simptomima predležće bolesti i potrebom za promjenom životnog stila. Stoga je utjecaj infarkta miokarda na fizički, psihički i socijalni aspekt, kao i na kvalitetu života, nedvojbjen. Važan dio kvalitete života je i seksualnost. Seksualni problemi izvor su zabrinutosti zbog potencijalnog smanjenja zadovoljstva, učestalosti i interesa za seksualne aktivnosti. Iako su ovi problemi prisutni i u muškaraca i u žena, kvaliteta i učestalost seksualne aktivnosti manja je u žena nego u muškaraca. Cilj: Procijeniti dostupne podatke o postojanju i uzrocima seksualnih disfunkcija u žena nakon preboljelog infarkta miokarda te njihovim utjecajima na kvalitetu života žena. Materijali i metode: Pretraživana je bibliografska baza podataka PubMed koristeći sljedeće ključne riječi: "women", "sexual dysfunction", "myocardial infarction". Rezultati: Preboljenje infarkta miokarda ima negativan utjecaj na seksualni život žena, a kao vodeći uzrok seksualnih disfunkcija navodi se strah od ponovnog infarkta miokarda te smrtnog ishoda za vrijeme same seksualne aktivnosti. Informacije koje pacijentice dobivaju od svojih liječnika u vezi nastavka seksualne aktivnosti često su nespecifične ili pak u potpunosti izostaju. Taj manjak edukacije pacijentica predstavlja značajnu prepreku u njihovoj rehabilitaciji i pronalasku rješenja za problem seksualne disfunkcije koji smanjuje kvalitetu života žena. Zaključak: S obzirom na negativan utjecaj seksualnih disfunkcija na kvalitetu života žena, potrebno je ukazati na njihovu učestalost u pacijentica koje su preboljele infarkt miokarda. Poticanjem na otvorenu komunikaciju te proučavanjem literature i provođenjem dodatnih istraživanja liječnici pacijenticama mogu pružiti adekvatne informacije kako bi u konačnici zajedno otklonili uzrok problema.

SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide and it is estimated that 17.9 million people worldwide die from the effects of cardiovascular diseases each year. Over 80% of these deaths are related to heart attacks and strokes. Most patients after a myocardial infarction still face the symptoms of the impending disease and the need to change their lifestyle. Therefore, the impact of myocardial infarction on the physical, mental, and social aspects, as well as on the quality of life, is undeniable. An important part of the quality of life is sexuality. Sexual problems cause concern about the potential reduction in pleasure, interest in, and frequency of sexual activity. Although these problems are present in both men and women, the quality and frequency of sexual activity are lower in women than in men. Aim: This review aimed to assess the available data about the existence and causes of sexual dysfunction in women after myocardial infarction and its impact on the quality of life of women. Materials and methods: Electronic bibliographic database PubMed was searched for publications using the following keywords: "women", "sexual dysfunction", "myocardial infarction". Results: The results indicate that myocardial infarction has a negative impact on women's sexual life. The main cause of women's sexual dysfunction after myocardial infarction is thought to be fear of reinfarction or sudden death during sexual activity. The information offered by physicians on the resumption of sexual activity are often unspecific

and in some cases are not offered at all. Lack of patient education represents a barrier both in rehabilitation and in search of solutions to a sexual dysfunction that has been proven to diminish the quality of life of women. Conclusion: As sexual dysfunction has a negative impact on the quality of life of women, the frequency of its occurrence in patients after myocardial infarction needs to be brought to the physician's attention. It is only with open patient-physician communication, further education, and research possible to provide adequate information to patients in order to resolve core issues of the problem together.

KLJUČNE RIJEČI

seksualne disfunkcije, žene, infarkt miokarda, rehabilitacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

sexual dysfunction, women, myocardial infarction, rehabilitation

Radionice

3



KOMUNIKACIJA U OBITELJSKOJ MEDICINI

IT rješenja u poboljšanju komunikacije između dionika primarne zdravstvene zaštite i pacijenata

Anita Struški (anita.struski@dzz-centar.hr) (DZ Zagreb Centar)

SAŽETAK

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti služimo se linearnim načinom komunikacije jer je u potpunosti redefinirana uloga korisnika koji nisu samo konzumenti već i vrlo često stvaratelji komunikacije. Takva komunikacija zahtijeva pravno i funkcionalno (organizacijsko i procesno) uključivanje dionika u jedinstvenu logičku cjelinu razmjene informacija, ali na podatkovnoj i tehničkoj razini koja treba omogućiti orijentiranost na pacijenta i najvišu moguću kvalitetu zdravstvene zaštite uz optimalne troškove. Time se dobivaju novi elementi organizacije, ali i mogućnost redizajna funkcioniranja sustava zdravstvene zaštite. Digitalna komunikacija sa informacijskom tehnologijom postigla je značajan napredak prema suvremenim e-Health infrastrukturama i implementacijama, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj. Praćenje tehnologija i trendova na tržištu, pokretač daljnjih razvoja IT rješenja je svakako komunikacija između dionika, te je daljnja komunikacija dovela do novih spoznaja i rješenja u otkrivanju stvarnih potreba korisnika. Riječ „rješenje“ je sve više prisutna, koristi se zbog specifičnosti da se za svaku potrebu rješenje i prilagodi. Rješenje označava nešto kompleksno i nešto što se sastoji od više segmenata, a rješenjima IT sustava je pojednostavljena administracija, povećava se sigurnost podataka te se usklađuje sa zakonskom regulativom.

IT SOLUTIONS FOR IMPROVING COMMUNICATION BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE WORKERS AND PATIENTS

In primary health care we use the linear communication method because it redefines the role of users, who are not just consumers but often the creators of communication. That kind of communication requires legal and functional (organizational and process) inclusion of participants into a single logical unit of information exchange, while technical and data level should provide focus on patient, and the highest possible quality of health care at the optimum cost. That provides a new elements of organization, but also a possibility of redesigning the health care system. Digital communication with information technology has yield a significant progress towards modern eHealth infrastructures and implementations, both in the world and in the Republic of Croatia. By monitoring technology and market trends, the initiator of further development of IT solutions is certainly communication between participants, and further communication has led to new insights and solutions to discover the real needs of users. The word “solution” is more and more present, and it is used because of the specificity that needs to be solved and adapted. The solution means something complex and something that consists of multiple segments, and with solutions of IT system administration is simplified, data security is increased and aligned with legal regulations.

KLJUČNE RIJEČI

IT, rješenja, komunikacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

IT, solutions, communication

Zbrinjavanje bolesnika s vrtoglavicom u ordinacijama liječnika obiteljske medicine

Jasna Vučak (jasna.vucak@yahoo.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)
Jadranka Karuza (adra1312@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)

SAŽETAK

Cilj je ove radionice upoznati sudionike s inicijalnom obradom vrtoglavice u ordinaciji obiteljske medicine Metode: pretraživanje interneta prema ključnim riječima vrtoglavica, periferna, centralna, primarna razina skrbi. Zaključak: Vrtoglavica je iluzija prostornog kretanja i jedan je od najčešćih simptoma s kojim se bolesnici javljaju liječnicima obiteljske medicine, pogađa 15-20% odraslih godišnje, a incidencija raste s dobi. Vrtoglavica je dijagnostički zahtjevnija i potrebno je prvo razlučiti radi li se o pravoj vrtoglavici zbog toga što bolesnici često pod pojmom vrtoglavice podrazumijevaju druge, slične simptome pa se do nedavno na pitanju – što pacijent podrazumijeva pod vrtoglavicom, ona dijelila u četiri skupine: pravi vertigo neravnoteža, omaglica i ošamućenost. Takva podjela nije doprinosila razlikovanju benignih perifernih od potencijalno opasnih centralnih uzroka pa je predložena nova koja se bazira na duljini trajanja tegoba, postojanju provokacijskih čimbenika i provođenju specifičnih testova, a označava se akronimom TiTrATE (Ti – time, Tr – triggers, ATE – and a targeted examination). Akutni vestibularni sindrom je kontinuirana vrtoglavica koja traje više od 24 sata i prisutna je u trenutku kliničkog pregleda (moguće: vestibularni neuronitis/labirintitis, CVI). Kronični vestibularni sindrom traje mjesecima ili godinama (liješkovi, psihogeni uzrok, tumori, multipla skleroza). Izazvani epizodni vestibularni sindrom javlja se na određenu provokaciju (najčešće pokret) i traje od nekoliko do najviše 60 sekundi (benigni paroksizmalni pozicioni vertigo, ortostatska hipotenzija, tumori, MS, degenerativne bolesti). Spontani epizodni vestibularni sindrom je neprovociran i traje od nekoliko minuta do nekoliko sati (vestibularna migrena, tranzitorna ishemijska ataka, Menierova bolest, cervikogeni vertigo, kardiogena presinkopa, lijekovi, metabolički uzroci, panični napad). Takvo svrstavanje bolesnikove vrtoglavice u jednu od četiri kategorija olakšava diferencijalnu dijagnozu i upućuje na što obratiti pozornost u fizikalnom pregledu, neurološkom statusu te izvođenju ili Dix-Hallpike testa ili HINTS testova. HINTS je akronim koji označava tri važna testa/simptoma: HI – head impulse test, N – nistagmus i TS – test of skew test. Nakon svega učinjenog uspješno se mogu razlikovati vrtoglavice prema uzroku i stupnju hitnosti te mogućnosti rješavanja na primarnoj razini ili upućivanja na daljnju obradu.

OVERVIEW OF TREATING AND DIAGNOSING VERTIGO IN PRIMARY CARE

The aim of this workshop is to acquaint the participants with the initial diagnosis and treatment of vertigo in the family medicine practice Methods: Internet search by keywords vertigo, dizziness, peripheral, central, primary level of care. Conclusion: Dizziness is an illusion of spatial movement and is one of the most common symptoms patients reporting to family physicians, it affects 15-20% of adults per year, and the incidence increases with age. Dizziness is diagnostically demanding and it is necessary first to distinguish whether it is true vertigo because patients often imply other, similar symptoms by vertigo, dizziness and lightheadedness. Such a division did not facilitate to distinguish benign peripheral from potentially dangerous central causes, so a new one was proposed based on the duration of the problem, the existence of provocative factors and the conduct of specific tests, and is denoted by the acronym TiTrATE (Ti - time, Tr - triggers, ATE and a targeted examination). Acute vestibular syndrome is a continuous dizziness that lasts more than 24 hours and is present at the time of clinical examination (possible causes: vestibular neuronitis / labyrinthitis, CVI). Chronic vestibular syndrome lasts for months or years (possible causes: drugs, psychogenic cause, tumors, multiple sclerosis). Induced episodic vestibular syndrome occurs at a certain provocation (usually movement) and lasts from a few to a maximum of 60 seconds (possible causes: benign paroxysmal positional vertigo, orthostatic hypotension, tumors, MS, degenerative diseases). Spontaneous episodic vestibular syndrome is unprovoked and lasts from several minutes to several hours (possible causes: vestibular migraine, transient ischemic attack, Meniere's disease, cervicogenic vertigo,

cardiogenic presyncope, drugs, metabolic causes, panic attack). Such classification of the patient's vertigo into one of the four categories facilitates the differential diagnosis especially after physical examination, neurological status and performance of either Dix-Hallpike test or HINTS tests. HINTS is an acronym that denotes three important tests / symptoms: HI - head impulse test, N - nystagmus and TS - test of skew test. After all that has been done, vertigo can be successfully distinguished according to the cause and degree of urgency, as well as the possibility of resolving it at the primary level or referring it for further processing.

KLJUČNE RIJEČI

vertoglavica, periferni vertigo, centralni vertigo, primarna razina zbrinjavanja.

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

vertigo, dizziness, peripheral vertigo, central vertigo, primary care level

Komunikacija u obiteljskoj medicini

- Umijeće slušanja

Ljiljana Lulić Karapetrić (Ljiljana.lulic.karapetric@gmail.com) (Udruga Promjena, KoHOM, KUZ)

Ana Marija Jagodić Rukavina (anamarija@pbs.com.hr) (PBS Centar sortske izvrsnosti)

SAŽETAK

Povijest komunikacije datira iz antičkih vremena kada su se naši preci međusobno informirali, verbalno (zvukovi) i neverbalno (pokreti glave, tijela, ruke) o stvarima važnim za preživljavanje (pronalaženje vode, izvora hrane i sl.). Jedna od najjednostavnijih definicija za komunikaciju je da je to proces stvaranja značenja, prijenosa informacija i poruka od pošiljatelja do primatelja. U današnjem svijetu komunikacija i međuljudski odnosi postaju sve važniji i jednako se odražavaju u privatnom i poslovnom životu svakog pojedinca. Znanje i umijeće komunikacije pokazuju se nužnima za mnoga zanimanja u području ekonomije, školstva, zdravstva. Zbog specifične i važne uloge u održavanju zdravlja ljudi holističkim integriranim pristupom svakom pojedincu i specifičnog mjesta na ulazu u zdravstveni sustav, obiteljski liječnik ima posebnu potrebu za usavršavanjem umjetnosti komunikacije. U suvremenom svijetu, obiteljski liječnik komunicira osim sa svojim klijentom, pacijentom, sa članovima njihovih obitelji, njihovih radnih okruženja, sa članovima svog užeg i šireg tima, svojim kolegama drugih specijalnosti, ostalim zdravstvenim djelatnicima i zdravstvenom administracijom, socijalnim i pravnim službama, sudstvom, policijom a po potrebi i drugim javnim službama. Obiteljski liječnik promovira zdravlje, bavi se prevencijom i liječenjem i vrlo često je i edukator kvalitetne komunikacije. Za kvalitetnu komunikaciju osobito je važna intrapersonalna komunikacija, komunikacija sa samim sobom. Kako upoznajemo sebe naša svijest i otvorenost da si postavljamo pitanja i dajemo iskrene odgovore, raste. Raste i naše samopouzdanje, sposobnost aktivnog slušanja, razumijevanja onoga koji nam verbalno i neverbalno predstavlja svoj problem. Istraživanja stručnih timova u svijetu pokazuju da se većina ljudi osjeća neshvaćeno ili nedovoljno shvaćeno, zato što ih (po njihovom mišljenju) - nitko ne sluša - ne sluša dobro niti dovoljno - ne znaju ni slušati sebe. Potrebno je raditi na poboljšanju kvalitete vještina slušanja kao osnovne sposobnosti ostvarivanja dobre komunikacije. Slušanje našeg fizičkog tijela kroz svjestan pokret (vježbanje) i disanje koji nas dovodi u bliski kontakt sa našim emocijama i bistrinom uma, jedan je od načina postizanja bolje kvalitete vještine slušanja i komunikacije. Body tehnika je novi način vježbanja koja nas vodi u bolje upoznavanje sa sobom.

COMMUNICATION IN FAMILY MEDICINE - THE ART OF LISTENING

The history of communication dates back to ancient times when our ancestors informed each other, verbal (sounds) and nonverbal (head movements, hands and the like) about things important for survival (finding water, foods, danger of wild animals, etc). There are many definitions for communication. Perhaps the simplest is the next one. Communication is the process of creating meaning and transmitting information and messages from sender to recipient. In today's world, communication and interpersonal relationships are becoming more and more important and are equally reflected in the private and business life of each individual. Knowledge and art of communication proves necessary for many professions in the field of economics, education, health. Due to its specific and important role in maintaining the health of the people and its specific place at the entrance to the health system, the family doctor has the special need to improve the art of communication. In the modern world, the family doctor should be ready to communicate daily with the patient and his family, the working environment, his narrower and wider team, legal services, colleagues of other specialties, other health professionals, social services, education, police, judiciary and, if necessary, many other services. For quality communication, intrapersonal communication (communication with oneself) is of particular importance. As we get to know ourselves, our self-confidence, our awareness and openness to ask ourselves questions and give honest answers grows. This is how our abilities to actively listen grow, to understand the one who verbally and nonverbally presents his problem. Research done by expert teams in the world, shows that most people

feel not understood or under- understood, and therefore (in their opinion), - no one listens - he doesn't listen well and listen enough - they don't even know how to listen themselves. It is necessary to work on improving the quality of listening skills as a basic ability to realize good communication. Listening to your physical body through conscious movement and breathing, which brings you into close contact with your emotions and clarity of mental cognition, is one way to achieve a better quality of listening and communication skills. Body technique is a new way of exercising that harms us this opportunity to get acquainted with ourselves.

KLJUČNE RIJEČI

komunikacija, intrapersonalna, slušanje

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

communicatio, intrapersonal, listening

PROGOVORIMO O SEKSUALNOSTI

Zdravlje žene – prehrana u fokusu

ines Banjari (ibanjari@ptfos.hr) (Prehrambeno-tehnološki fakultet Osijek)

SAŽETAK

Znanost veliku pažnju posvećuje spolnim razlikama; rezultati kliničkih, intervencijskih i opažajnih studija se komentiraju zasebno za muškarce i za žene. Ipak, u praksi je ovaj aspekt gotovo u potpunosti zanemaren. Zadnjih godina se sve češće govori o potrebi prilagodbe protokola liječenja i farmakoterapije spolu, no o potrebi prilagodbe prehrane spolnim razlikama se i dalje ne govori dovoljno. Rezultat toga je ograničena količina dostupnih informacija koje su često upitnog kredibiliteta. Rizik za pretilost, posebice morbidnu značajno je viši za žene. Trudnoća i menopauza su razdoblja intenzivnih promjena koja se često nalaze u pozadini problema pretilost u žena i vezanih komorbiditeta. Cijelom nizu bolesti se može pripisati epitet „ženska”; od sindroma policističnih jajnika, bolesti štitnjače, brojnih autoimunih bolesti, Alzheimerove demencije do karcinoma dojke. Kod svih ovih stanja prehrana predstavlja važnu komponentu ne samo u pogledu rizika već i u liječenju. Svakako ne treba zanemariti reproduktivno zdravlje žene i ostvarenje majčinstva koje je ugroženo svim navedenim stanjima. Stavljanjem prehrane u fokus poboljšat će se ne samo zdravstveni ishodi već i ukupna kvaliteta života žena.

FEMALE HEALTH - DIET IN FOCUS

Science commits great attention to sex/ gender differences; the results of clinical, intervention and observational studies are commented separately for men and women. Still, in practice, this aspect is almost entirely neglected. In recent years the need to adapt disease management protocols and pharmacotherapy to sex/ gender is discussed more often. However, there is almost no word about the need to adapt diet. The result is limited amount of information which are often of questionable credibility. Obesity risk, especially morbid is especially high in women. Pregnancy and menopause are time of intensive changes which are often hidden behind obesity and related comorbidities in women. Attribute „women” can be given to a whole number of diseases, from polycystic ovary syndrome, thyroid disease, other autoimmune diseases, Alzheimer’s dementia and breast cancer. For these conditions diet represents important component not only in terms of risk but for treatment. Reproductive health of women should not be forgotten because it is susceptible to all of the aforementioned conditions. Diet in focus will improve not only health outcomes, it will improve the overall quality of life.

KLJUČNE RIJEČI

zdravlje žene; prehrana; pretilost; bolesti štitnjače; sindrom policističnih jajnika; Alzheimerova demencija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

female health; diet; obesity; thyroid disease; polycystic ovary syndrome; Alzheimer dementia

SEKSUALNOST

Progovorimo o seksualnosti

Nataša Mrduljaš - Đujić (md.natasa@gmail.com) (POOM Doc.dr.sc. Nataša Mrduljaš Đujić)
Nina Bašić Marković Bašić Marković (nina.basic40@gmail.com) (POOM Nina Bašić Marković)
Mia Boljat (ordinacija.mia@st.t-com.hr) (POOM Mia Boljat)
Hrvoje Tiljak (htiljak@gmail.com) (POOM Prof dr.sc. Hrvoje Tiljak)

SAŽETAK

Radionica biti organizirana u formi panel diskusije (razgovora sudionika uz pitanja koja postavlja voditelj). Sudionici panela će biti specijalisti obiteljske medicine – licencirani terapeuti ili savjetnici koji djeluju u okviru Hrvatskog društva za seksualnu terapiju (HDST), a istovremeno rade kao ugovorni liječnici obiteljske medicine. Pitanja će biti izabrana temeljem prethodno uočenih najčešćih pitanja koja postavljaju liječnici obiteljske medicine. U okviru planiranih pitanja odgovarat će se na teme najčešćih seksualnih problema starijih i mlađih osoba zbog kojih se javljaju liječniku obiteljske medicine, koja je razlika u prezentiraju seksualnih problema tih dobnih skupina, na koji način treba pristupiti pacijentu/ci sa specifičnim problemom, koje lijekove liječnik obiteljske medicine može propisivati za liječenje seksualnih problema, kako bolest i liječenje utječe na seksualnost i što su mogućnosti i ograničenja liječnika obiteljske medicine u terapiji seksualnih problema pacijenta za koje skrbe. Predstavit će se okvir rada HDST i mogućnosti liječenje seksualnih problema u okviru zdravstvenih usluga koju pokriva HZZO. Panelisti će prikazati i slučajeve iz svoje prakse, a značajan dio vremena radionice će se biti rezerviran za pitanja sudionika, njihove komentare i prikaze problema iz njihove prakse uz stručne komentare i savjete panelista.

WORKSHOP: LET'S START TALKING ABOUT SEXUALITY

The workshop will be organized as panel discussion in prepared initial questions related to sexuality and the most frequent sexual problems presented in Family Practice (FP) setting. Panel participants consist of four Family Practitioners who are sexual therapists or sexual consultants licensed by the Croatian Society for Sexual Therapy (HDST). All panelists are actual Family Practitioners working in contract to Croatia Health Insurance Fund (HZZO). Prepared questions will be chosen according to FAQ noticed in early workshops and other educational projects organized among FPs. Prominent topics will cover issues of difference between sexuality and sexual problems presented by younger and older patients, optimal FP's approach to problem-solving in both groups, sexual problems caused by medicaments and medicament that can solve sexual problems, what are opportunities and risks of treating sexual problems in FP, etc. Options of sexual treatment within the framework of the Croatian Society for Sexual Therapy will be presented as well as sexual treatment procedures offered through Croatia Health Insurance Fund. Each panel participant will be asked to present one case based on their previous experience followed by a case-based discussion. The time framework of the workshop will reserve time for workshop participants to present their cases, comment on issues related to patient sexuality problems in FP, and ask questions to panellists.

KLJUČNE RIJEČI

obiteljska medicina, ljudska seksualnost, komunikacija, seksualni problemi

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

Family Practice, human sexuality, communications, sexual problems

SESTRINSTVO

Komplikacije u dojenju i očuvanje laktacije kod liječenja dojilja od komplikacija dojenja i drugih bolesti

Željka Skukan Šošćarić (zeljka.skukan.sostaric@gmail.com) (DZ Zagreb- Zapad)

SAŽETAK

Preporuka Svjetske zdravstvene organizacije je isključivo dojenje prvih 6 mjeseci života dojenčadi. Nakon uvođenja nutritivno adekvatne i sigurne dohrane poslije navršenih 6 mjeseci života preporuča se nastavak dojenja do 2. godine života djeteta ili dulje. Dobrobiti dojenja za dijete i majku su višestruke. Djeca koja su dojena kroz duži period imaju manji morbiditet i mortalitet od zaraznih bolesti, manje dentalnih malokluzija, i veću inteligenciju od onih koji su dojeni kraće ili nisu dojeni. Procjenjuje se da bi polovica epizoda proljeva i trećina respiratornih infekcija bila izbjegnuta dojenjem, kao i 72% prijema djece u bolnicu radi proljeva i 57% prijema radi respiratornih bolesti. Dojenje je povezano sa smanjenjem učestalosti sindroma iznenadne dojenačke smrti (SIDS-a) i nekrotizirajućeg enterokolitisa (NEC-a). Dokazano predstavlja i važno sprječavanje razvoja upale srednjeg uha u prve dvije godine života, uglavnom u bogatijim državama. Sve veći broj dokaza također ukazuje da bi dojenje moglo štititi od debljine i šećerne bolesti kasnije u životu. Također se povezuje i sa 19%-tnim smanjenjem učestalosti dječje leukemije. Kod žena koje doje, procjenjuje se da svaka godina dojenja smanjuje ženi šansu za karcinom dojke za 6%, a pokazalo se i 30%-tno smanjenje pojave karcinoma jajnika povezano sa dužim periodom dojenja. Dojenje smanjuje i ženin rizik za šećernu bolest. Hrvatskoj, zdravstveni djelatnici koji najčešće pružaju skrb dojiljama su patronažne sestre. Tijekom dojenja u nekih se dojilja razviju komplikacije koje zahtijevaju i liječničku skrb. Mnoge dojilje koje boluju od drugih akutnih i kroničnih bolesti nevezanih za dojenje trebaju podijeljenu skrb patronažnih sestara i obiteljskih liječnika. Tijekom liječenja, često nepotrebno dolazi do prestanka dojenja. Cilj radionice je primjerima iz prakse proširiti znanje o skrbi kod komplikacija dojenja kao i o mjerama očuvanja laktacije u dojilja koje se liječe od komplikacija u dojenju ili drugih bolesti od kojih boluju.

COMPLICATIONS IN BREASTFEEDING AND PRESERVATION OF LACTATION IN THE TREATMENT OF BREASTFEEDING WOMEN FROM COMPLICATIONS IN BREASTFEEDING AND OTHER DISEASES

The recommendation of the World Health Organization is exclusively breastfeeding for the first 6 months of an infant's life. After the introduction of nutritionally adequate and safe complementary (solid) food after 6 months of age, it is recommended to continue breastfeeding until the child is 2 years old or longer. The benefits of breastfeeding for the baby and the mother are manifold. Children who are breastfed over a longer period have lower morbidity and mortality from infectious diseases, fewer dental malocclusions, and higher intelligence than those who are breastfed shorter or not breastfed. It is estimated that half of the diarrhea episodes and one third of respiratory infections would be avoided by breastfeeding, as well as 72% of children admitted to hospital for diarrhea and 57% of admissions for respiratory diseases. Breastfeeding is associated with a reduction in the incidence of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and necrotizing enterocolitis (NEC). It has also been shown to be important in preventing the development of otitis media in the first two years of life, mainly in richer countries. A growing body of evidence also suggests that breastfeeding could protect against obesity and diabetes later in life. It is also associated with a 19% reduction in the incidence of childhood leukemia. In breastfeeding women, it is estimated that each year of breastfeeding reduces a woman's chance of breast cancer by 6%, and a 30%

reduction in the incidence of ovarian cancer associated with a longer period of breastfeeding has been shown. Breastfeeding also reduces a woman's risk of diabetes. In Croatia, the health professionals who most often provide care to breastfeeding mothers are community nurses. During breastfeeding, some breastfeeding mothers develop complications that require medical attention. Many breastfeeding mothers suffering from other acute and chronic non-breastfeeding diseases need shared care from community nurses and family physicians. During treatment, cessation of breastfeeding often occurs unnecessarily. The aim of the workshop is to expand the knowledge of care for breastfeeding complications as well as examples of measures to preserve lactation in breastfeeding women who are being treated for breastfeeding complications or other diseases they suffer from.

KLJUČNE RIJEČI

komplikacije dojenja, liječenje dojilja, očuvanje laktacije

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

breastfeeding complications, treatment of breastfeeding women, preservation of lactation

Primjena supkutane terapije u palijativnoj medicini

Maja Buljubašić (msbuljubasic@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)

SAŽETAK

Uvod: Palijativna skrb uključuje brigu za neizlječivo bolesne te umiruće osobe kao i za članove njihovih obitelji. Skrbi se za osobu s ciljem očuvanja njezinog dostojanstva te kvalitete života sve do smrti. Uključuje timski rad liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, socijalnih radnika, svećenika, njegovatelja, volontera, pacijenata i njihovih obitelji. Cilj rada: Prikazati primjenu supkutane terapije kod pacijenata kojima je potrebno palijativno liječenje. Rasprava: Najčešći znakovi bolesti u palijativnoj medicini uključuju bol, mučninu i povraćanje, poremećaje svijesti, dehidraciju, kaheksiju, preobilnu sekreciju iz dišnih puteva, te u terminalnim stadijima delirij. Medicinskim intervencijama nastojimo umanjiti te simptome, a jedna od njih je primjena supkutane terapije. Lijek se aplicira u potkožno tkivo odakle se sustavno apsorbira. Takva primjena lijekova ima prednost u palijativnoj skrbi jer je manje bolna, a moguća je i primjena kontinuirane infuzije. U slučaju izostanka lokalizirane reakcije, upale, crvenila ili celulitisa na mjestu primjene, kanila se može zadržati čak i do 7 dana. Apsorpcija lijeka je sporija nego kod primjene intramuskularnim putem, pa se izbjegava u hitnim slučajevima (šok, plućni edem) i kod pacijenata na dijalizi. Uvodi se na mjestima dobre limfne drenaže, s prednje strane nadlaktice, na prednjem dijelu abdomena, bedra ili prsnog koša (uz oprez kod kahektičnih pacijenata), a uvođenje na leđima korisno je kod kahektičnih pacijenata. Hipodermokliza je primjena tekućine putem supkutane infuzije i najčešće se koristi 0,9% otopina natrijevog klorida. Primjenjuje se kod blago do umjereno dehidriranih pacijenata s nemogućnošću dostatnog unosa tekućine oralnim putem. Uobičajena brzina hipodermoklize je 1 mililitar po minuti (20 kapi po minuti) po jednom mjestu primjene, a maksimalno 1,5 litara u 24 sata preko jednog mjesta. Najčešće korištena terapija supkutanom primjenom uključuje nadoknadu tekućine, potom korištenje lijekova za suzbijanje boli (npr. opioidnih analgetika poput tramadola), ili onih koji imaju antiedematozno djelovanje (npr. dexametazona), te lijekova koji imaju antiemetska svojstva (npr. metoklopramida). Saf-T-Intima™ je kanila koja se koristi za supkutanu primjenu lijekova. Zaključak: Vještina primjene supkutane terapije u liječnika obiteljske medicine značajna je pomoć pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb.

SUBCUTANEUS THERAPY IN PALLIATIVE CARE

Introduction. Palliative care includes caring for the terminally ill and dying, as well their family members. It includes care for the person in order to preserve her dignity and quality of life until death, teamwork of doctors, nurses, physiotherapists, social workers, priests, carers, volunteers, patients and their families. The aim of this paper is to present the application of subcutaneous therapy in patients who need palliative care. Discussion. The most common signs of the disease in palliative medicine include pain, nausea and vomiting, disturbances of consciousness, dehydration, cachexia, excessive secretion from the airways, and in the terminal stages also delirium. Medical interventions seek to reduce these symptoms and subcutaneous therapy is one of the methods used. The drug is applied to the subcutaneous tissue from where is systematically absorbed. Such use of drugs has an advantage in palliative care because it is less painful and the use of continuous infusion is possible. In the absence of a localized reaction, inflammation, redness or cellulitis at the site of application, the cannula can be kept for up to 7 days. Absorption of the drug is slower than when administered intramuscularly, so it's not recommended in emergencies (shock, pulmonary edema) and in patients on dialysis. It is introduced in places of good lymphatic drainage, from the front of the upper arm, in front of the abdomen, thighs or chest (with

caution in cachectic patients), and introduction on the back is useful in cachectic patients. Hypodermoclysis is the application of fluid by subcutaneous infusion and 0.9% sodium chloride solution is most commonly used. It is used in mild to moderately dehydrated patients with an inability to drink enough fluids orally. The usual rate of hypodermoclysis is 1 milliliter per minute (20 drops per minute) per application site, and a maximum of 1.5 liters in 24 hours over one application site. The most commonly used subcutaneous therapies include fluid replacement, followed by pain medications (eg, opioid analgesics such as tramadol), or those that have antiedematous activity (eg, dexamethasone), and drugs that have antiemetic properties (eg, metoclopramide). Saf-T-Intima™ is a cannula used for subcutaneous administration of drugs. Conclusion. The skill of applying subcutaneous therapy in family physicians is a significant help for patients in need of palliative care.

KLJUČNE RIJEČI

obiteljski liječnik, supkutana terapija, palijativna skrb

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

family physician, subcutaneous therapy, palliative care

Anemija i prehrana u dječjoj dobi

Ivana Domislović (ivana.domislovic@gmail.com) (Poliklinika Adarta)

Diana Gluhak Spajić (diana@redfork.hr) (RED FORK j.d.o.o.)

Branislava Teofilović (ivana.domislovic@gmail.com) (Medicinski fakultet, Katedra za farmaciju)

Jadranka Karuza (adra1312@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine J.K)

SAŽETAK

Uvod: Sideropenična anemija najčešća je anemija u djece, a nedostatak željeza je najčešći nutritivni deficit. Djeca su u posebno rizičnoj skupini zbog brzog rasta. Sideropenična anemija i nedostatak željeza u ranom razdoblju razvoja mozga negativno utječu na kognitivno i motoričko funkcioniranje dojenčadi, kasnije i školske djece i adolescenata te na otpornost organizma prema infekcijama. U prvim godinama života stvaraju se osnove za razvoj inteligencije, vida i govora, no temeljni procesi razvoja započinju već u trenutku začeća. Metode: Pregled dostupne literature pokazuje da faktori rizika za pojavu anemije kod dojenčadi i djece uključuju manjak željeza za vrijeme trudnoće i dojenja, veganstvo/vegetarianstvo te pothranjenost ili restriktivne dijetu u vrijeme trudnoće i dojenja, prijevremeni porod, nisku porođajnu težinu novorođenčadi, visoki unos kravljeg mlijeka u dojenačkoj dobi, nizak unos hrane bogate željezom i nizak socioekonomski status. Istraživanja pokazuju da odgođeno rezanje pupkovine smanjuje rizik nedostatka željeza. Ispitivanje na manjem uzorku hrvatske dojenčadi pokazalo je značajno višu prevalenciju anemije, nego u razvijenim zemljama. Učestalost od 19,7% (dob od 4 mjeseca), 32,4% (dob od 6 do 9 mjeseci) i 16,4% (dob od 12 mjeseci) javnozdravstveni je problem. Cilj: Cilj radionice je prikazati sastavljanje obroka koji će u praksi poduprijeti terapiju ali i prevenirati pojavu anemije kod dojenčadi i male djece, a temeljeno na aktualnim znanstvenim spoznajama u nutricionizmu. Zaključak: U Hrvatskoj trenutno još nema konzistentnih smjernica koje bi podržavale preventivnu suplementaciju željeza kod zdrave dojenčadi i djece, ali ni točnih podataka o prevalenciji anemije zdrave dojenčadi i djece rane predškolske dobi u Republici Hrvatskoj. Stoga je edukacija u smjeru nutritivne potpore u prevenciji i liječenju anemije djece i dojenčadi od velikog značaja.

ANEMIA AND NUTRITION IN CHILDHOOD

Introduction: Sideropenic anemia is the most common type of anemia in children, while iron deficiency is the most common nutritive deficiency. Children are at a particularly high risk due to their rapid growth. Sideropenic anemia and iron deficiency in the early stages of brain development affect negatively the cognitive and motor functions of infants, of school children and adolescents later on, as well as the body's resistance to infections. The foundations for the development of intelligence, sight and speech are all created in the first years of life, yet the basic processes of development begin already at the moment of conception. Methods: A review of the available literature shows that risk factors for anemia in infants and children include iron deficiency during pregnancy and lactation, veganism/vegetarianism and malnutrition or restrictive diet during pregnancy and lactation, premature birth, low birth weight infants, high intake of cow's milk in infancy, low intake of iron-rich foods and low socioeconomic status. Studies show that delayed umbilical cord cutting reduces the risk of iron deficiency. A study on a smaller sample of Croatian infants showed a significantly higher prevalence of anemia than in developed countries. The incidence of 19.7% (age 4 months), 32.4% (age 6 to 9 months) and 16.4% (age 12 months) is a public health problem. Aim: The aim of the workshop is to show the composition of meals that will support therapy in practice, but also prevent the occurrence of anemia in infants and young children, based on current scientific knowledge in nutrition. Conclusion: There are currently no consistent guidelines in Croatia that would support preventive iron supplementation in healthy infants and children or accurate data on the prevalence of anemia in healthy infants and early preschool children in the Republic of Croatia. Therefore, education in the direction of nutritional support in the prevention and treatment of anemia in children and infants is of great importance.

KLJUČNE RIJEČI

anemija, nutricionizam, željezo, prevencija, djeca

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

Key words: anemia, nutrition, iron, prevention, children

Dijabetičko stopalo – radionica

Iva Petričušić (ipetricusic01@gmail.com) (Ordinacija opće medicine Luca Petričušić, dr.med.)
Ljiljana Čenan (ljiljana.cenan@gmail.com) (SOOM Ljiljana Čenan, dr.med.)

SAŽETAK

Procjenjuje se da u svijetu oko 460 milijuna ljudi boluje od dijabetesa, a gotovo polovica nema postavljenu dijagnozu i ne liječi se. Prema van Netten i sur., dijabetičko stopalo predstavlja infekciju, ulceraciju ili destrukciju tkiva stopala povezanu s neuropatijom i/ili arterijskom bolesti donjih ekstremiteta u dijabetičara. Komplikacije ulkusa stopala vodeći su uzrok hospitalizacija i amputacija u dijabetičara. Od ukupne svote novca koja se troši na liječenje dijabetesa, 20-40% predstavlja liječenje dijabetičkog stopala. Boulton definira dijabetičku perifernu neuropatiju kao postojanje znakova i/ili simptoma oštećenja perifernog živčanog sustava u dijabetičara nakon što su isključeni svi drugi mogući uzroci neuropatije. U 7-10% slučajeva kod pacijenata koji boluju od dijabetesa i imaju razvijenu neuropatiju bez dodatnih komorbiditeta, razvit će ulkus unutar godine dana, dok će se isto javiti u 25-30% dijabetičara s postojećim komorbiditetima (npr. PAB – periferna arterijska bolest, deformacija stopala, prethodni ulkus ili prethodna amputacija). Smatra se da 26 % dijabetičara ima znakove neuropatije već prilikom postavljanja dijagnoze dijabetesa. Stoga je nužno barem jednom godišnje detaljno pregledati stopala u dijabetičara kako bi se otkrili rizici za razvoj ulkusa i prevenirale amputacije. Nadalje, pacijentima s dokazanim gubitkom osjeta ili prijašnjim ulkusom ili amputacijom stopala bi se trebala pregledavati pri svakoj posjeti liječniku. Pregled stopala treba uključivati inspekciju kože, procjenu deformiteta stopala, neurološku procjenu („zlatni standard“ je testiranje monofilamentom, test vibracijskom viljuškom) i procjenu krvnih žila, uključujući pulseve nogu i stopala. Ukoliko kod pacijenta ustanovimo postojanje klaudikacija ili oslabljene pulseve na stopalima poželjno je napraviti AB indeks i uputiti vaskularnom kirurgu ukoliko je ABI <0.6.

DIABETIC FOOT – WORKSHOP

It is estimated that around 460 million people worldwide suffer from diabetes, and almost half do not have been diagnosed and are not treated. According to van Netten et al., the diabetic foot represents an infection, ulceration or destruction of foot tissue associated with neuropathy and/or arterial disease of the lower extremities in diabetics. Complications of foot ulcers are the leading cause of hospitalizations and amputations in diabetics. Of the total amount of money spent on the treatment of diabetes, 20-40% represents the treatment of the diabetic foot. Boulton defines diabetic peripheral neuropathy as the existence of signs and/or symptoms of peripheral nervous system damage in diabetics after all other possible causes of neuropathy are excluded. In 7-10% patients with diabetes and developed neuropathy without additional comorbidities, development of an ulcer is expected within a year, while the same will occur in 25-30% of diabetics with existing comorbidities (for example, PAD – peripheral arterial disease, foot deformation, previous ulcer, or previous amputation). It is believed that 26% of diabetics have signs of neuropathy already when diagnosing diabetes. Therefore, it is necessary at least once a year to examine the feet in detail in diabetics to find out the risks of developing ulcers and prevent amputations. Furthermore, patients with proven loss of sensation or previous ulcers or amputation of the foot should be examined on each visit. Foot examination should include skin inspection, foot deformity assessment, neurological assessment (“the golden standard” is monofilament testing, vibrational fork test) and assessment of blood vessels, including leg and foot pulses. If we establish in the patient the existence of claudications or weakened pulses on the feet, it is desirable to make an AB index and refer it to the vascular surgeon if the ABI is <0.6.

KLJUČNE RIJEČI

dijabetes, dijabetičko stopalo, neuropatija, periferna arterijska bolest, deformitet stopala, monofilament

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM

diabetes, diabetic foot, neuropathy, peripheral arterial disease, foot deformity, monofilament

Pedobrahijalni indeks

Ana-Marija Prepelec (aprepelec@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja)

SAŽETAK

Uvod: Pedobrahijalni indeks (engl. Ankle-Brachial Indeks ABI) jednostavna je metoda za rano otkrivanje hemodinamskih poremećaja zdjelice i udova. Periferna arterijska bolest (PAB) izravno utječe na razvoj bolesti kardiovaskularnog i cerebrovaskularnog sustava koje se u svjetskoj populaciji i nadalje nalaze visoko na ljestvici morbiditeta i mortaliteta. Uz činjenicu da je PAB treći uzrok smrtnosti u svijetu, vodeći uzrok invaliditeta nakon amputacije udova, da gotovo 20% odrasle populacije boluje od PAB-a, a da se u 20-50% slučajeva simptomi pripisuju nekim drugim bolestima, rano otkrivanje ove bolesti postaje prioritet na razini primarne zdravstvene zaštite. Automatski mjerač ABI sofisticirana je i jednostavna metoda procijene arterijske cirkulacije s 90% točnošću. Bazira se na principu simultanog mjerenja tlakova u gornjim i donjim udovima i detekciji promjene u volumenu. Samo izvođenje je vrlo jednostavno, ne zahtjeva dodatnu edukaciju i traje vrlo kratko, 1 min. Patološkim vrijednostima smatraju se one iznad 1,3 ili ispod 0,9. Osnovna indikacija za primjenu gležanjškog indeksa jest sumnja na PAB uz tipične tegobe, bolesnika u dobi iznad 50 godina s čimbenicima rizika za razvoj KVB. Svoju ulogu ima kao standardna metoda u praćenju bolesnika s već dijagnosticiranom bolesti perifernih arterija, ali i u bolesnika s kroničnom venskom bolesti. Primjena pedobrahijalnog indeksa kontraindicirana je kod bolesnika s celulitisom, izrazito bolnim ulceracijama te kod znakova duboke venske tromboze. Relativno je kontraindicirana primjena u bolesnika s fibrilacijom atrijske, izraženim edemima potkoljenica te u bolesnika s reumatoidnim artritisom. Cilj: Cilj ove radionice je prikazati kako automatski mjerač ABI funkcionira u praksi obiteljskih liječnika, njegove prednosti, nedostatke, indikacije i kontraindikacije te ukazati na važnost njegove primjene u simptomatskih ili asimptomatskih bolesnika s čimbenicima rizika za razvoj KVB. Zaključak: Automatski mjerač ABI nije standardni dio opreme ambulantni obiteljskih liječnika no njegova uloga u ranoj detekciji PAB i mogućnosti preciznije procjene KVR potkrepljuje važnost njegove implementacije u svakodnevni rad obiteljskih liječnika.

ANKLE-BRACHIAL INDEX

Introduction: The Ankle-Brachial Index (ABI) is a simple method for early detection of pelvic and limb hemodynamic disorders. Peripheral arterial disease (PAB) directly affects the development of diseases of the cardiovascular and cerebrovascular systems that continue to rank high in morbidity and mortality in the world's population. With the fact that PAB is the third leading cause of death in the world, the leading cause of disability after limb amputation, that almost 20% of the adult population suffers from PAB, and that in 20-50% of cases the symptoms are attributed to other diseases, early detection of this disease is becoming a priority at the primary care level. The ABI automatic meter is a sophisticated and simple method of estimating arterial circulation with 90% accuracy. It is based on the principle of simultaneous measurement of pressures in the upper and lower limbs and detection of changes in volume. The measurement itself is very simple, does not require additional training and lasts very short, 1 min. Pathological values are considered to be above 1.3 or below 0.9. The main indication for the use of the ABI is the suspicion of PAB with typical ailments, patients over 50 years of age with risk factors for developing CVD. It has its role as a standard method in monitoring patients with already diagnosed peripheral artery disease, but also in patients with chronic venous disease. The use of ABI is contraindicated in patients with cellulitis, extremely painful ulcers and signs of deep vein thrombosis. It is relatively contraindicated in patients with atrial fibrillation, severe edema of the lower legs and in patients with rheumatoid arthritis. Aim: The aim of this workshop is to show how the automatic ABI meter works in the practice of family physicians, its advantages, disadvantages, indications and contraindications and to point out the importance of its use in symptomatic or asymptomatic patients with risk factors for CVD. Conclusion: The automatic ABI meter is not a standard part of the equipment of GPs, but its role in early detection of peripheral PAB and the possibility of more accurate assessment of CVD supports the importance of its implementation in the daily work of GPs.

KLJUČNE RIJEČI

Ključne riječi: pedobrahijalni indeks, kardiovaskularni rizik, periferna arterijska bolest

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

Key words: pedobrachial index, cardiovascular risk, peripheral arterial disease

KMAT nije samo mjerač arterijskog tlaka- iskoristite ga bolje

Magdalana Šobar (magdalena.sobar@gmail.com) (Dom zdravlja Zagrebačke županije)
Hrvoje Tiljak (htiljak@gmail.com) (POOM Pof.dr.sc. Hrvoje Tiljak)

SAŽETAK

Zbrinjavanje pacijenta koji boluju od arterijske hipertenzije je jedna od najčešćih zadataka liječnika obiteljske medicine u skrbi za kronične nezarazne bolesti. Dijagnostika arterijske hipertenzije na nivou primarne zdravstvene zaštite (PZZ) ne svodi se samo na višekratno i opetovano mjerenja arterijskog tlaka u ordinaciji. U taj posao su se odavno uključile djelatnici u okviru patronažne službe i ljekarnička službe, a i sami pacijenti koristeći mjerenje arterijskog tlaka samomjeračem u kući (MATS). U liječničke ordinacije uvedena je nova metoda procjene nivoa arterijskog tlaka – kontinuirano mjerenje arterijskog tlaka (KMAT) temeljena na uređaju koji ponavljano automatski mjeri arterijski tlak zadanim ritmom u zadanoj trajanju. Uređaj koji se koristi u toj metodi je usavršen, a sam postupak je postao tako jednostavan da je primjena te metode postala popularna osobito u obiteljskoj medicini. Na taj je način KMAT našao svoje mjesto u aktualnim stručnim smjernicama kao nezaobilazni uvjet procjene stanja arterijskog tlaka i jedan od ključnih elementa u liječenju arterijske hipertenzije. Dugogodišnja praksa korištenja KMAT-a je ukazala na indikacije u kojima je KMAT posebno vrijedna dijagnostička metoda za noćnu hipertenziju, hipertenziju „bijeke kute“ i maskirnu hipertenziju. KMAT se također pokazao kao nezamjenjiva dijagnostička metoda u praćenju uspješnosti liječenja i eventualne potrebe korekcije terapije obzirom na visinu dnevne doze i dnevni raspored uzimanja lijekova. Usavršavanjem KMAT uređaja i širokom primjenom te metode pojavile su se nove mogućnosti u korištenju i interpretiranju nalaza KMAT-a. One se prvenstveno odnose na dijagnostiku poremećaja srčanog ritma i na procjenu funkcionalnosti osobe oboljele od arterijske hipertenzije. Zapažanja iz zapisa KMAT mogu također dati vrlo vrijedne informacije u dijagnostici drugih stanja i bolesti. Kroz radionicu čiju okosnicu čini primjena KMAT-a u obiteljskoj medicini predstaviti će se dodatne mogućnosti KMAT-a u dijagnostici i praćenju kardiovaskularnih i drugih bolesti. Predstaviti će se i postupci kojima se može nadopuniti dijagnostika temeljena na patološkim nalazima iz zapisa KMAT-a. Uz prikaz primjera dodatnog načina postavljanja KMAT-a i dodatnog načina interpretiranja zapisa KMAT-a, polaznici radionice će moći komentirati vlastita iskustva i postavljati pitanja vezana za napredne mogućnosti KMAT metode.

ABPM SYSTEM IS NOT ONLY FOR MEASURING BLOOD PRESSURE - USE IT MORE AND BETTER

One of the most prominent tasks of Family Practitioners' (FP) role in the care of chronic non-infectious diseases is taking care of patients who suffer from arterial hypertension. Arterial hypertension diagnosis in primary health care (PHC) is no longer based on checking blood pressure in FP's office. A home visiting nurse, patients, and their families have been involved in that process, too. An ambulatory blood pressure monitoring system (ABPM) system has been introduced in FP's everyday work. ABPM device and method were improved to the extent to become popular in PHC service, especially among FPs. Nowadays, the ABPM system is concerned as one of the key elements in blood pressure evaluation and arterial hypertension treatment. Nocturnal hypertension, "white coat" hypertension and other specific hypertension syndromes became mainstream indications for ABPM system use. It also provides additional useful help for daily dose scheduling and defining optimal medicament therapy. Further ABPM device improvement and longstanding usage experience created new options in ABPM system use. Detecting specific heart arrhythmias and assessment of overall cardiovascular function are the most important new considerations when ABPM registration is specifically evaluated. Moreover, well-performed ABPM can offer important insight into other kinds of diseases and health status problems. Workshop oriented to the ABPM system in FP will present extra possibilities in ABPM use. Special accent on ABPM interpretation as well as options in the ABPM setting process will be offered. Participants will contribute to the discussion by presenting their experience and diagnostic problems related to the ABPM system in everyday practice.

KLJUČNE RIJEČI

obiteljska medicina, dijagnostika, KMAT, kardiovaskularne bolesti

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Family Practice, diagnostics, ABPM, cardiovascular diseases

Komunikacija s obitelji

Leonardo Bukmir (leonardo.bukmir@gmail.com) (Privatna ordinacija)

Martina Fišić Jurković (ella1703@hotmail.com) (Medicinski fakultet, Sveučilišta u Rijeci)

Petar Lozo (petar.lozo@gmail.com) (Specijalistička ginekološka ordinacija
doc.prim.dr.sc.Petar Lozo, dr med., Zadar)

SAŽETAK

Uvod. Komunikacija je sastavni dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji. Moćni je alat liječnika obiteljske medicine kojim se pomaže pacijentu i obitelji suočiti s bolesti, vlastitim problemima i načinima njihova rješavanja. Rasprava. Obično su obiteljski problemi vrlo složeni i u pravilu dovode do promjena u obiteljskim odnosima. Doživljaj problema te razumijevanje razloga i uzroka, obično su različiti za obitelj kao cjelinu i za pojedine njene članove. Obiteljski liječnik mora biti sposoban prepoznati i procijeniti je li problem izazvan pretežno „vanjskim“ činiteljima ili „unutarnjim“, je li jednako značajan za sve članove, u kojoj je fazi i je li već bilo pokušaja rješavanja. Potrebno je umijeće vođenja usmjerenih razgovora s svim članovima pojedinačno i u grupi, u smirenoj situaciji i kod napetih odnosa među članovima. U radu i komunikaciji s obitelji potrebno je objasniti ciljeve razgovora, jasno odrediti granice npr. vrijeme trajanja razgovora, mjesto i sudionike. Važno je i uspostaviti povjerenje, pokazati empatiju i poštovanje i ne umanjiti kompetenciju članova obitelji kad im se daju savjeti. Potrebno je i jasno postavio granice kako bi se spriječili nerealni zahtjevi. Bitno je da članovi obitelji i liječnik dijele ista očekivanja. Obitelj obično komunicira prema određenim pravilima kojim opažamo odnose među članovima obitelji. To je važno za uobličavanje komunikacije prema obiteljskoj dinamici. Obiteljski liječnik trebao bi biti uzor dobrog načina komunikacije te da sam komunicira pravilno i postiže promjenu. Sa svakim članom dobro je komunicirati na način kojim mu se pokazuje da je važna i vrijedna osoba. U komunikaciji s obitelji najvažniji korak je određivanje problema i ideja za njegovo rješavanje. U procjeni i odabiru rješenja koje može funkcionirati potrebno je uključiti sve članove obitelji. Na kraju svake posjete, dobro je istaknuti što je postignuto. Obitelj sagledava napredak, a stručna osoba učinke svog rada. Zaključak. Dobra komunikacija s bolesnikom, njegovom obitelji temeljna je vještina obiteljskog liječnika koja donosi brojne koristi kako za bolesnika tako i za cijelu obitelj.

COMMUNICATION WITH A FAMILY

SUMMARY Introduction Communication is main part of every patient relationship and its family. It is a powerful tool for family physicians to help patients and families cope with illness, their own problems and ways to solve their own problems. Discussion Usually, family problems are very complex and lead to changes in family relationships. The experience of the problem and understanding of the reasons and causes, are usually different for the family as a whole in comparison to its individual members. The family doctor must be able to identify and assess whether the problem is caused mainly by the “external” or “internal” factors, whether it is equally important for all members, at what stage and whether there have been attempts to solve it. It requires a skill of conducting focused conversations with all members individually and in a group, in a calm situation and in tense relations between members. When working and communicating with the family, it's necessary to explain the goals of the interview, clearly define the boundaries (eg the duration of the interview, the place and the participants). It is also important to establish trust, show empathy and respect and not diminish the competence of family members when they are given advice. Clear boundaries need to be set to prevent unrealistic demands. It is important that family members and the doctor share the same expectations. The family usually communicates according to the certain rules by which we observe relationships amongst family members. This is important for shaping communication according to the family dynamics. The family doctor should be a model of a good communication (communicates properly and achieves change). It's good to communicate with each member in a way that shows him that he is an important and valuable person. In the communication with the family, the most important step is to identify the problem and ideas for solving it. It's necessary to involve all family members in the evaluation and selection of solutions that can work. At the end of each visit, it is good to point out what has been achieved. The family summarizes the progress and the expert the effect of his work/intervention. Conclusion Good communication with the patient and his family is a fundamental skill of the family doctor that

brings many benefits both for the patient and whole family.

KLJUČNE RIJEČI

Ključne riječi: obitelj ,liječnik obiteljske medicine , komunikacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

Key words: family ,family practice ,communication

Savjetovanje - kako racionalno motivirati pacijenta

Leonardo Bukmir (leonardo.bukmir@gmail.com) (Privatna ordinacija)

Martina Fišić Jurković (ella1703@hotmail.com) (Medicinski fakultet, Sveučilišta u Rijeci)

Petar Lozo (petar.lozo@gmail.com) (Specijalistička ginekološka ordinacija doc.prim.dr.sc.Petar Lozo)

SAŽETAK

Uvod. Savjetovanje je složeni proces u kojem liječnik obiteljske medicine kreativnim intervencijama pomaže pacijentu suočiti se s vlastitim problemima i načinima njihova rješavanja. Preduvjet za to je uspostava dobrog savjetodavnog odnosa. Rasprava. Sam savjetodavni odnos ma koliko je dobar nije dovoljan za konstruktivne promjene kod pacijenta. Da bi pacijent prihvatio zdrav način života treba biti suradljiv i motiviran. Problem je što kod motiviranja pacijenta na promjenu ponašanja veoma često nailazi se na svjestan ili nesvjestan otpor pacijenta. Promjeni ponašanja u načelu prethodi promjena stavova. Stavovi se ne mijenjaju lako i brzo, tako da u motivacijskom razgovoru, u punoj mjeri, dolaze do izražaja komunikacijske vještine liječnika. Prema transteorijskom modelu koji se pokazao kao učinkovit alat za promjenu ponašanja, proces promjene podjeljen je u pet faza. Motivacija osobe nije podjednaka u svim fazama. Potrebno je poznavati značajke svake faze i odrediti stupanj motivacije pacijenta jer svaki stupanj ima svoja komunikacijska načela. Važno je voditi računa o činjenici da nitko ne mijenja svoje ponašanje ako mu to nije stvarno važno te ako ne vjeruje u sebe (samopouzdanje). Cilj analize tih dvaju elemenata je utvrditi na što se je potrebno usmjeriti u daljnjem dogovaranju i koje strategije odabrati. Nažalost DTP (dijagnostičko terapijski postupak) koji se odnose na primjenu savjetovanja u obiteljskoj medicine financijski su slabo vrednovani, neprimjereni su struci i izazovima svakodnevnog rada. Primjer OM106 DTP postupak za prošireno savjetovanje kroničnog bolesnika može se obračunati samo jedamput godišnje za istu osobu. Još gori kriterij i smjernice su za ekskluzivni postupak naše profesije OM107 DTP postupak savjetovanja s obitelji kojeg se zaračunava samo ako se radi o djetetu ili osiguranoj osobi koja nije u mogućnosti primiti savjet zbog psihosomatskog stanja bolesti. Zaključak Najvažniji cilj savjetovanja obično je jačanje pacijentove odgovornosti za oblikovanje i stvaranje vlastita života. Da bi ispravno motivirali pacijenta na promjenu životnog stila u zdraviji, liječnik se mora poput kameleona prilagoditi osobnosti svakog pacijenta a komunikacijska načela koristiti shodno fazi motivacije u kojoj se pacijent nalazi. Pacijentovu promjenu u individualnom radu olakšava odnos sa liječnikom koji je podržavajući, prihvaćajući i empatičan

COUNSELLING – HOW TO RATIONALLY MOTIVATE A PATIENT

SUMMARY Introduction. Counselling is a complex process in which the GP uses creative interventions to help the patient cope with their own problems and finding ways to solve them. Establishment of a good counselling relationship is a prerequisite. Discussion. For a patient to adopt a healthy lifestyle, one needs to be cooperative and motivated. Common problem when motivating a patient to change their behaviour is that doctors often encounter conscious or unconscious resistance from the patient. A change in the behaviour is preceded by a change in attitudes. Attitudes don't change easily and quickly, so in the motivational conversation, doctor's communicational skills are crucial. According to the transtheoretical model that has proven to be an effective tool for the behaviour change, the process of change is divided into five phases. A person's motivation isn't the same at all stages. It's necessary to know the characteristics of each phase and determine the degree of motivation of the patient because each level has its own communication principles to follow. It's important to take into account the fact that no one changes their behaviour if it is not really important to them and lacking self-confidence. The aim of the analysis of these two elements is to determine what needs to be a focus in the further negotiations and which strategies to choose. Unfortunately, DTP (diagnostic and therapeutic procedures) related to the application of counselling in family medicine are poorly evaluated financially alongside being inappropriate for the profession and the challenges of everyday work. For example, OM106 DTP procedure for extended chronic patient counselling can only be charged once a year for the same person. Even worse criteria and guidelines are for the exclusive procedure of our profession OM107 DTP family counselling procedure which is charged only if it's a child or an insured person who is unable to receive advice due to the psychosomatic state of the disease.

Conclusion The most important goal of counselling is usually to strengthen the patient's responsibility to shape and create their own life. In order to properly motivate the patient to change their lifestyle to a healthier one, the doctor must like a chameleon, adapt to the personality of each patient and use communication principles according to the stage of patient's motivation. The patient's change in individual work is facilitated by a relationship with the physician that is supportive, accepting, and empathetic.

KLJUČNE RIJEČI

Ključne riječi: savjetovanje, obiteljski doktor

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM

Key words : counselling, family practice

Obiteljski doktori -

EKSPERTI POTPUNO
DRUKČIJI OD DRUGIH

KNJIGA RADOVA



Zbrinjavanje bolesnika s vrtoglavicom u ordinacijama liječnika obiteljske medicine

Jadranka Karuza, doc.dr.sc. Jasna Vučak, Adrijana Tomas

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine J.Karuza (karuza.jadranka@gmail.com)

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine J.Vučak, Sveučilište u Zadru (jasna.vucak@yahoo.com)

³ Dom zdravlja Primorskogoranske županije (adrijanatomas@gmail.com)

SAŽETAK

Uvod: Vrtoglavica je iluzija prostornog kretanja i jedan je od najčešćih simptoma s kojim se bolesnici javljaju liječnicima obiteljske medicine, pogađa 15- 20 posto odraslih godišnje, a incidencija raste s dobi. Vrtoglavica je dijagnostički zahtjevna i potrebno je prvo razlučiti radi li se o pravoj vrtoglavici zbog toga što bolesnici često pod pojmom vrtoglavice podrazumijevaju druge, slične simptome. Cilj rada je upoznati liječnike obiteljske medicine s pristupom i inicijalnom obradom vrtoglavice našim ordinacijama. Metode: pretraživanje interneta prema ključnim riječima vrtoglavica, periferna, centralna, primarna razina skrbi. Rasprava: Do nedavno se podjela vrtoglavica temeljila na pitanju – što pacijent podrazumijeva pod vrtoglavicom i dijelila se u četiri skupine: pravi vertigo, neravnoteža, omaglica i ošamućenost. Takva podjela nije doprinosila razlikovanju benignih perifernih od potencijalno opasnih centralnih uzroka pa je predložena nova koja se bazira na duljini trajanja tegoba, postojanju provokacijskih čimbenika i provođenju specifičnih testova, a označava se akronimom TiTrATE (Ti – time, Tr – triggers, ATE – and a targeted examination). Akutni vestibularni sindrom je kontinuirana vrtoglavica koja traje više od 24 sata i prisutna je u trenutku kliničkog pregleda (moguće: vestibularni neuronitis/labirintitis, CVI). Kronični vestibularni sindrom traje mjesecima ili godinama (lijeкови, psihogeni uzrok, tumori, multipla skleroza). Izazvani epizodni vestibularni sindrom javlja se na određenu provokaciju (najčešće pokret) i traje od nekoliko do najviše 60 sekundi (benigni paroksizmalni pozicioni vertigo, ortostatska hipotenzija, tumori, MS, degenerativne bolesti). Spontani epizodni vestibularni sindrom je neprovociran i traje od nekoliko minuta do nekoliko sati (vestibularna migrena, tranzitorna ishemijska ataka, Menierova bolest, cervikogeni vertigo, kardiogena presinkopa, lijekovi, metabolički uzroci, panični napad). Takvo svrstavanje bolesnikove vrtoglavice u jednu od četiri kategorija olakšava diferencijalnu dijagnozu i upućuje na što obratiti pozornost u fizikalnom pregledu, neurološkom statusu te izvođenju ili Dix-Hallpike testa ili HINTS testova. HINTS je akronim koji označava tri važna testa/simptoma: HI – head impulse test, N – nistagmus i TS – test of skew test. Zaključak: Nakon svega učinjenog uspješno se mogu razlikovati vrtoglavice prema uzroku i stupnju hitnosti te mogućnosti rješavanja na primarnoj razini ili upućivanja na daljnju obradu.

Ključne riječi. vrtoglavica, periferni vertigo, centralni vertigo, primarna razina zbrinjavanja

CAUSES AND EVALUATION OF VERTIGO IN PRIMARY CARE

Introduction: Dizziness is an illusion of spatial movement and is one of the most common symptoms patients reporting to family physicians, it affects 15-20% of adults per year, and the incidence increases with age. The aim is to acquaint doctors with the initial diagnosis and treatment of vertigo in the family medicine practice.

Methods: Internet search by keywords vertigo, dizziness, peripheral, central, primary level of care. Discussion: Dizziness is diagnostically demanding and it is necessary first to distinguish whether it is true vertigo because patients often imply other, similar symptoms by vertigo, dizziness and lightheadedness. Such a division did not facilitate to distinguish benign peripheral from potentially dangerous central causes, so a new one was proposed based on the duration of the problem, the existence of provocative factors and the conduct of specific tests, and is denoted by the acronym TiTrATE (Ti - time, Tr - triggers, ATE and a targeted examination). Acute vestibular syndrome is a continuous dizziness that lasts more than 24 hours and is present at the time of clinical examination (possible causes: vestibular neuronitis / labyrinthitis, CVI). Chronic vestibular syndrome lasts for months or years (possible causes: drugs, psychogenic cause, tumors, multiple sclerosis). Induced episodic vestibular syndrome

occurs at a certain provocation (usually movement) and lasts from a few to a maximum of 60 seconds (possible causes: benign paroxysmal positional vertigo, orthostatic hypotension, tumors, MS, degenerative diseases). Spontaneous episodic vestibular syndrome is unprovoked and lasts from several minutes to several hours (possible causes: vestibular migraine, transient ischemic attack, Meniere's disease, cervicogenic vertigo, cardiogenic presyncope, drugs, metabolic causes, panic attack). Such classification of the patient's vertigo into one of the four categories facilitates the differential diagnosis especially after physical examination, neurological status and performance of either Dix-Hallpike test or HINTS tests. HINTS is an acronym that denotes three important tests / symptoms: HI - head impulse test, N - nystagmus and TS - test of skew test. Conclusion: After all that has been done, vertigo can be successfully distinguished according to the cause and degree of urgency, as well as the possibility of resolving it at the primary level or referring it for further processing.

Keywords. vertigo, dizziness, peripheral vertigo, central vertigo, primary care level

1. UVOD

Vrtoglavica je iluzija prostornog kretanja i jedan je od najčešćih simptoma zbog kojeg se bolesnici javljaju zdravstvenim službama, sa ukupnom incidencijom oko 20-30 %, a učestalost joj raste s dobi. U starijih bolesnika incidencija vertiga je oko 50% i najčešći je simptom u bolesnika iznad 75 godina. Vertigo se javlja, kao vodeći simptom, u 5 do 10% bolesnika svih dobni skupina u ordinaciji obiteljskog liječnika. U 10 do 20% posjeta neurologu ili otorinolaringologu bolesnici prijavljuju vertigo kao vodeći simptom. Gotovo četvrtina svih vrtoglavica s kojima se bolesnik javlja otpada na vestibularni vertigo.(1,2)

Vrtoglavica je simptom, a ne bolest, posljedica je asimetrije unutar vestibularnog sustava bilo zbog oštećenja ili disfunkcije labirinta, vestibularnog živca ili centralnih vestibularnih struktura u moždanom deblu. Ona je pacijentu zabrinjavajući i neugodan simptom, a kliničaru često težak problem jer može upućivati na cijeli niz bolesti i stanja, od sasvim benignih do životno ugrožavajućih. Čak do 50% slučajeva točnu dijagnozu uopće nije moguće postaviti. (3)

Zadatak obiteljskog liječnika je na što jednostavniji i brži način, već u prvom kontaktu razlučiti radi li se o pravoj vrtoglavici? Naime, pod pojmom vrtoglavice bolesnici često podrazumijevaju druge, slične tegobe. Prema klasifikaciji vrtoglavica koju su 1972. godine osmislili Drachman i Hart bolesnike smo pitali – što podrazumijevaju pod vrtoglavicom i temeljem njihovih odgovora dijelili vrtoglavicu u četiri skupine: 1. pravi vertigo, 2. neravnoteža, 3. presinkopa (omaglica) i 4. ošamućenost. Takva podjela nije nam omogućavala razlikovanje često benignih, perifernih vrtoglavica od potencijalno opasnih, centralnih, neke smo uzroke mogli svrstavati u više kategorija, a taoder je klasifikacija u mnogome ovisila o pacijentovoj interpretaciji onoga što mu se događa. Danas je stoga predložena nova podjela vrtoglavica koja se temelji na: 1. duljini trajanja tegoba i 2. postojanju provokacijskih čimbenika (ili traume!), 3. rezultatima specifičnih testova. Akronim kojeg koristimo radi lakšeg učenja je: 'Triage—TITRATE—Test' (Ti=timing, Tr=triggers, ATE-targeted exams) (4) Nakon anamneze i fizikalnog pregleda sa specifičnim "bedside" testovima, vrtoglavice sada možemo svrstati u jednu od četiri skupine temeljem koji se s velikom vjerojatnošću mogu razlikovati vrtoglavice koje se rješavaju na primarnoj razini od onih koje treba uputiti na daljnju obradu, kome bolesnika uputiti kao i kolika je žurnost te obrade.

2. RASPRAVA

Vrtoglavice dijelimo prema uzrocima na periferne i centralne.

Najčešći uzroci perifernih vrtoglavica su: benigni paroksizmalni pozicioni vertigo, vestibularni neuronitis, labirintitis, Menierova bolest, Herpes zoster oticus (Ramsay Hunt sindrom), perilimfatička fistula, akustički neurinom, toksičnost aminoglikozida, otitis media i dr. Najčešći uzroci centralnih vrtoglavica su: vestibularna migrena, ishemija moždanog debla, infarkt ili krvarenje u području malog mozga, multipla skleroza, Chiarijeva malformacija i dr.

Newman-Toker i Edlow su 2015.g. u svom istraživanju na deseterostruko većem uzorku ispitanika dokazali da je ranija podjela prema Drachman-Hartu pogrešna te predložili novi pristup vrtoglavici koji se bazira na trajanju simptoma, triggerima i ciljanom fizikalnom pregledu.(7) Stoga ćemo u anamnezi bolesnika prvo upitati ima li koninuiranu vrtoglavicu, prisutnu u trenutku pregleda, te kada je počela i koliko traje. Prema odgovoru bolesnika s vrtoglavicom svrstat ćemo u jednu od četiri kategorije (Slika 1). Ukoliko pacijent trenutno ima koninuiranu vrtoglavicu ovisno duljini trajanja (nekoliko sati/dana ili nekoliko mjeseci/godina) svrstavamo ga u akutni ili kronični vestibularni sindrom. Vrtoglavicu koja nije trajna, nego se javlja povremeno nazivamo epizodnom, a bolesnika pitamo je li provocirana pokretom (tipično za BPPV okretanjem u krevetu, a za ortostatsku hipotenziju

naglim ustajanjem) ili se javlja spontano. (Treba naglasiti da će pokret pogoršati svaku vrtoglavicu no to je ne čini izazvanom. Vrtoglavica se na pokret treba izazvati, a mirovanjem simptomi vrtoglavice se smiruju te se tada može okarakterizirati kao izazvana epizodna vrtoglavica.) Izazvana epizodna vrtoglavica traje od nekoliko sekundi do jedne minute, dok će spontana trajati od nekoliko minuta do nekoliko sati. Kada smo ovako anamnestički diferencirali vrtoglavicu u bolesnika, jasnije možemo klasificirati o kojem se poremećaju radi (Slika 1).

	TRAJANJE	MOGUĆE DIJAGNOZE
AKUTNI VESTIBULARNI SINDROM	>24h	Vestibularni neuronitis/labirintitis CVI
IZAZVANI EPIZODNI VESTIBULARNI SINDROM	sec-min	BPPV Ortostatska hipotenzija CPPV (tumori, multipla skleroza, degenerat.)
SPONTANI EPIZODNI VESTIBULARNI SINDROM	min-h	Vestibularna migrena Menierova bolest TIA VB sliva Cervikogeni vertigo Kardiogeni uzroci, metabolički, lijekovi Psihogeni uzroci (panična ataka)
KRONIČNI VESTIBULARNI SINDROM	mj-god	Lijekovi Psihogeno (anksioznost, depresija) Tumori Multipla skleroza

Slika 1. Podjela vrtoglavica prema trajanju i uzroku

2.1. ANAMNEZA KOD VRTOGLAVICE

Osim spomenutog, u anamnezi također je važan podatak o mučnini i povraćanju. Jače su izraženi kod akutnih vrtoglavica (s izuzetkom benignih paroksizmalnog pozicionog vertiga kod kojeg mogu biti blagi, pa i odsutni) i kod vrtoglavica perifernog porijekla. Intenzivno povraćanje, pogotovo kod starijih osoba može dovesti i do dehidracije. Bitan je i podatak o gubitku sluha, šumu, bolovima ili osjećaju punoće u uhu. Navedeno će se javiti kod Menierove bolesti i labirintitisa. Gubitak sluha koji prati vrtoglavicu uvijek je za hitnu audiološku obradu.

Ostali važni anamnestički podaci su glavobolja, fotofobija, fonofobija, smetnje vida, neurološki ispadi slabosti, dvoslike, smetnje govora ili sl., bolovi u vratu te je li početak povezan s uzimanjem određenih lijekova. Primjerice hipotenzija nakon uvođenja antihipertenziva ili diuretika, hipoglikemija kod derivata sulfonilureje, primjena ototoksičnog lijeka i sl. (Slika 2). Posturalna nestabilnost teže je narušena kod centralnih vrtoglavica. Za razliku od toga, olesnici s perifernom vrtoglavicom nemaju poteškoća s hodom, ali se nerado kreću jer im pokret pogoršava vrtoglavicu. Kod sumnje na vestibularnu migrenu bitni su nam podaci iz obiteljske anamneze jer ona ima nasljednu sklonost. Bitno je isključiti i nedavnu traumu glave, čak i malu, koju bolesnik bez ciljanog pitanja možda ne bi spomenuo jer svaka traumatska vrtoglavica zahtijeva daljnju bolničku obradu.

OTOTOKSIČNI LIJEKOVI	LIJEKOVI KOJI MOGU UZROKOVATI VRTOGLAVICU	
aminoglikozidi furosemid torasemid aspirin cisplatina (i drugi citostatici)	antiaritmici antihipertenzivi antidijabetici antihistaminici antiviroci antimikotici spazmolitici	antiparkinsonici antiepileptici litij sedativi miorelaksansi

Slika 2. Ototoksični i lijekovi koji mogu izazvati vrtoglavicu

2.2. FIZIKALNI PREGLED I SPECIFIČNI TESTOVI

U fizikalnom pregledom kože i vidljivih sluznica možemo uočiti anemiju, suhu ili vlažnu kožu koje mogu upućivati na hipo ili hipertireozu. Otoskopija je važan dio pregleda jer je svaka bolest srednjeg uha kao npr. upala ili kolesteatom koju prati vrtoglavica, indikacija za upućivanje otorinolaringologu. Pregled vrata uključuje palpaciju štitnjače, auskultaciju karotida. Šum nad karotidama može upućivati na stenozu koja se pak može manifestirati omaglicom. Napetost i bolnost vratnih mišića i ograničene kretnje znak su cervikogenog vertiga. Mjerenjem tlaka utvrditi ćemo hipotenziju kao uzrok, a ortostatsku hipotenziju dokazujemo mjerenjem nakon 3 minute ležanja te ponovno 3 minute nakon ustajanja: pad za više od 20 mmHg ili pojava vrtoglavice potvrđuje dijagnozu. Mjerenjem pulsa uočiti ćemo aritmiju (fibrilacija atrija!) Glukometrijom ćemo isključiti hipoglikemiju koja može imitirati bilo koji neurološki ispad. EKG-om isključujemo aritmije. Kod sumnje na psihogeni uzrok bolesnika ćemo procijeniti prema GAP-7 ili Hamilton upitniku (anksiozni poremećaj, depresija). Neurološki pregled ključan je dio fizikalnog nalaza. Pregledavamo moždane živce, grubu motoriku, osjet, a ključan naglasak je na koordinaciji (test prst nos, peta koljeno, brzi alterirajući pokreti i Romberg) i hodu (normalan, na prstima, petama, tandem hod). U slučaju bilo kakvog neurološkog ispada bolesnika upućujemo na daljnju obradu. Obavezan je pregled sluha. Veberovim i Rinneovim testom utvrđujemo postojanje naglušnosti te je li ona jednostrana ili obostrana, konduktivna ili senzorineuralna.

2.2.1. SPECIFIČNI TESTOVI. Ukoliko pacijent ima epizodnu vrtoglavicu, koja nije prisutna u trenutku pregleda, a izazvana je pokretom (akutni epizodni izazvani vertigo) napraviti ćemo Dix-Hallpike test. Bolesnik će kod BPPV obično reći da se vrtoglavica javlja kod okretanja u krevetu na jednu stranu i tu stranu smatramo bolesnom. Započinjemo prvo sa zdravom stranom pa bi prvi test trebao biti negativan, potom ponavljamo drugu stranu.

Izvođenje Dix-Hallpike testa: Bolesnik sjedi na ležaju, glavu mu zakrenemo u stranu za 45° i potom ga naglo spuštamo u ležeći položaj držeći glavu u tom položaju i eksteniramo vrat za 30° ispod horizontalne linije (glava može visiti preko ruba ležaja ili možemo koristiti jastuk). Nakon nekoliko sekundi pojavljuje se blagi vertikalni nistagmus prema gore sa jačom rotacionom komponentom prema niže položenom uhu, traje nekoliko do 30 sec. Kad bolesnika vratimo u sjedeći položaj nistagmus bi se trebao ponoviti, ali u suprotnom smjeru. Ako bolesnik osjeti vrtoglavicu jačine sukladne nistagmusu test smatramo pozitivnim, kao i ako se javi samo vrtoglavica bez nistagmusa (subjektivni BPPV). Ukoliko nema vrtoglavice, već samo nistagmus bilo kog oblika suspektan je centralni uzrok! Obostrani nistagmus, nistagmus bez latencije ili onaj koji traje dulje od 60 s, također su za neurološku obradu. Ukoliko je test negativan ili se javi horizontalan nistagmus izvodimo Supine roll test.

Izvođenje Supine roll testa: Bolesnik leži na leđima s glavom podignutom za 30° i okrećemo mu glavu 90° u stranu. Kod pozitivnog testa javlja se horizontalni nistagmus prema niže položenom uhu, jači na bolesnoj strani. Ukoliko su oba testa negativna, ili se javlja čisti vertikalni nistagmus bolesnika upućujemo na daljnju obradu pod sumnjom na centralnu leziju (CPPV).

Kontraindikacije za izvođenje ovih testova su patologija vratne kralježnice, stenozu karotide ili VB sliva, lumbalna diskopatija i TEP kuka.

Ukoliko je vrtoglavica kontinuirano prisutna pa i u trenutku pregleda napraviti ćemo testove koje didaktički označavamo akronimom HINTS, skraćeno od "head impulse", nistagmus, "test of skew".

1. Head impulse test: Uхватimo bolesnikovu glavu objema rukama i zamolimo ga da fiksira pogled na ispitivača. Brzim i kratkim pokretom rotiramo glavu u jednu stranu za 20°. Ukoliko pacijentove oči zaostaju (vrate se u neutralan položaj naknadno - tzv. korektivna sakada) test je pozitivan i znak je periferne lezije. Kod centralne lezije neće biti zaostajanja. Test ponavljamo na jednu i drugu stranu, više puta, ali tako da pacijent ne može predvidjeti koju ćemo stranu odabrati. Zaostajanje će se javiti na bolesnoj strani. Senzitivnost testa u otkrivanju CVI je u prvih 48h veća od CT/MRI!
2. Nistagmus čine nevoljni trzaji bulbusa, a smjer mu se određuje smjerom brze komponente i uvijek je znak poremećaja vestibularnog aparata (Fiziološki se javlja kod gledanja predmeta koji se brzo kreću ili pri krajnjem pogledu u stranu, ali tada je uvijek male amplitude i horizontalan) Jednostrani horizontalan nistagmus ili horizontalan sa rotacijskom komponentom koji se pogoršava kod pogleda u smjeru nistagmusa je znak periferne lezije (lezija je na suprotnoj strani od smjera nistagmusa). Kad se fiksira pogled nistagmus ostaje i dalje prisutan, ali bolje vidljiv bez fiksacije. Kako bi izbjegli fiksaciju koristimo Frenzelove naočale ili bolesniku kažemo da gleda u zid sa strane pa mu stavimo papir kraj glave te na taj način eliminiramo fiksaciju pogleda na prst. Vertikalni, čisti rotacijski, ili nistagmus koji mijenja smjer znak je centralne lezije. Takav nistagmus kod fiksiranja pogleda nestaje.

3. Test of skew: Pokrijemo bolesniku jedno oko i zamolimo ga da gleda ravno. Kad otkrijemo oko ukoliko se nepokriveno oko pomakne vertikalno (gore ili dolje) test je pozitivan i znak je centralne lezije.

Ne moraju sva tri testa ukazivati na centralnu leziju; dovoljan je nalaz jednog da bi utvrdili sumnju na CVI i indicirali daljnju obradu. (3,4,5)

2.3. NAJČEŠĆI I UZROCI PRAVOG VERTIGA

2.3.1. BENIGNI PAROKSIZMALNI POZICIJSKI VERTIGO - BPPV. Najčešći je uzrok vrtoglavice, nejasna je uzroka. Može se javiti nakon traume, vestibularnog neuronitisa ili Menierove bolesti. Smatra se da nastaje zbog prelaska otolita iz utrikulusa u polukružne kanaliće zbog čega dolazi do neprirodnog kretanja endolimfe što za posljedicu ima vrtoglavicu. Vrtoglavica se javlja pri pomicanju glave kod specifičnih kretnji - sagibanja, ekstenzije vrata, prilikom lijeganja ili ustajanja iz kreveta i specifično kod okretanja u krevetu na bok (na bolesnu stranu). Ovisno o zahvaćenom kanaliću razlikujemo - stražnji, lateralni i prednji BPPV. Napad vrtoglavice traje od nekoliko do max 30 sekundi. Dulje trajanje nakon prestanka pomicanja glave isključuje stražnji BPPV, a lateralni i prednji BPPV mogu trajati do 60 sekundi. Kod umirivanja vrtoglavica nestaje što je ključna razlika prema neizazvanim vrtoglavicama. Najčešći je stražnji BPPV koji se liječi izvođenjem Epleyevog manevra. Epleyev manevar se izvodi na način da se ovisno o zahvaćenoj strani, bolesnik posjedne na terapijski stol s podignutim nogama, te pogledom usmjerenim ravno. Zatim ispitivač, ovisno o zahvaćenoj strani, rotira glavu za 40 u zahvaćenu stranu. Kod bolesnika se u tom položaju javlja vrtoglavica uz nistagmus s vremenskim odmakom. Glavom rotiranom za 40 i otvorenih očiju, bolesnik se brzo poliježe na leđa, tako da mu glava visi s ruba kreveta pod kutom od 45. (Prvi dio Epleyevog manevra zapravo je Dix-Hallpike test na bolesnu stranu).

U tom položaju ostaje jednu minutu. Bolesnikovu glavu okrećemo zatim u suprotnu, "zdravu" stranu i u tom položaju ostaje također jednu minutu. Nakon toga ispitivač okreće bolesnikovu glavu za dodatnih 90, tako da lice bude okrenuto prema podlozi, a uz pomoć ispitivača bolesnik se okreće na bok. U tom položaju ostaje jednu minutu. Završni pokret je sjedeći s glavom u blago pognutom položaju, u kojem ostaje jednu minutu. Lateralni se pak BPPV liječi Lambertovim manevarom.

BPPV prolazi i spontano unutar 6 mjeseci, a često i unutar mjesec dana pa je u slučaju kontraindikacija za izvođenje testa, a anamnestički jasne dijagnoze dovoljno i praćenje (kontrola za 1 mj). Lijekovi se ne koriste, eventualno kratkotrajno u slučaju jake mučnine ili povraćanja. Dulje korištenje lijekova ometat će uspostavljanje ravnoteže te se ne preporučuje. (5,6,7)

2.3.2. VESTIBULARNI NEURONITIS. Upala vestibularnog živca vjerojatno virusne etiologije, česta nakon virusa. Počinje naglo, vrtoglavica je kontinuirana (traje u trenutku našeg pregleda!) i praćena je jakim mučninom i povraćanjem. Nakon nekoliko dana spontano popušta, ali blaga vrtoglavica može trajati tjednima, pa čak i mjesecima. Za razlikovanje od CVI koristimo HINTS testove. Korektivna sakada javlja se na bolesnoj strani u Head impulse testu, a nistagmus ima bržu komponentu prema zdravoj strani i uvijek je jednostrani. U neurološkom statusu u Rombergu nakon zatvaranja očiju bolesnik pada na bolesnu stranu. Liječi se kratkotrajnom primjenom vestibularnih supresiva (metoklopramid 3x10mg, dimenhidrinat 4x50-100mg, diazepam 3x2-5mg, tietilperazin 3x6,5mg kroz max 3 dana jer blokiraju centralnu kompenzaciju! Ako je prošlo manje od 72 sata od početka simptoma dolazi u obzir i prednison 1 mg/kg kroz 5 dana potom redukcija za 10 mg svaki dan do završno 5 mg. Betahistidin ima nejasno djelovanje i malu razliku u odnosu na placebo (primjena 2x24mg kroz maksimalno 3 mjeseca). Preporučuje se što ranije kretanje kako bi se došlo do centralne kompenzacije. Kod zainteresiranih pacijenata mogu se provoditi i vježbe (Cawthorne Cooksey). Ukoliko ne dolazi do potpunog oporavka unutar 3 mjeseca bolesnika valja uputiti audiologu na daljnju obradu. Vestibularni neuronitis se kod pojedinca može ponavljati, ali novi napadi trebali bi trajati sve kraće, u suprotnom nužna je obrada.

2.3.3. VESTIBULARNI NEURONITIS. Klinička slika jednaka je neuronitisu, ali sa gubitkom sluha, tinitusom ili osjećajem punoće u uhu. (Svaki gubitak sluha koji prati vrtoglavicu je hitnoća!) Dok je kod neuronitisa zahvaćen samo vestibularni dio živca, kod labirintitisa je zahvaćeno i cijelo unutarnje uho. Posljedica je virusne ili bakterijske infekcije uha. Bolesnika treba uputiti audiologu - odmah, a medikamentno liječenje je jednako kao i kod neuronitisa, uz dodatak antibiotika. (6,8)

2.3.4. MENIEROVA BOLEST. Nastaje kao posljedica nekupljanja endolimfe u kohleji nepoznatog uzroka. Karakterizirana je epizodama jake vrtoglavice, uz mučninu i povraćanje, ali sa jednostranim gubitkom sluha, tinitusom ili osjećajem punoće u uhu. Epizode vrtoglavice traju od 20 minuta do nekoliko sati, no uvijek manje od 24 sata i nisu provocirane pokretom. Neliječena Menierova bolest dovest će do trajnog gubitka sluha. Pacijenta

audiologu upućujemo odmah. Terapija uključuje smanjenje unosa soli, kofeina i alkohola, diuretike, betahistidin, a u napadu i vestibularne supresive, kortikosteroide i gentamicin transtimpanično.

2.3.5. VERTEBRO-BAZILARNA TRANZITORNA ISHEMIČNA ATAKA. Karakteriziraju je epizode neprovocirane vrtoglavice koje traju od nekoliko minuta do sati. Treba upozoriti da se samo u 50% ovih pacijenata javljaju i neurološki ispadi! Stoga sve pacijente s ovakvim tipom vrtoglavice i jasnim čimbenicima kardiovaskularnog rizika (≥50g, hipertenzija, DM, HLP, pušenje, pretilost) treba uputiti neurologu.

2.3.6. CERVIKOGENI VERTIGO. Ubraja se u isključne dijagnoze. Vrtoglavicu mora pratiti i bol u vratu. (Oprez: nagla, jaka bol u vratu praćena vertigom može biti i disekcija vertebralne arterije!) U dijagnozi cervikogenog vertiga radiološki moramo potvrditi degenerativne promjene u vratnom dijelu kralježnice.

2.3.7. VESTIBULARNA MIGRENA. Dijelom je također smatramo isključnom dijagnozom: kriteriji za postavljanje dijagnoze su barem 5 napada, barem 50% migrena s vrtoglavicom i isključenje drugih uzroka vrtoglavice. Napadi traju od nekoliko minuta do 72 h. Često je u dječjoj dobi. Posumnjat ćemo na vestibularnu migrenu kod pozitivne obiteljske anamneze i kod osoba koje boluju od migrene, a imaju i vertiginozne napade. No treba znati da svaka neobrađena vrtoglavica koju prati glavobolja treba biti upućena neurologu - odmah! (8)

2.3.8. MULTIFAKTORIJALNA NESTABILNOST STARIJIH. Vrtoglavica u osoba starije životne dobi često je multifaktorijska i neizlječiva. Uzroci su joj polipragmazija/polifarmacija, slabljenje vidnog, proprioceptivnog i vestibularnog osjeta, te bolesti lokomotornog aparata. Ono što možemo učiniti jest revizija kronične terapije s posebnim naglaskom na ototoksične lijekove i one koje mogu izazivati vertiginozne smetnje (9) (Slika 2)

2.3.9. HERPES ZOSTER OTICUS - RAMSEY HUNT SINDROM. Reaktivacija varicella zoster virusa u području ganglionu geniculi i VIII moždanog živca. Karakterizira je ipsilateralna pareza lica, bol u uhu, vezikule uške i slušnog kanala. Također se može javiti vestibularni poremećaj kojeg karakterizira vertigo, zatim ipsilateralni poremećaj okusa i lezije jezika, poremećaj sluha - hiperakuzija, naglušnost, tinitus, pojačana lakrimacija. Propisuje se terapija kortikosteroidima i antivirusna terapija. Pareza može zaostati trajno.(6)

3. ZAKLJUČAK

Vrtoglavica je čest problem u ordinacijama obiteljske medicine, a bolesnici s vertigom najčešće se prvo javljaju upravo obiteljskim liječnicima. Stoga je ključno da liječnik prvog kontakta dobro poznaje pristup dijagnostici i terapiji vrtoglavica kako bi se izbjeglo prekomjerno upućivanje bolesnika na nepotrebne dijagnostičke pretrage, prepoznalo i bez odgode zbrinulo hitna stanja te pomoglo bolesnicima u kvalitetnom zbrinjavanju vrtoglavice koje je u većini slučajeva moguće već na primarnoj razini skrbi. Nova podjela vrtoglavica omogućila je sve navedeno i premda se u praksi još nedovoljno primjenjuje, ovim radom želimo potaknuti obiteljske liječnike da je primjenjuju u svakodnevnom radu, kako zbog njene kvalitete, tako i zbog brzine i jednostavnosti u pristupu ovom često vrlo zahtjevnom problemu, kako za pacijenta, tako i za liječnika.

4. LITERATURA

1. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo. Handb Clin Neurol. 2016;137:67- 82. doi: 10.1016/B978-0-444-63437-5.00005-4. PMID: 27638063 Pristupljeno 11.05.2022. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27638063/>
2. Smoljan M. Epidemiologija vrtoglavica, diplomski rad, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2016. Pristupljeno 11.05.2022. Dostupno na <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef>
3. Furman, J. M., Barton, J. J. S. (2020, February 11). Evaluation of the patient with vertigo. UpToDate. Pristupljeno 11.05.2022., Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo>
4. Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: A novel approach to diagnosing acute dizziness and vertigo, Neurol Clin 2015 Aug; 33(3): 577-599, doi:10.1016/j.ncl.2015.04.011
5. Birtić D i sur. Smjernice za dijagnostiku i liječenje akutne vrtoglavice i gubitka ravnoteže – Med Jad 2020;50(3):169-177 171, Pristupljeno 11.05.2022., Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/354966>
6. Furman, J. M., (2021, March 23), Causes of vertigo, UpToDate, Pristupljeno 11.05.2022., Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-vertigo>
7. Barton, J. J. S. (2022, February 28). Benign paroxysmal positional vertigo. UpToDate. Pristupljeno 11.05.2022, Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/benign-paroxysmal-positional-vertigo>
8. Furman, J.M., (2020, July 29), Vestibular neuritis and labyrinthitis, UpToDate, Pristupljeno 11.05.2022, Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/vestibular-neuritis-and-labyrinthitis>
9. Ronthal, M., Walsh, R.R, (2020, Sept 29), Causes and evaluation of neurologic gait disorders in older adults, UpToDate, Pristupljeno 11.05.2022., Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/causes-and-evaluation-of-neurologic-gait-disorders-in-older-adults>

Kako do dijagnoze bolesti štitnjače, što je optimalno i kada s manje postignemo više?

Jadranka Karuza, Kristina Sambol, Ena Filipović Ferenčić

¹ Jadranka Karuza, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine J.Karuza, (karuza.jadranka@gmail.com)

² Kristina Sambol, Dom zdravlja Varaždinske županije

³ Ena Filipović Ferenčić, Dom zdravlja Primorskogoranske županije.

SAŽETAK

Uvod: Prevalencija hipotireoze je između 1-2 %, 10 puta je češća kod žena, a povećava se s dobi. Prevalencija hipertireoze u žena je 0,5-2 % i deset puta je češća u žena. Prevalencija multinodozne strume opada s dobi, najveća je u pre- menopauzalnih žena s omjerom 4:1 u korist žena. 1 % žena i 5 % muškaraca ima klinički otkrivene čvorove štitnjače čija se učestalost povećava s dobi i korelira s manjkom joda. Kongenitalna hipotireoza u područjima suficita joda pogađa jedno novorođenče na 3500-4000 poroda. Cilj rada: Pregledati dostupnu literaturu i dati pregled najčešćih bolesti štitnjače, racionalne dijagnostike, adekvatnog liječenja i praćenja na razini liječnika obiteljske medicine. Metode: pretraživane su baze po- dataka Pubmed, UpToDate i Duodecim Rasprava: Najčešći uzrok hipotireoze je Hashimotov tireoiditis, a hipertireoze Gravesova bolest, toksični adenom i toksična multinodularna guša. Četiri su glavna oblika raka štitnjače: najčešćešći papilarni te folikularni, medularni i anaplastični, a manifestiraju se uglavnom kao asimptomatski čvor štitnjače. Probir na bolesti štitnjače vrši se mjerenjem tireotropina (TSH) čija uredna koncentracija ukazuje na urednu funkciju i većinom ne zahtjeva daljnju labo- ratorijsku obradu. Ukoliko je vrijednost TSH povišena određujemo slobodni tiroksin (fT4) radi procjene stupnja hipotireoze. Kod sniženog TSH određujemo slobodni T4 i T3 (trijodtironin) radi procjene stupnja hipertireoze. Kod izraženih kliničkih simp- toma hipotireoze, uz urednu ili sniženu koncentraciju TSH potrebno je odrediti T4 ili fT4 s ciljem isključivanja sekundarne hipotireoze. Kod procjene liječenja hipotire- oze dovoljno je mjeriti TSH jer su vrijednosti fT4 neosjetljive na promjene doze levotiroksina. Mjerenje antitijela na tkivnu peroksidazu savjetuje se trudnicama i že- nama koje planiraju trudnoću sa blaže povišenim TSH. Kod osoba s normalnom kon- centracijom TSH kao ili s jasnim biokemijskim znacima hipotireoze nije ih potrebno određivati, a ne preporučuje se niti ponavljanje mjerenja. Koncentracija antitijela na tireoglobulin nema kliničkog značenja u procjeni rizika za autoimunu bolest štitn- jače i ne preporučuje se njezino mjerenje osim kod bolesnika s karcinomom štitne žlijezde. Ultrazvuk štitnjače se preporučuje učiniti u slučaju patološkog palpatornog nalaza štitnjače i kod bolesnika s hipertireozom. Ne preporučuje se vršiti probir opće populacije pomoću UZV štitnjače. Zaključak: Racionalna, pravovremena i na smjernicama utemeljena dijagnostika može se postići kontinuiranom edukacijom liječnika.

Ključne riječi. bolesti štitnjače, TSH, hormoni štitnjače, levotiroksin, obiteljski liječnik

THYROID DISEASE DIAGNOSTIC TOOLS - WHY SOMETIMES LESS IS MORE?

Abstract: Introduction: The prevalence of spontaneous hypothyroidism is between 1 and 2 %, and it is more common in older women and 10 times more common in women than in men. The prevalence of hyperthyroidism in women is between 0.5 and 2 %, and is 10 times more common in women than in men in iodine-replete communities. In cross-sectional surveys, the prevalence of diffuse goitre declines with age, the greatest prevalence is in pre-menopausal women, and the ratio of women to men is at least 4:1. 1 % of women and 5 % of men have clinically de- tected thyroid nodules and prevalence increases with age and correlate with iodine deficiency. Congenital hypothyroidism in areas of iodine deficiency affects one new- born per 3400-4000 births. Objective: We searched available literature to provide an overview of the most common thyroid diseases, rational diagnostics, adequate treat- ment and follow-up in primary care. Methods: Pubmed, UpToDate and Duodecim databases were searched. Discussion: The most common cause of hypothyroidism is Hashimoto's thyroiditis and hyperthyroidism is Grave's disease, toxic adenoma and toxic multinodular goiter. There are 4 types of thyroid cancer: the most com- mon – papillary, follicular, medullary and anaplastic, manifesting mainly as an asymptomatic

thyroid nodule. Thyroid stimulating hormone (TSH) is used for screening for thyroid disease. Normal concentration indicates normal function and does not require further laboratory processing. If elevated, free thyroxine (fT4) assessment is recommended. If decreased, fT4, and fT3 (free triiodothyronine) are measured for assessment the degree of hyperthyroidism. In clinical presentation of hypothyroidism with normal or reduced TSH levels, T4 of fT4 should be measured to exclude secondary hypothyroidism. When evaluating the treatment of hypothyroidism, measuring TSH is sufficient because fT4 values are insensitive to changes in levothyroxine dosage. Tissue peroxidase antibody (anti TPO) test is recommended for pregnant women and those planning pregnancy with mildly elevated TSH, not necessary in patients with normal TSH levels or with clear clinical and biochemical signs of hypothyroidism. Thyroglobulin antibody test (TGAB) has no clinical significance in the risk assessment for autoimmune thyroid disease and is not recommended except in patients with thyroid cancer. Hyperthyroidism or palpable abnormalities of the thyroid gland mandate further ultrasound evaluation. Ultrasound screening in general population is not recommended. Conclusion: Rational, early and guideline-based diagnostics can be achieved through continuous medical education of the medical professionals.

Keywords: thyroid disease, TSH, thyroid hormones, levothyroxine, family doctor

1. UVOD.

Poremećaji funkcije štitne žlijezde česti su u populaciji, a osobito u žena. Prevalencija hipotireoze je između 1-2 %, 10 puta je češća kod žena, a povećava se s dobi.(1) Prevalencija hipertireoze u žena je 0,5-2 % i deset puta je češća u žena. Prevalencija multinodozne strume opada s dobi, najveća je u premenopauzalnih žena s omjerom 4:1 u korist žena.(2) 1 % žena i 5 % muškaraca ima klinički otkrivene čvorove štitnjače čija se učestalost povećava s dobi i korelira s manjkom joda. Kongenitalna hipotireoza u područjima s deficijentom joda pogađa jedno novorođenče na 3500-4000 poroda. Najčešći uzrok hipotireoze je Hashimotov tireoiditis, a hipertireoze Gravesova bolest, toksični adenom i toksična multinodularna guša. Četiri su glavna oblika raka štitnjače: najčešći papilarni te folikularni, medularni i anaplastični, a manifestiraju se uglavnom kao asimptomatski čvor štitnjače. Utvrđivanje racionalne indikacije za pojedine postupke i nužnost njihovog izvođenja, često uz zahtjeve kako samog pacijenta tako i pojedinih konzultanata unutar zdravstvenog sustava, svakodnevica je rada obiteljskog liječnika. U tom procesu jedna od najdjelotvornijih metoda koja nam pomaže u donošenju odluka medicina je temeljena na dokazima. Kvaratna prevencija usmjerena je ka sprječavanju nepotrebnih i skupih medicinskih intervencija i njihovih posljedica te definirana kao postupak identificiranja pacijenta s mogućnosti podlijevanja prekomjernoj medikalizaciji te kao zaštita pacijenta od nove medicinske invazije i predlaganje etički prihvatljive intervencije. Uloga obiteljskog liječnika u kvartarnoj prevenciji od temeljnog je značaja. Kada je u pitanju dijagnostika bolesti štitnjače na raspolaganju nam stoje dijagnostički testovi i slikovne pretrage s jasnim indikacijama za pojedina stanja. No opravdano se postavlja pitanje koristimo li ih racionalno?(3)

2. CILJ

Pregledati dostupnu literaturu i dati pregled najčešćih bolesti štitnjače, racionalne dijagnostike i praćenja na razini liječnika obiteljske medicine.

3. METODE

Pretraživane su baze podataka Pubmed, UpToDate i Duodecim te stranice Medscape i American Academy of Family Physicians

4. RASPRAVA

4.1. LABORATORIJSKI TESTOVI KOJI SE KORISTE U PROCJENI FUNKCIJE ŠTITNE ŽLIJEZDE

Laboratorijske testove koristimo za procjenu funkcije štitne žlijezde kao i za kontrolu učinkovitosti terapije (bilo levotiroksinom ili u liječenju hipertireoze). Sekrecija tiroidnih hormona, tiroksina (T4) i trijodtironina (T3) regulirana je negativnom povratnom spregom pomoću tiroid stimulirajućeg hormona (tireotropin, TSH) kojeg izlučuje hipofiza.

U svakodnevnom radu koristimo sljedeće laboratorijske testove: serumski TSH, tiroksin ili slobodni tiroksin (T4 ili T3) i trijodtironin ili slobodni trijodtironin (fT4 ili fT3). U većini laboratorija normalan raspon TSH je 4.5 to 5.0 mU/L. Njegove se distribucija mijenja i raste s dobi. Više vrijednosti TSH u starijih osoba mogu biti povezani za

zdravstvenim dobrobitima što valja uzeti u obzir prilikom odluke za uvođenje supstitucijske terapije kod serumskih TSH vrijednosti između 5 i 10 mU/L. Također je uočen porast TSH kod pretilosti II i III stupnja. Referentna vrijednost za ukupni T4 je od 4.6 do 11.2 mcg/dL (60 do 145 nmol/L) dok za T3 značajno variraju između laboratorija pa u prosjeku iznose od 75 do 195 ng/dL (1.1 to 3 nmol/L).

Slobodni hormoni su frakcija koja nije vezana za vezne proteine te je na raspolaganju za unos u stanicu i interakciju sa jezgrinim receptorima. Vezani hormoni iako svojevrsno cirkulirajuće skladište, nisu odmah spremni za unos u stanicu. Bolesti i lijekovi mogu mijenjati koncentraciju veznih proteina i utjecati na njihovo vezanje sa T4 i T3 pa je za laboratorijsku procjenu funkcije potrebno odrediti koncentraciju slobodnih hormona.(4) Pa ipak treba uzeti u obzir novija promišljanja da razine tiroidnih hormona, osobito slobodnog T4, bolje koreliraju sa kliničkim parametrima nego TSH i da trenutni stav prema kojem se tiroidni status procjenjuje pomoću vrijednosti TSH u budućnosti možda treba ponovno razmotriti.(5)

Reverzni T3 (rT3) je inaktivni metabolit tiroksina i ne treba ga rutinski određivati jer mu je korist ograničena na rijetka stanja.

4.1.1. KAKO TUMAČITI LABORATORIJSKE NALAZE?

1. Normalna vrijednost TSH ne zahtijeva daljnje testove, osim ako sumnjamo na bolest hipofize ili hipotalamusa ili ako klinička slika snažno ukazuje na hipo ili hipertireozu uz uredne vrijednosti TSH. U oba slučaja učinit ćemo još i FT4.
2. Povišena vrijednost TSH: potrebno je odrediti FT4 kako bi se procijenio stupanj hipotireoze (latentna, manifestna)
3. Niska vrijednost TSH: potrebno je učiniti FT4 i FT3 kako bi se procijenio stupanj hipertireoze.

U praksi se skrining zdrave populacije na bolesti štitnjače ne preporučuje. No treba naglasiti rizične čimbenike kako za razvoj hipo tako i za razvoj hipertireoze. Rizični čimbenici koji mogu izazvati povišene vrijednosti TSH su: ženski spol, starija životna dob, bijela rasa, šećerna bolest tip 1, Downov sindrom, pozitivna obiteljska anamneza na bolesti štitnjače, guša, ranija hipertireoza, ranije zračenje područja glave i vrata. Rizični čimbenici koji mogu izazvati snižene vrijednosti TSH su: ženski spol, uznapredovala životna dob, crna rasa, smanjeni unos joda, osobna ili obiteljska anamneza bolesti štitnjače, korištenje preparata koji sadrže jod (npr. amiodaron).(4,6,7)

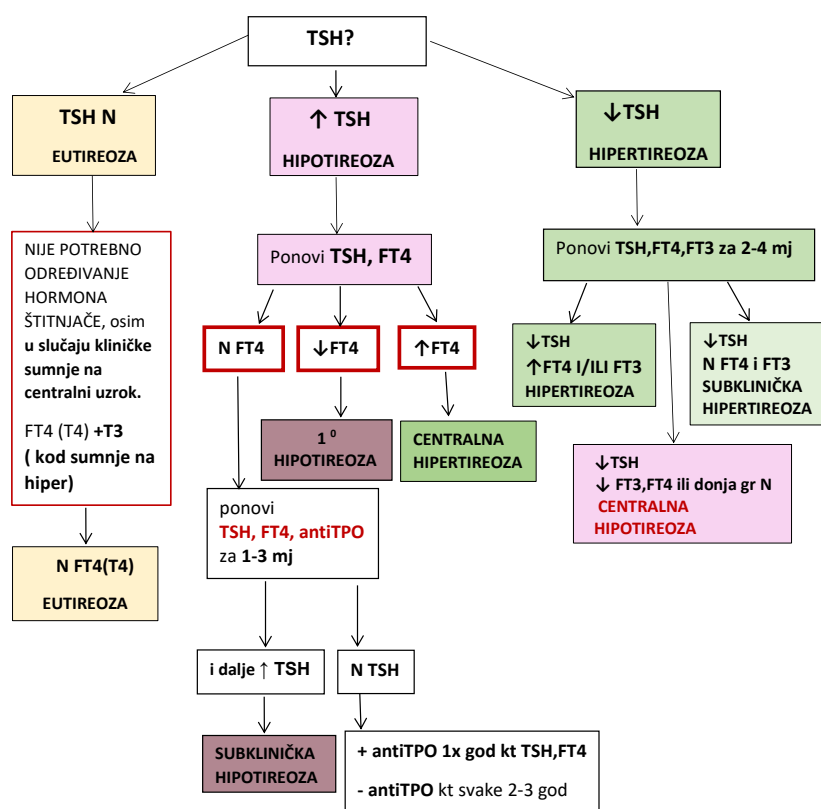


Figure 1. Algoritam postupanja prema vrijednosti TSH

4.2. NADZOR NAD TERAPIJOM LEVOTIROKSINOM

Razumno bi bilo liječiti one s vrijednos- tima TSH iznad 10 mU/L jer će liječenje usporiti progresiju u kliničku hipotireozu. Kod bolesnika s TSH između 5 i 10 mU/L i simptomima umora, opstipacije, depresije ili drugih značajki man- ifestne hipotireoze kao i zbog prevencije razvoja gušavosti također. 70 % bolesnika sa supklin- ičkom hipotireozom imat će TSH ispod 10 i neće imati kliničkih simptoma. Ako je TSH između 4-10 mU/L nije potrebno uvođenje terapije levotiroksinom već samo praćenje koncentracije TSH (npr. svakih 6-12 mjeseci). Prije odluke o eventualnom uvođenju terapije obavezno ćemo ponoviti TSH (najmanje 3 mjeseca od prethodnog određivanja TSH).

4.2.1. PRIMARNA HIPOTIREOZA. Kod bolesnika s primarnom hipotireozom dovoljno je kontor- lirati TSH jer se FT4 smatra nedovoljno osjetljivim za procjenu primjerenosti doze levotiroksina. Doza levotiroksina čak 40 % veća od optimalne odrazit će se na vrijednost TSH, no istovremeno vrijednost FT4 vrlo često ostat će u granicama normale. Kod vrlo visokih ili pak kod vrlo niskih razina TSH, vrijednost FT4 bit će nam korisna u titraciji doze levotiroksina. Vrijednosti T3 se

ne određuju, čak ni onda kada bolesnici koriste preparati koji ga sadrže. Razlog tomu su velike dnevne fluktuacije u koncentraciji T3, kako zbog njegove brze gastrointestinalne apsorpcije, tako i zbog kratkog poluživota u cirkulaciji.

4.2.2. SEKUNDARNA HIPOTIREOZA. Kod bolesnika sa sekundarnom hipotireozom zbog bolesti hipofize ili hipotalamusa sa poremećenom ili odsutnom sekrecijom TSH koristimo vrijednosti FT4 u određivanju doze levotiroksina i to tako da vrijednosti FT4 održaamo rasponu gornjih 50

% od normalnih vrijenosti.

4.2.3. OSTALO. Levotiroksin se može koristiti i u liječenju karcinoma štitne žlijezde s ciljem supresije sekrecije TSH i recidiva karcinoma. Također i kod čvorova štitne žlijezde i strume iako rješe, također radi supresije TSH kojom preveniramo njihov rast. Treba imati na umu da otpri- like trećina pacijenata starije životne dobi liječenih levotiroksinom uzima i lijekove koji mogu utjecati na točnost testova za procjenu funkcije štitne žlijezde i na taj način otežati terapijsku odluku liječniku. Među lijekovima koji se najčešće spominju u literaturi su prednison, amio- daron, fenitoin, a također karbamazepin, fenobarbiton, litij, tamoksifen pa i heparin i biotin. (<https://www.medscape.com/viewarticle/947823vp1>)

4.3. NADZOR NAD TERAPIJOM HIPERTIREOZE

U ranoj fazi liječenja hipertireoze, bilo anti- tiroidnim lijekovima, radioaktivnim jodom ili operativno, vrijednosti serumskog TSH mogu ostati ispod željenih tjednima, a rješe čak i mjesecima. Zbog toga se početno monitoriranje temelji na vrijdnostima slobodnog T4 i ukupnog T3. Koncentracije T3 mogu biti neproporcionalno visoke u odnosu na vrijednosti serumskog T4. FT4 se uz terapiju antitiroidnim lijekovima može normal- izirati dok su vrijednosti serumskog T3 i dalje visoke. Tek kada se postignu uredne vrijednosti oba hormona, TSH se može koristiti u procjeni učinkovitosti terapije.

4.4. ANTITIREOIDNA ANTITIJELA.

Rutinsko određivanje antitijela nije indicirano u procjeni funkcije štitne žlijezde.

Antitijela na tireoglobulin (anti Tg) mogu biti prisutna kod bolesnika sa Hashimotovim tireoiditisom i kod Gravesove boesti no potrebno ih je odrediti samo kod bolesnika s diferenciranim kar- cinomom štitne žlijezde indicirano zbog toga što mogu utjecati na vrijednost tireoglobulina koji se koristi u detekciji rezidualnog, recidivnog ili metastatskog tkiva tumora.

Antitijela na tkivnu peroksidazu (anti TPO ili ranije nazivana antimikrosomalna antitijela) povišena su kod gotovo svih bolesnika sa Hashimotovim tireoiditisom. Kod bolesnika s kliničkom hipotireozom ne treba ih određivati, no mogu biti od koristi kod onih sa subkliničkom jer visoka vrijednost anti-TPO može ukazivati na brzinu prijelaza iz subkliničke u kliničku hipotire- ozu. Određivanje anti TPO može pomoći i u odluci koje ćemo bolesnike početi liječiti supstitu- cijskom terapijom. Mjerenje anti TPO savjetuje se i trudnicama i ženama koje planiraju trudnoću sa blaže povišenim TSH.

Antitijela na tireotropni receptor (TRAb, TRAk) mogu biti stimulirajuća, blokirajuća i neu- tralna. TSI ili tiroid- stimulirajuća antitijela uzrokuju Gravesovu bolest. Blokirajuća antitijela uzrokuju hipotireozu, a kod nekih pacijenata mogu biti prisutna i jedna i druga i ovisno o tome koja prevladavaju manifestirat će se u kliničkoj slici hipo ili hipertireoza. Neutralna se vežu za receptor no ne utječu na njegovu funkciju. Mjerenje TRAb radi utvrđivanja uzroka hipertireoze je nepotrebno. Mogu se koristiti radi procjene remisije nakon 12 do 18 mjeseci terapije antitireoid- nim lijekovima u bolesnika s Gravesovom bolesti. Na postojanje blokirajućih antitijela treba po- sumnjati u bolesnika kod kojih se izmjanjuje klinička slika hiper i hipotireoze.(4)

4.5. ČVOR U ŠTITNJAČI - DIJAGNOSTIČKI PRISTUP

Učestalost pronalaska čvora u populaciji kreće se od 19 % pa do čak 68 %, a učestalost raste vjerojatno i zbog osjetljivijih i kvalitetnijih dijagnostičkih pretraga koje nam danas stoje na raspolaganju. Čvor može otkriti sam bolesnik, liječnik u pregledu ili kao slučajan nalaz (incidentalomi) u sklopu neke dijagnostičke pretrage (npr. ultrazvuk karotidnih krvnih žila, CT toraksa, PET CT ili sl.)

Među anamnestičkim podacima tražimo one koji bi nam ukazivali na malignitet čvora: zračenje vratne regije ili cijelog tijela u djetinjstvu, karcinom štitnjače u obitelji, brozastući čvor, promuk- lost.

U fizikalnom pregledu na malignitet ukazivat će tvrda konzistencija, fiksiranost za okolno tkivo, pareza glasnice te uvećani limfni čvorovi vrata.

U obradi čvora učinit ćemo hormonalni status. Povišena razina hormona štitnjače osnovna je indikacija za scintigrafiju štitnjače. Čvorovi koje može opisivati scintigrafija su sljedeći: čvor koji proizvodi višak hormona ("vrući čvor"), normalnu količinu hormona ("topli čvor"), smanjenu količinu hormona ("hladni čvor"). "Vrući" čvorovi su izuzetno rijetko vezani uz malignitet. Ciljana citopunkcija pod kontrolom ultrazvuka indicirana u slučaju "hladnih" čvorova. Potrebno je punktirati sve čvorove veće od 1 cm, kao i čvorove manjih dimenzija koji imaju neku od suspekt- nih ultrazvučnih karakteristika (hipoeohogenost, solidni čvor ili miješana građa, nepravilni rubovi čvora, mikrokalcifikati, čvor koji je viši nego širi i pojačana centralna prokrvljenost.) Većina čvorova dobroćudnog je karaktera i zahtijeva samo redovito praćenje. Benigne čvorove pratit će se u intervalima od 12 do 24 mjeseca, a s vremenom se mogu produljiti na dvije do pet godina. Veće nodule ili nodule suspektnih ultrazvučnih karakteristika pratit će se u kraćim vremenskim razdobljima. Bolesnike sa suspektnim nodulima uputit ćemo na kiruršku obradu i liječenje.(8) Valja naglasiti

5. ZAKLJUČAK

Racionalna dijagnostika temelj je dobre kliničke prakse. Razvojem tehnologije i napredovanjem znanosti u praksi raste potreba dobrog kliničkog rasuđivanja te racionalnosti u izboru između brojnih dijagnostičkih postupaka u odnosu na stvarne potrebe bolesnika. Često se susrećemo sa zahtjevima za laboratorijskom ili drugom obradom funkcije štitne žlijezde koji nisu indicirani ili ne počivaju na postulatima medicine temeljene na dokazima, ne koriste bolesniku već mu potencijalno i šteta, a dovode i do nepotrebnih troškova u zdravstvu. Uloga obiteljskog liječnika je zaštita dobrobiti bolesnika kroz metode kvartarne prevencije i trajnu medicinsku izo- brazbu, kako bi mu omogućio pravovremenu i kvalitetnu zdravstven skrb koja će voditi do željenih ishoda u liječenju i unaprjeđenja kvalitete njegova zdravlja.

6. LITERATURA

1. Douglas, R. S. (2021, August 24). UpToDate. Diagnosis of and Screening for Hypothyroidism in Nonpregnant Adults, pristupljeno May 9, 2022, dostupno na <https://www.uptodate.com/ contents/diagnosis-of-and-screening-for-hypothyroidism-in-nonpregnant-adults!>
2. Douglas, R. S. (2021, July 16). UpToDate. Disorders That Cause Hyperthyroidism, pristupljeno May 9, 2022, dostupno na <https://www.uptodate.com/contents/disorders-that- cause-hyperthyroidism?>
3. Baricevic, I. Z., Botica, M. V., Renar, I. P. (2014, April 28). Kvartarna prevencija kao temelj racionalnog pristupa pacijentu u obiteljskoj medicini. Liječnički Vjesnik. Retrieved May 9, 2022, from <https://hrcak.srce.hr/en/casopis/257>
4. Douglas, R. S. (2021, October 5). UpToDate. Laboratory Assessment of Thyroid Function, pristupljeno May 9, 2022, dostupno na <https://www.uptodate.com/contents/laboratory- assessment-of-thyroid-function?>
5. Stephen P. Fitzgerald, Nigel G. Bean, Henrik Falhammar, and Jono Tuke. Thyroid. Dec 2020. 1695-1709, Clinical Parameters Are More Likely to Be Associated with Thyroid Hormone Levels than with Thyrotropin Levels: A Systematic Review and Meta-Analysis, <http://doi.org/10.1089/thy.2019.0535>, pristupljeno 9.5.2022., dostupno na <https://www.liebertpub.com/ doi/full/10.1089/thy.2019.0535>
6. Mellvile, A.N. (2021, March 21) Medscape, 1 in 3 on Levothyroxine Take Meds That Interfere With Thyroid Tests, pristupljeno May 9, 2022, dostupno na <https://www.medscape.com/viewarticle/ 947823>
7. S. Preventive Services Task Force, Am Fam Physician. 2015 Jun 1; Screening For Thyroid Dysfunction: Recommendation Statement, pristupljeno 9.5.2022., dostupno na <https://www.aafp.org/afp/ 2015/0601/od1.html>
8. Janusic, R., Bedekovic, V., Prgomet, D. et al, Medica Jadertina, (2020), 50(3), Thyroid Nodule Guidelines, pristupljeno 9.5.2022., dostupno na <https://hrcak.srce.hr/file/354979>

Zdravstvene potrebe mladih nezaposlenih ljudi u dobi do 30 godina

HEALTH NEEDS OF YOUNG UNEMPLOYED PEOPLE AGED UP TO 30 YEAR

ŽELJKA KLASIĆ¹

¹ Dr. med. univ. mag., specijalist obiteljske medicine, DZ Krapinsko-zagorske županije, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, ispostava Krapina

SAŽETAK

Uvod: Nezaposlenost je vodeći svjetski, kao takvo i hrvatski problem jer ugrožava ljudsku egzistenciju i čovjekovu potrebu i pravo na rad. U studenom 2014. godine u Hrvatskoj je bilo 312 330 nezaposlenih, a stopa nezaposlenosti iznosila je 16,6%.

Cilj istraživanja: Cilj rada je istražiti utjecaj nezaposlenosti na psihičko i fizičko zdravlje osoba od 18 do 30 godina starosti.

Metode i materijali: Istraživanje je provedeno u jednoj ambulanti obiteljske medicine praćenjem podataka nezaposlenih korisnika ordinacije u dobi od 18 do 30 godina. Retrogradnom analizom podataka iz zdravstvene dokumentacije ispitivane ordinacije izabrani su podaci koji opisuju osobitosti korištenja zdravstvene zaštite za 130 ispitanika tijekom jednogodišnjeg razdoblja.

Rezultati: Analizom dobivenih podataka prosječna dob ispitanika je 26 godina. Prosječni broj dolazaka po ispitaniku u ispitivanom periodu je 2,95 (u skupini od 18-24 godine 2,52 dolaska po ispitaniku, a u skupini od 25-30 godina je 3,10). U muškog spola je prosječan broj dolazaka 2,48 dok je kod žena 3,34. Osobe srednje stručne sprema po ispitaniku prosječno dolaze 2,90; osobe više stručne sprema 3,64; osobe visoke stručne sprema 2,79 puta. Prosječni broj dolazaka ispitanika u braku je 3,40 i time je nešto viši u odnosu one koji nisu u braku (2,83 dolaska).

Istraživanje je dalo uvid u široku lepezu zdravstvenih potreba nezaposlenih mladih pacijenata. Nezaposlenim mladim ispitanicima koji redovito dolaze liječniku obiteljske medicine, bez obzira na dob, spol, bračno stanje te stupanj obrazovanja, najviše zdravstvenih potreba spada u skupinu Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt sa zdravstvenim ustanovama, a također i u skupinu Simptomi i znakovi, a dalje slijede bolesti dišnog te genitalno-urinarnog sustava što odgovara zdravstvenom profilu mlađe populacije pacijenata. Kronične bolesti nisu izražene u značajnom postotku, odnosno manji je od prosjeka populacije.

Zaključak: Zdravstvene potrebe mladih nezaposlenih pacijenata su se pokazale manjim u usporedbi sa potrebama opće populacije ukoliko se promatra učestalost korištenja primarne zdravstvene zaštite. Razlozi dolaska i pobola mladih nezaposlenih pacijenata tijekom ovog ispitivanja odgovarali su prethodno uočenom pobolu i razlozima dolazaka mlade populacije bez jasne povezanosti sa stanjem nezaposlenosti.

Ključne riječi: nezaposlenost, zdravstvene potrebe, primarna zdravstvena zaštita, stanje zdravlja

HEALTH NEEDS OF YOUNG UNEMPLOYED PEOPLE AGED UP TO 30 YEARS

Background: Unemployment is the world's leading, as well as Croatian problem because it threatens human existence and human need and the right to work. In November 2014. in Croatia there were 312 330 unemployed and the unemployment rate was 16.6%.

The aim: The aim of the study was to investigate the impact of unemployment on the psychological and physical health of persons aged 18 to 30 years.

Methods: The research was conducted in a family medicine clinic by monitoring the data of unemployed users of the practice aged 18 to 30 years. Retrograde analysis of data from the health documentation of the examined practice selected data that describe the specifics of the use of health care for 130 respondents during a one-year period.

Results: By analyzing the obtained data, the average age of the respondents is 26 years. The average number of arrivals per respondent in the study period was 2.95 (in the 18-24 age group 2.52 arrivals per respondent, and in the 25-30 age group it was 3.10). The average number of visits for men is 2.48, while for women it is 3.34. Persons with secondary education per respondent come on average 2.90; persons with higher education 3.64; persons with a university degree 2.79 times. The average number of arrivals of married respondents is 3.40 and thus slightly higher than that of unmarried (2.83 arrivals).

The survey provided insights into the broad array of health needs of unemployed young patients. Unemployed young respondents who regularly attend a family medicine doctor, regardless of age, gender, marital status, and level of education, have the most health needs in the Factors affecting health status and contact with healthcare institutions, and also in the group of Symptoms and Signs, that are further followed by respiratory and urinary/genital diseases, corresponding to the health profile of the younger patient population. Chronic diseases are not expressed in a significant percentage, that is, less than the population average.

Conclusion: The health needs of young unemployed patients proved to be lower compared to the needs of the general population if the frequency of use of primary health care is observed. The reasons for the arrival and morbidity of young unemployed patients during this study corresponded to the previously observed morbidity and reasons for the arrival of the young population without a clear connection with the unemployment situation.

Keywords: unemployment, health needs, primary health care, health status

1. UVOD

Nezaposlena osoba je osoba koja je sposobna ili djelomično sposobna za rad, u dobi od 15 do 65 godina, koja nije u radnom odnosu i ne obavlja samostalnu djelatnost, voljna je raditi, aktivno traži posao, no ne može ga pronaći¹. Nezaposlenost se već dugo vremena prepoznaje kao čimbenik koji određuje zdravlje i zdravstvene potrebe pojedinca. Za socijalno blagostanje iz kojeg proizlazi i psihičko i tjelesno (ključne odrednice definicije zdravlja), potrebna je financijska sigurnost². Zbog trenutno velikog broja nezaposlenih u Republici Hrvatskoj, kao i u drugim zemljama Europske unije³, relevantno je istražiti utjecaj nezaposlenosti na zdravlje pojedinaca, prvenstveno onih mladih koji bi trebali svojom mladošću, psihom i tjelesnom spremnosti biti temelj radne i pokretačke snage u društvu. Globalizacija, starenje populacije i ubrzane promjene na tržištu rada dovode do neusklađenosti ponude i potražnje radnih vještina što uvelike utječe na povećanje nezaposlenosti, čime se potencira i socijalna isključenost. Pored egzistencijalnih problema, nezaposlenost ostavlja posljedice na zdravlje nezaposlenih osoba, prvenstveno na psihičko zdravlje^{4,5}. Analiza specifičnih zdravstvenih potreba osjetljive skupine mladih uzrokovane nezaposlenošću doprinosi uvidu u problematiku nezaposlenošću uvjetovane zdravstvene potrošnje⁶. Istraživanje provedeno 2003. godine je pokazalo da su nezaposleni hrvatski građani koristili više lijekova, posebice iz skupine antidepresiva i anksiolitika te da zdravstveni problemi povezani sa nezaposlenošću predstavljaju dodatno značajno opterećenje za obiteljsku medicinu i općenito zdravstveni sustav⁷.

U literaturi se nalazi uporište tezi da su zdravstvene potrebe nezaposlenih povećane, općenito je prihvaćen stav kako je tjelesno i psihološko zdravlje nezaposlenih niže od zdravlja zaposlenih. Gubitak posla uglavnom utječe na mentalno zdravlje nezaposlenih, a depresivni učinak je najčešće proučavana psihološka varijabla među nezaposlenima^{8,9,10,11}. Također su jaki i proturječni rezultati nekih ispitivanja u kojima se ističu podaci koji pokazuju da je razina psihološkog stresa (jedan od atributa psihičkog zdravlja) kod nezaposlenih manja. Prema istraživanju Frayera i Paynea, kako navode Galešić, Maslić Seršić⁵, Kacun⁹ i Matko¹² psihološko zdravlje opada unutar razdoblja od nekoliko prvih tjedana do tri mjeseca nakon ostanka bez posla, nakon čega ostaje stabilno ili se čak popravlja. Psihološke posljedice nezaposlenosti imaju najveći utjecaj na ljude srednjih godina (od 30 do 59 godina)¹². Kao zasebna skupina se izdvaja populacija mladih ljudi koji nisu nikad radili, a nezaposleni su. U kojem postotku se navedeno odnosi na njih, djelomičan odgovor bi trebalo dati ispitivanje koje je provedeno. Neke dosadašnje studije sugeriraju da je utjecaj nezaposlenosti imala male, ali raširene učinke na psihosocijalnu prilagodbu u adolescenciji i mladoj odrasloj dobi¹³.

Mladi koji nikad nisu radili ili su kratko zapošljavani ugovorima na određeno vrijeme ili sezonski, smatra se da ne uspiju razviti privrženost zaposlenju što umanjuje psihološke posljedice koje se razvijaju nastupom nezaposlenosti. Prema istraživanju Warra, kako navodi Matko¹², psihološke posljedice gubitkom zaposlenja će biti teže što je privrženost zaposlenju veća. Također, uzimanjem u obzir lokalnih prilika nezaposlenosti koja je u Hrvatskoj evidentno visoka na državnom nivou, smanjuje se osobna pogođenost nezaposlenošću i ne utječe značajno na gubitak samopoštovanja. Sve to upozorava da rezultate treba oprezno interpretirati u socijalnom kontekstu

trenutnih prilika. Nezaposleni nisu homogena grupa i kao takve ih treba promatrati¹². Usmjerenost na zdravstvena iskustva mladih u tranziciji iz škole na tržište rada donosi novi fokus na važnost ekonomskog utjecaja na zdravlje pojedinca koje ovisno o statusu nezaposlenosti/zaposlenosti, osobno doživljavaju kao iskustvo propadanja, odnosno promicanja zdravlja¹⁴.

Istraživanje je provedeno u nekadašnjoj školskoj ambulanti gdje je u trenutku istraživanja većina pacijenata završila školovanje, veliki je postotak mladih nezaposleno, a njihove zdravstvene potrebe su vrlo različite, no nije moguće objektivizirati navedeno bez konkretnih podataka. Usporedbom ispitivane skupine sa podacima opće populacije dobije se uvid u postojeće stanje i segment zdravstvenih potreba koje su izražene u korištenju primarne zdravstvene službe. Naglašava se potreba bavljenja nezaposlenim mladim ljudima kao posebno rizičnom skupinom jer je u osjetljivom periodu prijelaza u odraslost važno kako dožive problem nezaposlenosti, a već je otprije dokazano da snažna socijalna podrška djeluje kao zaštitni čimbenik u očuvanju zdravlja, osobito psihičkog blagostanja¹⁵.

2. CILJ

Opći cilj istraživanja je istražiti utjecaj nezaposlenosti na psihičko i fizičko zdravlje osoba u dobi od 18 do 30 godina kroz osobitosti korištenja primarne zdravstvene zaštite nezaposlenih mladih ispitanika.

Specifični cilj je istražiti povezanost nezaposlenosti i učestalosti dolaska nezaposlenih pacijenata u ordinaciju opće/obiteljske medicine, istražiti razloge dolaska nezaposlenih osoba u ordinaciju opće/obiteljske medicine te istražiti povezanost učestalosti dolazaka i razloga dolazaka sa sociodemografskim čimbenicima (dob, spol, bračno stanje, stupanj obrazovanja) i postojanjem kroničnih bolesti u mladim ispitanika.

3. MATERIJALI I METODE

Istraživanje je provedeno u Specijalističkoj ordinaciji obiteljske medicine Željke Klasić, dr. med., koja djeluje u sklopu Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije, u Krapini i ugovorna je ordinacija obiteljske medicine Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO-a). Ordinacija u kojoj je provedeno istraživanje odgovara potrebama istraživanja jer se radi o prethodno školskoj ambulanti u kojoj je najveći dio korisnika svojom dobi odgovara dobnom rasponu ciljne skupine ispitanika.

Iz popisa ugovorenih osiguranika ordinacije izdvojeni su korisnici ordinacije oba spola u dobi od 18 do 30 godina koji su bili nezaposleni tijekom perioda istraživanja. Izabran je jednogodišnji period istraživanja: od 28. veljače 2014. godine do 28. veljače 2015. godine. Ukupni broj ugovorenih osiguranika ordinacije prema izvještaju na dan 28. veljače 2014. godine bio je 1860. Pregledom dostupne zdravstvene dokumentacije došlo se do primarnog uzorka od 345 korisnika ordinacije (u daljnjem tekstu ispitanika) u dobi od 18 do 30 godina koji su zadovoljavali, bili nezaposleni prvog dana planiranog perioda ispitivanja.

Obzirom da se radi o ispitanicima mlađe dobi, odnosno relativno mladim uposlenicima među kojima je česta promjena statusa zaposlenosti/nezaposlenosti (ugovori o radu na određeno vrijeme, raskidi ugovora nakon nekoliko mjeseci, sezonsko zapošljavanje), kao uključujući kriterij za sudjelovanje u istraživanju je nezaposlenost u kontinuiranom trajanju 12 mjeseci u tijekom ispitivanog perioda. U ispitivanom periodu (od 28. veljače 2014. godine do 28. veljače 2015. godine) svaka tri mjeseca je izrađen izvještaj o broju i popisu nezaposlenih pacijenata od 18 do 30 godina. Od početnog broje od 345 potencijalnih ispitanika u veljači 2014. godine, u svibnju 2014. godine uzorak je prema prihvaćenim kriterijima reduciran na 295 nezaposlenih. Prema izvještaju iz kolovoza 2014. godine kriterije istraživanja je zadovoljavalo 277 potencijalnih ispitanika, a prema izvještaju iz studenog 2014. godine 183 ispitanika. Zadnji izvještaj od 28. veljače 2015. godine je dao konačni uzorak od 130 ispitanika koji su zadovoljavali ključni kriterij za sudjelovanje u istraživanju, nezaposlenost u kontinuiranom trajanju 12 mjeseci. Za potrebe istraživanja ispitanici su prema dobi podijeljeni u dvije podskupine. Podskupina 1 obuhvaća ispitanike u dobi od 18 do 24 godine, a podskupina 2 obuhvaća ispitanike starosti od 25 do 30 godina.

Pregledom dostupne zdravstvene dokumentacije u navedenoj ordinaciji došlo se do podataka relevantnih za istraživanje. Iz osobnih elektronski vođenih zdravstvenih kartona ispitanika prikupljeni su podaci uz zadržavanje potpune anonimnosti i identiteta ispitanika tijekom dalje obrade podataka. Prikupljeni su sociodemografski podaci: dob, spol, bračno stanje, stupanj obrazovanja. Shodno ciljevima istraživanja prikupljeni su medicinski podaci o učestalosti i razlozima dolaska ispitanika u ordinaciju na način da se za svakog ispitanika otvarao medicinski karton i za ispitivani period se ručno brojao broj dolazaka u ordinaciju. Svi razlozi dolaska za svakog ispitanika su bilježeni korištenjem Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizije (MKB-10)¹⁶. U svrhu analize kroničnih bolesti posebno su prikupljeni podaci o izabranim kroničnim bolestima: šećerena bolest

(po MKB-10 šiframa E10-E11); astma (po MKB-10 šiframa J45-J45.9); kronična opstruktivna plućna bolest- KOPB (po MKB-10 šiframa J44-J44.9); kardiovaskularne bolesti (po MKB-10 šiframa I10-I15, I20-I25, I44-I52); duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uključujući ovisnosti (po MKB-10 šiframa F10-F19, F20-F22.9, F25-F42.9, F50-F51.9, F60-F62.9, F91); te bolesti gastrointestinalnog sustava (po MKB-10 šiframa K29.3-K29.5).

Dobiveni podaci su analizirani prema promatranim karakteristikama unutar ispitivane skupine i usporedbom ispitivane skupine sa podacima iz izvora službene zdravstvene statistike. Kao izvor službene zdravstvene statistike korišteni su postojeći zdravstveno-statistički pokazatelji koji vrijede za opću populaciju prema podacima Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2014. godinu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo¹⁷. Podaci su obrađeni i prikazani deskriptivnom statističkom metodom.

4. REZULTATI

U ukupnom uzorku od 130 ispitanika prosječna starost ispitanika je bila 26 godina, a kreće se u rasponu od 18 do 30 godina.

U tablici 1 su prikazani podaci o raspodjeli ispitanika po spolu u dvije dobne podskupine.

Tablica 1. Raspodjela po spolu i podskupina ispitanika

Dob ispitanika	Muškarci	Žene	Ukupno
Podskupina 1 (18-24 godine)	14	22	36
Podskupina 2 (25-30 godina)	46	48	94
Ukupno	60	70	130

70 ispitanika su žene (53,80 %), a 60 je muškaraca (46,20 %). Ispitanici su prema dobi podijeljeni u dvije podskupine. Podskupina 1 obuhvaća ispitanike u dobi od 18 do 24 godine i nju čini 36 ispitanika (27,70 %), a podskupina 2 obuhvaća 94 (72,30 %) ispitanika starosti 25 do 30 godina. Unutar podskupine 1 nalazi se 14 muških ispitanika (10,80 %) i 22 žene (16,90 %), dok se unutar podskupine 2 nalazi 46 muškaraca (35,40 %) i 48 žena (36,90 %).

U tablici 2 su prikazani podaci o raspodjeli ispitanika po obrazovanju u obje ispitivane dobne skupine.

Tablica 2. Raspodjela po obrazovanju i podskupina ispitanika

Skupine ispitanika	Srednja stručna sprema	Viša stručna sprema	Visoka stručna sprema	Ukupno
Podskupina 1	31	4	1	36
Podskupina 2	69	7	18	94
Ukupno	100	11	19	130

Stupanj obrazovanja se kreće od srednjeg, preko višeg do visokog. Ukupno 100 ispitanika (77%) ima srednje obrazovanje, 11 ispitanika (8,40 %) ima više , a 19 ispitanika (14,60 %) visoko obrazovanje. U podskupini 1 nalazi se 31 ispitanik (23,80 %) sa srednjom stručnom spremom, 4 ispitanika (3,10 %) sa višom stručnom spremom i jedan ispitanik (0,80 %) sa visokom stručnom spremom. U podskupini 2 nalazi se 69 ispitanika (53,10 %) sa srednjom stručnom spremom, 7 ispitanika (5,40 %) sa višom te 18 (13,80 %) sa visokom stručnom spremom.

U tablici 3 su prikazani podaci o raspodjeli ispitanika po bračnom statusu u obje ispitivane dobne skupine.

Tablica 3. Raspodjela po bračnom statusu i podskupina ispitanika

Podskupine ispitanika	U braku	Nisu u braku	Ukupno
Podskupina 1	4	30	34
Podskupina 2	21	75	96
Ukupno	25	105	130

U braku je 25 ispitanika (19,30 %), od kojih u podskupinu 1 spada četvero (3,10 %), dok je 21 ispitanik (16,20 %) u podskupini 2. Od ukupnog broja ispitanika, njih 105 (80,70 %) nije u braku, u podskupini 1 ukupno 30 ispitanika (23 %), dok u podskupini 2 ukupno 75 (57,70 %) ispitanika nije u braku.

UČESTALOST DOLAZAKA LIJEČNIKU

Ukupan broj dolazaka u ispitivanom periodu je 383 (2,95 dolazaka po ispitaniku), a kreće se u rasponu od nula do 30 dolazaka.

Detalji su prikazani u Tablicama 4, 5, 6, 7.

U tablici 4 su prikazani podaci o broju dolazaka ispitanika liječniku u obje ispitivane dobne podskupine te usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini.

Tablica 4. Raspored dolazaka liječniku po podskupinama i usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini

Dolasci liječniku	Podskupina 1	Podskupina 2
Ukupno dolazaka (tijekom perioda istraživanja)	91	292
Dolazaka po ispitaniku (tijekom perioda istraživanja)	2,52	3,10
Dolazaka po ispitaniku (izračun na godišnjem periodu)	2,52	3,10
Državni prosjek 2014. (godišnji period)*	4,38*	

* izračunato prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno- statističkog ljetopisa za 2014.godinu

Učestalost dolazaka ispitanika obzirom na dobnu podskupinu: u periodu provođenja istraživanja se kreće od 2,52 dolaska po ispitaniku u podskupini 1 (ukupno 91 dolazak); do 3,10 dolazaka po ispitaniku u podskupini 2 (ukupno 292 dolazaka).

Usporedno s podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2014. godinu, proizlazi da je učestalost dolazaka u obje ispitivane podskupine niži od državnog prosjeka za 2014. godinu (4,38 dolazaka po pacijentu), s time da je bliže državnom prosjeku podskupina 2 sa prosječnih 3,10 dolazaka po ispitaniku.

U tablici 5 su prikazani podaci o broju dolazaka ispitanika liječniku ovisno o spolu te usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini.

Tablica 5. Raspored dolazaka liječniku po spolu i usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini

Dolasci liječniku	Muški spol	Ženski spol
Ukupno dolazaka (tijekom perioda istraživanja)	149	234
Dolazaka po ispitaniku (tijekom perioda istraživanja)	2,48	3,34
Dolazaka po ispitaniku (izračun na godišnjem periodu)	2,48	3,34
Državni prosjek 2014. (godišnji period)*	4,38*	

*izračunato prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno- statističkog ljetopisa za 2014.godinu

Učestalost dolazaka ispitanika obzirom na spol: u periodu provođenja istraživanja se kreće od 2,48 dolaska po ispitaniku muškog spola (ukupno 149 dolazaka); do 3,34 dolazaka po ispitaniku ženskog spola (ukupno 234 dolazaka).

Usporedno s podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2014. godinu, proizlazi da je broj dolazaka pacijenata i ženskog i muškog spola niži od državnog prosjeka za 2014. godinu (4,38 dolazaka po pacijentu), s time da je bliže državnom prosjeku ženski dio ispitivane populacije sa 3,34 dolaska po ispitaniku, u odnosu na muški dio ispitanika sa prosječnih 2,48 dolazaka po ispitaniku.

U tablici 6 su prikazani podaci o broju dolazaka ispitanika liječniku ovisno o razini stručne sprema te usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini.

Tablica 6. Raspored dolazaka liječniku po razini stručne sprema i usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini

Dolasci liječniku	Srednja stručna sprema	Viša stručna sprema	Visoka stručna sprema
Ukupno dolazaka (tijekom perioda istraživanja)	290	40	53
Dolazaka po ispitaniku (tijekom perioda istraživanja)	2,90	3,64	2,79
Dolazaka po ispitaniku (izračun na godišnjem periodu)	2,90	3,64	2,79
Državni prosjek 2014. (godišnji period)*	4,38*		

*izračunato prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno- statističkog ljetopisa za 2014.godinu

Učestalost dolazaka ispitanika obzirom na stupanj obrazovanja: od ukupnog broja dolazaka koji za ispitivani period iznosi 383 dolazaka, 290 dolazaka čine dolasci ispitivane skupine sa srednjoškolskim obrazovanjem, 40 dolazaka ispitanici sa višom školom te 53 dolazaka ispitanici podskupine sa visokim stupnjem obrazovanja. Dolasci po ispitaniku izračunati na godišnjoj razini se kreću od 2,79 dolazaka po ispitaniku visokog obrazovanja, 2,90 dolazaka ispitanika srednjoškolskog obrazovanja do 3,64 dolazaka ispitanika sa višim stručnim obrazovanjem. Broj dolazaka svih ispitivanih skupina obrazovanja izračunat na godišnjoj razini je niži od broja dolazaka državnog prosjeka (4,38) za ispitivani period, tijekom 2014. godine, s time da je najbliže državnom prosjeku skupina ispitanika sa višom školom.

U tablici 7 su prikazani podaci o broju dolazaka ispitanika liječniku ovisno o bračnom statusu te usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini.

Tablica 7. Raspored dolazaka liječniku prema bračnom statusu i usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini

Dolasci liječniku	U braku	Nisu u braku
Ukupno dolazaka (tijekom perioda istraživanja)	85	298
Dolazaka po ispitaniku (tijekom perioda istraživanja)	3,40	2,83
Dolazaka po ispitaniku (izračun na godišnjem periodu)	3,40	2,83
Državni prosjek 2014. (godišnji period)*	4,38*	

*izračunato prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno- statističkog ljetopisa za 2014.godinu

Učestalost dolazaka ispitanika obzirom na bračno stanje: od ukupnog broja dolazaka (383) u ispitivanom periodu, 85 dolazaka su činili dolasci ispitanika koji su u braku sa 3,40 dolazaka po ispitaniku izračunatih na godišnjoj razini; u usporedbi sa 298 dolazaka ispitanika koji nisu u braku, sa 2,83 dolazaka po ispitaniku izračunatih na godišnjoj razini. Državnom prosjeku izračunatom u godišnjem periodu za 2014. godinu, bliže je po broju dolazaka skupina ispitanika koji su u braku, iako se obje ispitivane skupine nalaze ispod državnog prosjeka (4,38) po broju dolazaka.

RAZLOZI DOLAZAKA LIJEČNIKU

Tijekom ispitivanja su zabilježeni razlozi dolazaka ispitanika liječniku te je učinjena usporedba sa podacima na državnom nivou, uzimajući u obzir sociodemografska obilježja ispitanika.

Detalji su prikazani u Tablicama 8, 9, 10, 11, 12, 13.

U tablici 8 su prikazani podaci o razlozima dolazaka ispitanika liječniku te usporedba sa podacima na državnom nivou.

Tablica 8. Zabilježeni razlozi dolaska liječniku po MKB klasifikaciji i usporedba sa podacima na državnom nivou

Redoslijed	Ukupno za sve ispitanike	Udio za ispitanike /dolaske	Prema podacima za 2014. godinu na državnom nivou	Udio (%)
1.	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama	46 (12,01%)	J-Bolesti dišnog sustava	15,60
2.	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje	29 (7,57%)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava	11,97
3.	J-Bolesti dišnog sustava	26 (6,79%)	M-Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva	9,00
4.	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava 16 (4,18%)		R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje	6,33
5.	B-Određene infektivne i parazitske bolesti	9 (2,35%)	E-Endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti	6,00

Zabilježeni razlozi dolaska liječniku po MKB-klasifikaciji su najčešće Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama sa ukupnim brojem od 46 dolazaka, na drugom mjestu su Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje, 29 dolazaka. Na trećem mjestu razloga dolazaka ispitanika su Bolesti dišnog sustava, 26 dolazaka. Bolesti genitalno-urinarnog sustava su na četvrtom mjestu, 16 dolazaka, dok peto mjesto razloga dolazaka zauzimaju Određene infektivne i parazitske bolesti sa 9 dolazaka ispitanika u ordinaciju.

Usporedbom sa podacima na državnom nivou uočava se sličnost da u prvih pet najučestalijih razloga dolazaka se nalaze Bolesti dišnog sustava koji su u općoj populaciji na trećem mjestu te na četvrtom Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje. Drugo i treće mjesto najčešćih razloga posjeta ordinacijama liječnika obiteljske medicine su Bolesti cirkulacijskog sustava, odnosno Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva, a Endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti su na petom mjestu. Navedene tri skupine bolesti kao razlozi dolaska u ordinaciju općenito u populaciji nisu zastupljene u prvih pet razloga dolazaka ispitanika skupine mladih pacijenata.

U tablici 9 su prikazani podaci o razlozima dolaska ispitanika liječniku te usporedba sa podacima na državnom nivou populacije od 20 do 64 godine.

Tablica 9. Zabilježeni razlozi dolaska liječniku po MKB klasifikaciji i usporedba sa podacima na državnom nivou za populaciju u dobi od 20 do 64 godine

	Ukupno za sve ispitanike	Udio za sve dolaskе	Radna populacija Hrvatske (2014. god. za populaciju u dobi od 20 do 64 godine)	Udio (%)
1.	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama	46 (12,01%)	J-Bolesti dišnog sustava	15,60
2.	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje	29 (7,57%)	M-Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva	11,68
3.	J-Bolesti dišnog sustava	26 (6,79%)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava	11,97
4.	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava	16 (4,18%)	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava	6,30
5.	B-Određene infektivne i parazitske bolesti	9 (2,35%)	F-Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja	6,25

Zabilježeni razlozi dolaska liječniku po MKB-klasifikaciji su najčešće Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama sa ukupnim brojem od 46 dolazaka, na drugom mjestu su Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje, 29 dolazaka. Na trećem mjestu razloga dolazaka ispitanika su Bolesti dišnog sustava, 26 dolazaka. Bolesti genitalno-urinarnog sustava su na četvrtom mjestu, 16 dolazaka, dok peto mjesto razloga dolazaka zauzimaju Određene infektivne i parazitske bolesti sa 9 dolazaka ispitanika u ordinaciju.

Usporedbom dobivenih podataka sa podacima za radnu populaciju Hrvatske u dobi od 20 do 64 godine, za 2014. godinu, uočava se da u prvih pet najučestalijih razloga dolazaka, zajedničke su dvije skupine po MKB-klasifikaciji; Bolesti dišnog sustava koje su u ispitanikoj populaciji na trećem mjestu dok su u radnoj populaciji na prvom te Bolesti genitalno-urinarnog sustava koje su u ispitanikoj skupini na trećem dok su u radnoj populaciji na četvrtom mjestu. Na drugom mjestu po učestalosti razloga dolazaka radne populacije se nalaze Bolesti mišićno-koštanog

sustava i vezivnog tkiva, na trećem Bolesti cirkulacijskog sustava, dok peto mjesto zauzimaju Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja.

U tablici 10 su prikazani podaci o razlozima dolazaka ispitanika liječniku u obje ispitivane dobne podskupine te usporedba sa podacima na državnom nivou te podacima koji se odnose na radnu populaciju Hrvatske (u dobi od 20 do 64 godine), za 2014. godinu.

Tablica 10. Razlozi dolazaka obzirom na dob i usporedba sa podacima na državnom nivou te podacima radne populacije Hrvatske, za 2014. Godinu

Redoslijed	Podskupina 1	Podskupina 2	Radna populacija Hrvatske za 2014. god. (20 do 64 godine)	Prema podacima za 2014. godinu na državnom nivou
1.	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 13 (3,39%)	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 33 (8,62%)	J-Bolesti dišnog sustava (15,60%)	J-Bolesti dišnog sustava (15,60%)
2.	R- Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje 11 (2,87%)	J-Bolesti dišnog sustava 21 (5,48 %)	M-Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (11,68%)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava (11,97%)
3.	J-Bolesti dišnog sustava 5 (1,30%)	H-Bolesti oka i adneksa 19 (4,96 %)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava (11,97%)	M-Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (9,00%)
4.	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava 5 (1,30 %)	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje 18 (4,70 %)	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava (6,30%)	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje (6,33%)
5.	B-Određene infekcijske i parazitske bolesti 4 (1,04 %)	L-Bolesti kože i potkožnog tkiva 15 (3,92 %)	F-Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (6,25%)	E-Endokrine, nutritivne i metab. bolesti (6,00%)

U obje ispitivane dobne podskupine na prvih pet mjesta nalazimo slične razloge dolaska liječniku; tu spadaju Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama; Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje; Bolesti dišnog sustava. U podskupini osoba od 18 do 24 godine, uz navedene razloge dolaska nalazimo i Bolesti genitalno-urinarnog sustava te Određene infekcijske i parazitske bolesti dok podskupini osoba od 25 do 30 godina se uz tri zajednička razloga nalaze Bolesti oka i adneksa te Bolesti kože i potkožnog tkiva.

Usporedbom dobivenih podataka sa podacima na državnom nivou uviđamo da su zajednički razlozi dolaska liječniku, među prvih pet najčešćih jedino Bolesti dišnog sustava. U općoj populaciji dalje slijede po učestalosti Bolesti cirkulacijskog sustava; Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva; Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje te Endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti.

Usporedbom dobivenih podataka sa podacima vezanim uz radnu populaciju uočavamo da su zajednički razlozi dolazaka liječniku među prvih pet najčešćih razloga Bolesti dišnog sustava (zauzimaju prvo mjesto u radnoj populaciji; drugo u ispitivanoj podskupini dobi od 18 do 24 godine, odnosno treće u ispitivanoj podskupini od 25 do 30 godina) te Bolesti genitalno-urinarnog sustava (četvrto mjesto u radnoj populaciji te ispitivanoj podskupini od 18 do 24 godine). U radnoj populaciji na drugom mjestu po učestalosti razloga dolazaka se nalaze Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva, na trećem Bolesti cirkulacijskog sustava, dok peto mjesto zauzimaju Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja.

U tablici 11 su prikazani podaci o razlozima dolazaka ispitanika liječniku ovisno o spolu te usporedba sa podacima na državnom nivou te podacima koji se odnose na radnu populaciju Hrvatske (u dobi od 20 do 64 godine), za 2014. godinu.

Tablica 11. Razlozi dolazaka obzirom na spol i usporedba sa podacima na državnom nivou te podacima radne populacije Hrvatske, za 2014. godinu

Redoslijed	Ženski spol	Muški spol	Radna populacija Hrvatske za 2014. god. (20 do 64 godine)	Prema podacima za 2014. godinu na državnom nivou
1.	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 28 (7,31 %)	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 21 (5,48 %)	J-Bolesti dišnog sustava (15,60%)	J-Bolesti dišnog sustava (15,60%)
2.	J-Bolesti dišnog sustava 21 (5,48 %)	H-Bolesti oka i adneksa 10 (2,61 %)	M-Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (11,68%)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava (11,97%)
3.	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje 19 (4,96 %)	L-Bolesti kože i potkožnog tkiva 9 (2,35 %)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava (11,97%)	M-Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (9,00%)
4.	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava 14 (3,65 %)	F-Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja 8 (2,09 %)	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava (6,3%)	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje (6,33%)
5.	H-Bolesti oka i adneksa 13 (3,40 %)	S-Ozljeđe, trovanja i određene druge posljedice s vanjskim uzrokom 7 (1,83 %)	F-Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (6,25%)	E-Endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti (6,00%)

Među ispitanicima oba spola na prvom mjestu razloga dolazaka se nalaze Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama. Ispitanice, na dalje, dolaze zbog Bolesti dišnog sustava, zatim su tu Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje; Bolesti genitalno-urinarnog sustava te Bolesti oka i adneksa. Muškim ispitanicima drugi po učestalosti razlozi dolazaka su Bolesti oka i adneksa; slijede Bolesti kože i potkožnog tkiva; Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja te Ozljeđe, trovanja i određene druge posljedice s vanjskim uzrokom.

Muškarci ispitanice skupine pacijenata svojim razlozima dolaska odudaraju od podataka na državnom nivou, dok se žene podudaraju u dvije skupine unutar pet najčešćih razloga dolazaka (Bolesti dišnog sustava; Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje).

Usporedbom radne populacije sa ispitanom ženskom podskupinom, uočava se podudarnost u dvije skupine od pet najčešćih razloga dolazaka liječniku; Bolesti dišnog sustava (u radnoj populaciji se nalazi na prvom mjestu, a kod ispitanica na drugom mjestu) te Bolesti genitalno-urinarnog sustava (u radnoj populaciji i ženskoj ispitanom podskupini se nalazi na četvrtom mjestu). Muškarci u ispitanom podskupini se prema najčešćim razlozima dolaska liječniku, u usporedbi sa radnom populacijom, podudaraju u jednom među prvih pet, a to su Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja.

U tablici 12 su prikazani podaci o razlozima dolazaka ispitanika liječniku ovisno o stupnju obrazovanja te usporedba sa podacima na državnom nivou te podacima koji se odnose na radnu populaciju Hrvatske (u dobi od 20 do 64 godine), za 2014. godinu.

Tablica 12. Razlozi dolazaka obzirom na stupanj obrazovanja i usporedba sa podacima na državnom nivou te podacima radne populacije Hrvatske, za 2014. godinu

Redoslijed	SSS	VŠS	VSS i više	Radna populacija Hrvatske za 2014. god. (20 do 64 godine)	Prema podacima za 2014. godinu na državnom nivou
1.	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 33 (8,62 %)	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 7 (1,83 %)	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 7 (1,83 %)	J-Bolesti dišnog sustava (15,60%)	J-Bolesti dišnog sustava (15,60%)
2.	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje 23 (6,00 %)	J-Bolesti dišnog sustava 5 (1,31 %)	H-Bolesti oka i adneksa 6 (1,60 %)	M-Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (11,68%)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava (11,97%)
3.	J-Bolesti dišnog sustava 20 (5,22 %)	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava 4 (1,04 %)	K-Bolesti probavnog sustava 5 (1,31 %)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava (11,97%)	M-Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (9,00%)
4.	F-Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja 15 (3,92 %)	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje 3 (0,78 %)	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje 4 (1,04 %)	N-Bolesti genitalno-urinarnog sustava (6,3%)	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje (6,33%)
5.	H-Bolesti oka i adneksa 13 (3,39 %)	D-Bolesti krvi i krvotvornih organa i određeni poremećaji imunološkog sustava 2 (0,52 %)	J-Bolesti dišnog sustava 3 (0,78 %)	F-Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (6,25%)	E-Endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti (6,00%)

Ispitivanjem razloga dolaska liječniku obzirom na stupanj obrazovanja, ispada da nema značajne razlike u razlozima dolazaka liječniku obzirom na stupanj obrazovanja. Ispitanici svih razina obrazovanja najučestalije dolaze zbog Čimbenika s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama; zatim su u prvih pet po učestalosti Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje; Bolesti dišnog sustava; Bolesti probavnog sustava; Bolesti oka i adneksa.

Usporedbom sa podacima na državnom nivou, najučestaliji zajednički razlozi dolazaka među prvih pet su Bolesti dišnog sustava; Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje.

Usporedbom sa podacima radne populacije, među prvih pet najčešćih razloga dolazaka zajednički su Bolesti dišnog sustava, dok se Bolesti genitalno-urinarnog sustava koje se u radnoj populaciji nalaze na četvrtom mjestu, nalaze na trećem mjestu podskupine ispitanika završenog višeg stupnja stručnog obrazovanja. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zauzimaju četvrto mjesto po učestalosti razloga dolazaka liječniku ispitanika sa završenom srednjom stručnom spremom, dok se u radnoj populaciji navedeni razlozi nalaze na petom mjestu.

U tablici 13 su prikazani podaci o razlozima dolazaka ispitanika liječniku ovisno o bračnom stanju te usporedba sa podacima na državnom nivou te podacima koji se odnose na radnu populaciju Hrvatske (u dobi od 20 do 64 godine), za 2014. godinu.

Tablica 13. Razlozi dolazaka obzirom na bračno stanje i usporedba sa podacima na državnom nivou te podacima radne populacije Hrvatske, za 2014. godinu

Redosljed	U braku	Nisu u braku	Radna populacija Hrvatske za 2014. god. (20 do 64 godine)	Prema podacima za 2014. godinu na državnom nivou
1.	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 15 (3,92 %)	Z-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama 31 (8,10 %)	J-Bolesti dišnog sustava (15,60%)	J-Bolesti dišnog sustava (15,60%)
2.	J-Bolesti dišnog sustava 10 (2,61 %)	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje 20 (5,22 %)	M-Bolesti mišićno- koštanog sustava i vezivnog tkiva (11,68%)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava (11,97%)
3.	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje 9 (2,35 %)	H-Bolesti oka i adneksa 17 (4,44 %)	I-Bolesti cirkulacijskog sustava (11,97%)	M-Bolesti mišićno- koštanog sustava i vezivnog tkiva (9,00%)
4.	H-Bolesti oka i adneksa 6 (1,60 %)	J-Bolesti dišnog sustava 16 (4,18 %)	N-Bolesti genitalno- urinarnog sustava (6,3%)	R-Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificir. drugdje (6,33%)
5.	L-Bolesti kože i potkožnog tkiva 5 (1,31 %)	F-Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja 15 (3,92 %)	F-Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (6,25%)	E-Endokrine, nutritivske i metab. Bolesti (6,00%)

Razlozi dolazaka obzirom na bračno stanje u prvih četiri najčešćih se ne razlikuju među onima u braku i onima koji nisu u braku, dok peto mjesto kod onih u braku zauzimaju Bolesti kože i potkožnog tkiva, a Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja kod ispitanika koji nisu u braku.

Usporedbom sa podacima na državnom nivou nalazimo nesrazmjer, odnosno u samo dvije od pet najučestalijih skupina se podudaraju razlozi dolazaka liječniku ispitanika i opće populacije (Bolesti dišnog sustava; Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje).

Usporedbom sa podacima radne populacije, među prvih pet najčešćih razloga dolazaka zajednički su Bolesti dišnog sustava, dok se Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja u radnoj populaciji i podskupini ispitanika koji nisu u braku, nalaze na petom mjestu.

UČESTALOST ISPITIVANIH KRONIČNIH BOLESTI

U skupini ispitivanih kroničnih bolesti sveukupno je 23 sudionika istraživanja, od kojih 19 ih ima jednu kroničnu bolest, a 4 ispitanika boluju od 3 kronične bolesti.

U tablici 14 su prikazani podaci o broju dolazaka liječniku za ispitanike koji boluju od kroničnih bolesti te usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini.

Tablica 14. Učestalost dolazaka liječniku obzirom na kronične bolesti i usporedba sa podacima na državnom nivou na godišnjoj razini

Dolasci liječniku	1 kronična bolest (N=19)	3 kronične bolesti (N=4)	Ukupno (N=23)
Ukupno dolazaka (tijekom perioda istraživanja)	91	66	157
Prosječan broj dolazaka po ispitaniku (tijekom perioda istraživanja)	0,70	0,50	1,20
Prosječan broj dolazaka po ispitaniku (izračun na godišnjem periodu)	0,70	0,50	1,20
Državni prosjek 2014. (godišnji period)*	4,38*		

Učestalost dolazaka ispitivane skupine kroničnih bolesnika liječniku sa prosjekom od 0,70 dolazaka kod pacijenata s jednom kroničnom bolesti do 0,5 dolazaka za pacijente sa tri kronične bolesti, je manja u usporedbi sa podacima državnog prosjeka za ispitivani period, 2014. godinu (4,38 dolazaka po pacijentu).

5. RASPRAVA

Nezaposleni ljudi starosti od 18 do 30 godina svojom učestalošću dolazaka u ordinaciju liječnika obiteljske medicine (2,95 dolazaka po pacijentu) ne prelaze prosjek opće populacije (4,38 dolazaka po pacijentu).

U dvije dobne podskupine uočava se neznatna razlika po učestalosti dolazaka. Nešto je veći broj dolazaka u starijoj dobnoj skupini (25-30 godina) i iznosi 3,10 dolazaka po ispitaniku naspram 2,50 dolazaka u podskupini od 18-24 godine. Razlika nije značajna obzirom da se uspoređuju dobne podskupine s malom razlikom u godinama.

Rezultat da nezaposlene ženske osobe dolaze nešto više kod liječnika; 3,34 dolaska naspram 2,48 kod nezaposlenih muškaraca je u skladu s nekim do sada provedenim istraživanjima koja zaključuju da su općenito veće zdravstvene potrebe ženske populacije. Sustavnim pregledom studija koje su proučavale utjecaj nezaposlenosti na zdravlje ovisno o spolu, većina studija izvještava o lošem zdravlju zbog nezaposlenosti i kod muškaraca i kod žena, ali zaključuje da je više negativnih učinaka na zdravlje kod muškaraca¹⁹.

Nezaposlene osobe koje su u braku više dolaze u ambulantu (3,40 dolazaka) u odnosu na one izvan bračne zajednice (2,83 dolazaka). To se slaže sa znanstveno dokazanom tezom da osobe u braku žive duže i imaju bolje zdravstveno stanje od onih koji žive izvan bračne zajednice¹⁸.

Ispitanici srednjoškolskog obrazovanja prosječno dolaze 2,90 puta godišnje u ordinaciju, više školske sprema 3,64 dok visokoobrazovani dolaze 2,79 puta. Rezultati prethodnih istraživanja o utjecaju nezaposlenosti na zdravlje ovisno o razini obrazovanja i plaći, ne donose ujednačene rezultate. Studija iz 2014. godine zaključuje da su fizički radnici više pogođeni nezaposlenošću¹⁹.

Ukratko, među ispitanicima, što se tiče učestalosti dolazaka, češće dolaze nezaposlene osobe u dobi od 25-30 godina, ženskog spola, koje su u braku i imaju završenu višu školu. No, usporedbom s podacima koji se odnose na opću populaciju, nema značajne razlike po učestalosti dolazaka nezaposlenih mladih osoba. Dapače, manji je prosječan broj dolazaka liječniku nezaposlenih mladih osoba od prosječnog broja dolazaka pacijenata opće populacije¹⁷.

Prema teoriji materijalne deprivacije Fryera, kako navodi Marić²¹, nezaposlenost utječe na depresiju preko siromaštva koje je posljedica nedostatka plaćenog rada. Dužina trajanja nezaposlenosti je u direktnoj korelaciji sa intenzitetom depresivnih simptoma nezaposlenih osoba. Još više to dolazi do izražaja kod pojedinaca o čijim primanjima ovise drugi članovi obitelji jer im ne mogu omogućiti materijalnu sigurnost^{5, 12}. Provedena je studija u 27 zemalja o zadovoljstvu adolescenata ovisno o nezaposlenosti roditelja te o visini državne nezaposlenosti. Veće nacionalne stope nezaposlenosti te nezaposlenost roditelja bile su povezane sa nižim zadovoljstvom životom u adolescenata²².

Obzirom da su u istraživanju sudjelovali ispitanici od 18 do 30 godina, ne evidentira se značajni porast depresije iz razloga materijalne nesigurnosti jer su ispitanici većinom situirani kod svojih roditelja i financijski imaju njihovu potporu, umjesto da netko ovisi o njihovom vlastitom prihodu^{2,5,20}. Također se ističe činjenica da je proces zapošljavanja u određenoj mjeri diskriminacijski usmjeren prema određenim kategorijama nezaposlenih. Najugroženiji su pojedinci stariji od 45 godina, niže naobrazbe, siromašni, dugotrajno nezaposleni te pojedinci

narušenog psihičkog zdravlja. Narušeno zdravlje jedna je od posljedica nezaposlenosti, ali ono utječe i na vjerojatnost zapošljavanja²⁰. Posebni segment je i neprijavljeni rad mladih osoba; službeno nezaposleni, a opet materijalno namireni što sa sobom donosi i privremeno psihološko zadovoljenje i manje potreba od strane zdravstvene službe. Potrebno je usmjeriti pažnju na prepoznavanje načina na koji nezaposlene mlade osobe same doživljavaju situaciju u kojoj se nalaze, njihovo iskustvo i doživljaj vlastitog statusa nezaposlene osobe u Hrvatskoj te uz razumijevanje navedenoga pružiti odgovarajuću potporu sa ciljem smanjivanja stigme i socijalne izolacije². Pacijenti niže naobrazbe i oni kojima nedostaje socijalna podrška ili zadovoljavajuće okolnosti u domaćinstvu, trebaju se pravovremeno prepoznati i osnažiti te uvesti odgovarajuće mehanizme potpore od strane društva i institucija²³.

Osobitost korištenja primarne zdravstvene zaštite nezaposlenih mladih ispitanika, pacijenata koji redovito dolaze nadležnom liječniku obiteljske medicine bez obzira na dob, spol, bračno stanje te stupanj obrazovanja, najviše zdravstvenih potreba spada po MKB-10 klasifikaciji¹⁶ u skupinu Z (Z00-Z99)-Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt sa zdravstvenim ustanovama, a visoko u uspoređivanim skupinama se nalaze skupine R (R00-R69) - Simptomi i znakovi, J (J00-J99) - Bolesti dišnog (respiracijskog) sustava, N (N00-N99) Bolesti genitalno-urinarnog sustava i H (H00-H59)-Bolesti oka i adneksa. Sve to odgovara zdravstvenom profilu mlađe populacije pacijenata¹⁷. Uočava se da nema izraženih kroničnih bolesti u značajnom postotku, odnosno daleko je manji od prosjeka populacije¹⁷.

Utjecaj nezaposlenosti na zdravlje nije jednoznačno; različito utječe na podskupine u populaciji ovisno o spolu, dobi, razini obrazovanja te sveukupnim prihodima kućanstva¹⁹.

Istraživanje ne reflektira u potpunosti postojeće stanje, odnosno zdravstvene potrebe mladih nezaposlenih osoba. Nedostatak istraživanja je što se temelji na analizi podataka iz zdravstvene dokumentacije populacije samo jedne ispitivane ordinacije obiteljske medicine i kao takvo ne može generalizirati rezultate.

Usporedba dobivenih rezultata sa općim podacima

Prema podacima Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2014. godinu (HZJZ)¹⁷, u skrbi timova primarne zdravstvene zaštite u 2014. godini zabilježeno je 4 589 171 osiguranika od kojih je bilo 3 500 328 korisnika (76% od ukupnog broja osiguranika).

U djelatnosti opće/obiteljske medicine, u 2014. godini, zdravstvenu zaštitu koristilo je oko 76% osiguranika, a u djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece oko 80%.

U 2014. godini zabilježeni broj posjeta u liječničkim ordinacijama bio je 37 260 694.

Učestalost dolazaka. Iz broja osiguranika u skrbi timova primarne zdravstvene zaštite (4 589 171) i broja posjeta liječničkim ordinacijama u sklopu primarne zdravstvene zaštite (37 260 694) izračunom dolazimo do prosječnog broja posjeta liječniku primarnog kontakta, a to je 8 dolazaka u 2014. godini. Usporedbom rezultata istraživanja provedenog na populaciji nezaposlenih osiguranika starosti od 18 do 30 godina, čiji prosječan broj dolazaka primarnom liječniku 2,95; nameće se zaključak da zdravstvene potrebe navedene skupine ne samo da ne prelaze prosjek opće populacije nego su manje u odnosu na prosječne potrebe, barem što se tiče učestalosti dolazaka.

Razlozi dolazaka. Broj utvrđenih bolesti i stanja zabilježenih tijekom 2014. godine u djelatnosti opće/obiteljske medicine iznosi 10 187 976, što je 15% više od prethodne godine. Na prvom su mjestu bolesti dišnog sustava (1 589 108 ili 15,6% ukupnog broja utvrđenih bolesti i stanja). Bolesti srca i krvnih žila i dalje su na drugom mjestu – zabilježene u 1 220 001 ili 12% slučajeva. Treće slijede bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva zabilježene u 1 190 530 slučajeva ili 11,7%. Četvrto mjesto zauzimaju Simptomi, znakovi, klinički i laboratorijski nalazi zabilježeni u 645 047 slučajeva ili 6,3%. Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma sa 611 473 slučajeva ili 6% na petom su mjestu. Slijede: Bolesti genitalno-urinarnog sustava; Čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakti sa zdravstvenom službom; Bolesti kože i potkožnog tkiva; Duševne bolesti i poremećaji; Bolesti probavnog sustava.

Usporedbom podataka o učestalosti utvrđenih bolesti i stanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine u 2014. godini na razini Hrvatske sa podacima dobivenim istraživanjem, dolazimo do osobitosti u korištenju zdravstvene zaštite mlade i nezaposlene populacije. Ispitanici su najviše zdravstvenih potreba iskazivali u Z skupini po MKB-10, dok je ta skupina u općoj populaciji tek na sedmom mjestu zdravstvenih potreba. Drugo mjesto je zauzela skupina R, koja je u općoj populaciji na četvrtom mjestu, a treće su dijagnoze J skupine koje u općoj populaciji zauzimaju prvo mjesto. Na četvrtom mjestu je skupina N dijagnoza koja je u populaciji na šestom mjestu, dok je peto mjesto ispitivane skupine zauzela skupina dijagnoza H, koje u općoj populaciji nema u prvih deset najčešćih zdravstvenih potreba.

Usporedba dobivenih rezultata sa podacima radne populacije

U radnoj populaciji Hrvatske (građani od 20 do 64 godine) prema podacima za 2014. godinu¹⁷, na prvom se mjestu prema učestalosti oboljenja nalaze bolesti dišnog sustava (15,60 % ukupnog broja utvrđenih bolesti i stanja). Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva su na drugom mjestu (11,68 % slučajeva). Treće mjesto zauzimaju bolesti cirkulacijskog sustava (11,97 %), a na četvrtom se nalaze bolesti genitalno-urinarnog sustava (6,30 %). Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (6,25 %) na petom su mjestu.

Usporedbom ukupno dobivenih rezultata sa podacima radne populacije, nailazimo na nesrazmjer u učestalosti pojavnosti problematike uspoređivanih skupina. Dva vodeća mjesta u populaciji ispitanika prema udjelu dolazaka zauzimaju Čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama (12,01 %) te Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje (7,57 %). Na trećem mjestu se nalaze Bolesti dišnog sustava (6,79 %) koje su u radne populacije na prvom mjestu. Bolesti genitalno-urinarnog trakta se nalaze na četvrtom mjestu kao i u radne populacije, ali sa manjim udjelom (4,18 %). Peto mjesto su zauzele Određene infekcijske i parazitske bolesti (2,35 %).

Razlozi dolaska odgovaraju prethodno uočenom pobolu mlađe populacije i problemima zdravlja koji zabrinjavaju populaciju te dobi.

Važno je istaknuti da se među ispitanicama ne nalazi u značajnom postotku ginekološka problematika što odudara od objektivnih rezultata obzirom da se radi o periodu života vezanom uz reprodukciju te drugu spolno vezanu problematiku, bilo ispitanica u bračnim ili vanbračnim odnosima. Razlog leži u tome što se sva ta problematika obrađuje u skrbi ginekologa i shodno tome bilježi u ginekološkoj statistici te je ovdje izostala u značajnom udjelu.

Učestalost kroničnih bolesti. Istraživanjem se pokazalo da u prigodnom uzorku prvo mjesto po učestalosti javljanja kroničnih bolesti zauzimaju dijagnoze F skupine (Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja), dok su u općoj populaciji na 9. mjestu; na drugom mjestu su K dijagnoze (Bolesti probavnog sustava) dok je treće mjesto zauzela skupina I (Bolesti cirkulacijskog sustava) po MKB-10 klasifikaciji. Međutim kako je obzirom na dob populacije manji broj pacijenata sa kroničnim bolestima, pitanje je relevantnosti ovakvog odstupanja. Ukupno 23 pacijenta od ispitivanih 130 predstavlja oko 17,70 % ispitanika.

Unutar podskupine kroničnih bolesnika (23) unutar ispitivane skupine (130) nalazimo 14 pacijenata sa F dijagnozom. Skupina mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja na sedmom je mjestu u ukupnim hospitalizacijama u Hrvatskoj 2014. godine s udjelom od 6,6%. Međutim, prema broju hospitalizacija u radno aktivnoj dobi (20-59 godina) nalazi se na drugom mjestu (12,10 %) odmah iza novotvorina (13,90 %) tako da bi se podatak dobiven istraživanjem mogao uklopiti u opću statistiku.

Ostala kronična oboljenja u ispitivanoj skupini nemaju statističkog značaja jer obuhvaćaju po jednog ili dva ispitanika oboljelih od kronične bolesti gastrointestinalnog, kardiovaskularnog i respiratornog sustava.

6. ZAKLJUČAK

Nije se uspjelo uočiti značajnog utjecaja nezaposlenosti na psihičko i fizičko zdravlje osoba u dobi od 18 do 30 godina kroz osobitosti korištenja primarne zdravstvene zaštite nezaposlenih mladih ispitanika. Ispitivanjem je uočen specifični prethodno prepoznati obrazac pobola i korištenja primarne zdravstvene zaštite mlade populacije u dobi od 20 do 30 godina.

- Mladi nezaposleni pojedinci dolaze manje učestalo u ordinaciju liječnika obiteljske medicine.
- Više dolaze osobe ženskog spola.
- Više zdravstvenih potreba imaju pacijenti u braku te oni sa završenim višim stupnjem naobrazbe.
- Zdravstvene potrebe mlade nezaposlene populacije su manje u odnosu na zdravstvene potrebe u općoj populaciji.
- Najviše zdravstvenih potreba prema MKB-10 klasifikaciji spada u skupinu Z (Čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakti sa zdravstvenom službom) i R (Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje) što predstavlja osobitost korištenja zdravstvene službe od strane pacijenata mlađe životne dobi.
- Prevalencija ispitivanih kroničnih bolesti u uzorku je znatno manja u odnosu na populaciju.
- Uočeno je nedovoljno praćenje i nedovoljna dostupnost javno zdravstvenih podataka na državnom i regionalnom nivou kojim bi se stekao primjereni uvid u zdravstveno stanje mladih ljudi i populacije nezaposlenih.

7. LITERATURA

1. Zakon o tržištu rada, Narodne novine; 118/18, 32/20 [pristupljeno 30.05.2020.]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/1751/Zakon-o-tržištu-rada>
2. Koller-Trbović N. Nezaposlenost u doživljaju i iskustvu nezaposlenih mladih u Hrvatskoj. Ljetopis socijalnog rada. 2009; 16(1):91-110.
3. Dimian GC, Begu LS, Jablonsky J. Nezaposlenost i nepodudarnost tržišta rada u zemljama Europske Unije. Zbornik radova Ekonomskog fakulteta u Rijeci: časopis za ekonomsku teoriju i praksu. 2017; 35(1):13-44.
4. Zečirević M, Senjak M, Bačelić I. Razvoj kompetencija za poboljšanje zapošljivosti dugotrajno nezaposlenih osoba kojima prijeti socijalna isključenost. U: Božičević V, Brlas S, Gulin M, ur. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije; 2012: 305-321.
5. Galešić M, Maslić Seršić D, Šverko B. Psihološki aspekti nezaposlenosti : zbornik radova XII. ljetne psihologijske škole studenata i nastavnika Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu Silba. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu; 2003.
6. Tiljak H. Mogućnosti procjene kvalitete rada primarne zaštite temeljene na izvještaju o radu (pilot istraživanje). U: Rumboldt M, Petric D, ur. Liječnik kao liječnik. Plućne bolesti u PZZ: XVII. kongres obiteljske medicine. Zbornik; 2010; Zadar. Zadar: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2010: 225-236.
7. Dragun A, Russo A, Rumboldt M. Socioeconomic Stress and Drug Consumption: Unemployment as an Adverse Health Factor in Croatia. Croat Med J. 2006; 47(5):685-692.
8. McKee-Ryan F, Zhaoli S; Wanberg CR; Kinicki AJ. Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. Journal of Applied Psychology. 2005; 90(1):53-76.
9. Kacun J. Fizičko i psihičko zdravlje nezaposlenih kao prediktori zapošljavanja (Internet). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2005 / pristupljeno 14.05.2019/. Dostupno na: <https://bib.irb.hr/datoteka/204436.JasminkaKacun.pdf>
10. Murphy G C, Athanasou J A. The effects of unemployment on mental health. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 1999;72:83-99.
11. Vinokur A D, Schull Y. The Web of coping Resources and Pathways to Reemployment following a Job Loss. Journal of Occupational Health Psychology. 2002;7(1):68-83.
12. Matko V. Psihološke posljedice nezaposlenosti i posredujući faktori. U: Galešić M, Maslić Seršić D, Šverko B, ur. Zbornik radova XII. ljetne psihologijske škole studenata i nastavnika Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu Silba. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu; 2003. [pristupljeno 18.05.2018.] Dostupno na: <http://mjesecc.ffzg.hr/nezaposlenost/3.1.html>
13. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Unemployment and psychosocial outcomes to age 30: A fixed-effects regression analysis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2014; 48(8):735-742.
14. Hammarström A, Ahlgren C. Living in the shadow of unemployment-an unhealthy life situation: a qualitative study of young people from leaving school until early adult life. BMC Public Health. 2019;19:1661. doi: 10.1186/s12889-019-8005-5
15. Novak M. Neki pokazatelji psihičkog zdravlja nezaposlenih mladih. Kriminologija i socijalna integracija [Internet]. 2008 [pristupljeno 11.06.2020.];16(2):73-84. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/99127>
16. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. 10. revizija. Svezak 1., drugo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu. Poljičanin T, Benjak T, ur. [Internet] Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015 [pristupljeno 22.03.2017.]. Dostupno na: https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/05/ljetopis_2014.pdf
18. Wilson CM, Oswald AJ. How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health?: A survey of the Longitudinal Evidence. Bonn: IZA; 2005.
19. Norström F, Virtanen P, Hammarström A, Gustafsson PE, Janlert U. How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. BMC Public Health. 2014;14:1310. doi: 10.1186/1471-2458-14-1310
20. Maslić Seršić D, Galić Z, Šverko B. Nezaposlenost i socijalna isključenost: longitudinalna studija. Revija za socijalnu politiku. 2006;13(1):1-14.
21. Marić Z. Mentalno zdravlje i nezaposlenost : predikcija simptoma depresije kod nezaposlenih osoba. Psihologija. Beograd: REBT Centar; 2005.
22. Johansson K, Petersen S, Högberg B, Stevens GWJM, De Clercq B, Frasilho D i sur., The interplay between national and parental unemployment in relation to adolescent life satisfaction in 27 countries: analyses of repeated cross-sectional school surveys. BMC Public Health. 2019;19:1555. doi: 10.1186/s12889-019-7721-1
23. Cerne A, Svab I, Kersnik J, Selic P. Did past economic prosperity affect the health related quality of life predictors? A longitudinal study on a representative sample of Slovenian family medicine patients. BMC Public Health. 2013;13:1160. doi: 10.1186/1471-2458-13-1160

Sigurnost pacijenta – podijeljena skrb između primarne zdravstvene zaštite i privatnih zdravstvenih ustanova (Prikaz slučaja)

Ana Mađerić¹, Ines Balint²

¹ Dr. med., specijalizantica obiteljske medicine, Dom zdravlja Zagrebačke županije

² Prim. dr., specijalist obiteljske medicine, Ordinacija opće medicine dr. Ines Balint, Strmec Samoborski

SAŽETAK

Uvod: Svjetska zdravstvena organizacija definira sigurnost pacijenta kao skup organiziranih aktivnosti koje za cilj imaju prevenciju, otklanjanje štetnih događaja i unaprijeđenje zdravstvene zaštite tijekom procesa pružanja zdravstvene skrbi.

Medicinske pogreške i propusti događaju se na svim razinama zdravstvenog sustava, a kontekst sigurnosti pacijenata razlikuje se ovisno o tome govorimo li o sigurnosti pacijenata na primarnoj, sekundarnoj odnosno tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.

U ovom radu prikazana je pacijentica pregledana u sklopu sistematskog pregleda u privatnoj ustanovi koja ima ugovor s poslodavcem pacijenta, kojoj liječnik nije objasnio detalje o njenom zdravstvenom stanju i potrebi upućivanja na daljnje liječenje.

Cilj: Podići svijest o važnosti unaprjeđenja sigurnosti i kvalitete pri pružanju zdravstvene skrbi, te komunikacije na svim razinama zdravstvenog sustava.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od trideset dvije godine, po struci pravnica, od svoje dvadesete godine boluje od anoreksije koju je privatno liječila po psihijatru do unatrag četiri godine. U ordinaciju obiteljskog liječnika nije se javljala na pregled devet godina. Pacijentica putem elektroničke pošte šalje nalaze sistematskog pregleda provedenog u privatnoj ustanovi sedam dana nakon što je pregledana. U sklopu tog pregleda učinjena je opsežna obrada pri čemu je verificirana srednje teška sideropenična anemija. Pacijentici nije objašnjena ozbiljnost njenog zdravstvenog stanja niti je upućena da se javi svom liječniku ili direktno u hitnu službu radi korekcije anemije intravenskom nadoknadom preparata željeza. Pacijentica je nakon pregleda u ambulanti obiteljskog liječnika upućena na objedinjeni hitni bolnički prijem gdje je dobila intravenski preparat željeza te je dogovorena daljnja obrada putem dnevne bolnice Klinike za hematologiju.

Zaključak: Iz ovog prikaza slučaja vidljiva je važnost komunikacije liječnika s pacijentima, prije svega uživo, jer komunikacija putem e-pošte i drugih aplikacija za dopisivanje ne može zamijeniti izravni kontakt liječnika i pacijenta te njihovu verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Također, vidljiva je i važnost komunikacije među kolegama putem nalaza koji se izdaju pacijentu, ali i potreba jasnog i otvorenog pružanja uvida u zdravstveno stanje pacijentu od strane svakog medicinskog djelatnika. Liječnik obiteljske medicine ima iznimno važnu ulogu u životu svakog pacijenta jer, između ostalog, educira pacijente, upućuje ih na dijagnostičke pretrage i liječenje te im pruža sveobuhvatnu i kontinuiranu zdravstvenu skrb.

Ključne riječi: sigurnost pacijenata, zdravstvena skrb, pogreška

PATIENT SAFETY - DIVIDED CARE BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE AND PRIVATE HEALTH INSTITUTIONS (CASE REPORT)

Introduction: The World Health Organization defines patient safety as a set of organized activities aimed at preventing, eliminating adverse events and improving health care during the health care delivery process. Mistakes and oversights occur at all levels of the health care system, and the context of patient safety differs depending on whether we are talking about patient safety at the primary, secondary or tertiary level of health care. This paper presents a patient examined as part of a systematic examination in a private institution that has

a contract with the patient's employer, to which the doctor did not explain details about her health condition and the need for referral for further treatment.

Aim: to raise awareness of the importance and improvement of safety and quality in family medicine. Case report: The thirty-two years old patient, a lawyer by profession, has been suffering from anorexia since she was twenty, which she treated privately under supervision of a psychiatrist until four years ago. She didn't come to family doctor's office for nine years. The patient sends e-mail with the results of a systematic examination conducted in a private institution seven days after the examination.. As part of this examination, moderate sideropenic anemia was verified. In the end of the examination patient was not explained the seriousness of her health condition, nor was she instructed to contact her doctor or the emergency department directly to correct anemia by intravenous replacement of iron supplements. After the examination in the family doctor's office, the patient was referred to emergency hospital where she received an intravenous iron preparation, and further treatment was agreed through the daily hospital of the Hematology Clinic.

Conclusion: This case report shows the importance of physicians' communication with patients, especially live, because communication via e-mail and other correspondence applications cannot replace direct contact between physicians and patients and their verbal and nonverbal communication.

The importance of communication between medical staff through the medical history is evident, but also the need for clear and open insight into the health status of the patient by each health worker.

The family doctor has an extremely important role in the life of every patient, because, among other things, he educates patients, refers them to diagnostic tests and treatment, and provides them with comprehensive and continuous health care.

Keywords: patient safety, health care, mistake

UVOD

Svake godine milijuni pacijenata u svijetu trpe značajne posljedice za zdravlje, postaju invalidi i umiru zbog pogrešaka pri pružanju zdravstvene skrbi, dijagnostičkih postupaka i nepravodobnog ili pogrešnog liječenja. (1) Svjetska zdravstvena organizacija definira sigurnost pacijenta kao skup organiziranih aktivnosti koje za cilj imaju prevenciju, otklanjanje štetnih događaja i unaprijeđenje zdravstvene zaštite tijekom procesa pružanja zdravstvene skrbi. (1)

Sigurnosti pacijenata je prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji jedna od komponenti zdravstvene skrbi koja se razvila sa napretkom dijagnostičkih alata, instrumenata, razvoja novih lijekova, načina liječenja te posljedično komplikacijama pri dijagnostičkim postupcima i liječenju pacijenata koje uzrokuju privremene ili trajne posljedice za zdravstveno stanje, a ponekad i smrt pacijenta. (1)

Naglasak na sigurnost pacijenata povećao se kako je rastao broj pacijenata u zdravstvenoj skrbi, rastao je i broj ali i složenost odrađenih pregleda, čime je porasla mogućnost da se zbog velikog pritiska na zdravstveni sustav učine propusti u dijagnostici i liječenju. Posebice se to isticalo u doba pandemije korona virusa.

Sigurnost pacijenata ključna je za pružanje kvalitetnih osnovnih zdravstvenih usluga.

Negativne posljedice za zdravlje pacijenata može uzrokovati niz štetnih događaja nastalih pri pružanju zdravstvene skrbi od kojih se gotovo polovica može spriječiti. Globalno, čak 4 od 10 pacijenata pretrpjelo je neku štetu za vlastito zdravlje zbog pogrešaka tijekom liječenja na razini primarne i izvanbolničke zdravstvene zaštite, najčešće zbog postavljene pogrešne dijagnoze, propisivanja i korištenja lijekova na pogrešan način. Smatra se da se 80% tih štetnih događaja moglo spriječiti. (2) Podaci za Europsku Uniju govore o procjenama da je kod 8 - 12 % hospitaliziranih pacijenata došlo do nekog štetnog događaja koji je rezultirao trajnom ozljedom, produljenim boravkom u zdravstvenim ustanovama ili smrću (3). Pojava štetnih događaja zbog nesigurne skrbi vjerojatno je jedan od deset vodećih uzroka smrti i invaliditeta u svijetu (2). U Sjedinjenim Američkim državama su medicinske pogreške treći uzrok smrti nakon srčanih bolesti i karcinoma (4).

Skupnih podataka o broju pogrešaka u zemljama Europske Unije na razini primarnoj zdravstvenoj zaštiti nema, no postoje istraživanja za Veliku Britaniju koja navode da je 1–2% konzultacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti povezana sa štetnim događajem za zdravlje pacijenata. (5)

CILJ RADA

Cilj rada je podizanje svijesti o važnosti unaprjeđenja sigurnosti pacijenata i kvalitete pri pružanju zdravstvene skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite te unaprjeđenje komunikacije između zdravstvenih djelatnika i pacijenata.

PRIKAZ PACIJENTICE

Pacijentica koju ćemo prikazati u sklopu ovog rada poslala je elektroničkom poštom nalaze sistematskog pregleda kojeg je učinila sedam dana prije nego se javila liječniku. Sistematski pregled učinjen je u privatnoj zdravstvenoj ustanovi u sklopu redovitih sistematskih pregleda organiziranih na preporuku i teret poslodavca.

Pacijentica je u dobi trideset dvije godine, po struci pravnica, u dvadesetoj godini života postavljena joj je dijagnoza anoreksije. Pod nadzorom psihijatra bila je do unatrag četiri godine kada je samoinicijativno prestala odlaziti na liječenje. Poremećaj prehrane ima i dalje, jede samo jedan obrok dnevno, vegetarijanka je. Pacijentica se u ambulantu obiteljskog liječnika nije javljala zadnjih devet godina.

Na sistematskom pregledu pacijentica je učinila kompletnu laboratorijsku i slikovnu obradu. Iz nalaza učinjenih na sistematskom pregledu dostavljenih elektroničkom poštom je vidljivo da se pacijentica na pregledu požalila na glavobolju, povremenu vrtoglavicu i bolove u lumbosakralnoj kralježnici. Također, navela je da je unatrag mjesec dana primijetila tremor lijeve ruke te se žalila na intenzivan umor koji traje više od godinu dana.

Iz laboratorijskih nalaza učinjenih u sklopu sistematskog pregleda posebno izdvajamo:

Hemoglobin 75g/L, hematokrit 0.277 %, RDW 17.6 %, MCV 75,7 fL, MCH 22.1 pg, Fe 3μmol/L. Iz nalaza denzitometrije vidljivo je da pacijentica ima osteopeniju.

U zaključku nalaza specijalista interne medicine koji je pregledao pacijenticu savjetuje se da se s obzirom na značajnu sideropeničnu anemiju uvede peroralni preparat željeza. Također, savjetovano joj je da zbog glavobolje, tremora i bolova u lumbosakralnoj kralježnici učini magnetska rezonanca mozga i lumbosakralne kralježnice.

Pacijentici po završetku sistematskog pregleda i uručivanja nalaza nije objašnjeno da njen laboratorijski nalaz zahtjeva nadoknadu željezom/ transfuziju krvi odmah, nego je upućena da se javi svome liječniku i pokaže mu nalaze.

Koliko je malo važnosti tome dano od strane same pacijentice govori i činjenica da je nalaze poslala mailom i tražila preparat željeza, a na ostalo se nije osvrtała.

S obzirom na opsežnu problematiku te patološke nalaze, pacijentica je zamoljena da se isti dan sa svim nalazima javi u ambulantu.

Nakon pregleda, uzimanja dodatne anamneze i statusa (iz kojeg se izdvaja BMI 16.5), upućena je na objedinjeni hitni bolnički prijem radi intravenozne nadoknade preparatom željeza.

Na OHBP-u pacijentica je pregledana, ponovno detaljno obrađena te na temelju ponovljenih laboratorijskih nalaza i kliničkog statusa dobila je preparat željeza intravenski zbog srednje teškog oblika mikrocitne anemije.

Također, dobila je termin za nastavak liječenja i obrade kroz hematološku dnevnu bolnicu koji je i dalje u tijeku.

RASPRAVA

Sigurnost pacijenta na razini Republike Hrvatske

U Republici Hrvatskoj je sigurnost pacijenata u smislu organizacije, unaprjeđenja i praćenja zdravstvene zaštite propisana nizom zakona i to Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite, Zakonom o zaštiti prava pacijenata, Pravilnikom o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove te Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i njihovom načinu primjene.

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske donijelo je Nacionalni program za sigurnost pacijenata 2019.-2023., a koji ima za cilj stalno unaprjeđenje sigurnosti pacijenata u skladu sa Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2012.-2020. temeljenoj na pravnim aktima Europske unije te preporukama Vijeća Europe i Svjetske zdravstvene organizacije. (6)

Svrha je uspostaviti aktivnosti kojima bi se unaprijedili postojeći i razvili novi načini jačanja sigurnosti pacijenata, smanjili neželjeni događaji, povećala sigurnosti pacijenata u smjeru pravodobnog i opravdanog liječenja, jačajući ulogu samih pacijenata u doprinosu sigurnosti, a s ciljem nastanka pozitivnih ishoda liječenja i posljedičnog smanjenja troškova u zdravstvu. (6) Ciljevi nacionalnog programa su podizanje svjesnosti o sigurnosti pacijenata,

razvoj i unaprijeđenje sustava praćenja, mjerenja i izvještavanja, smanjenje rizika za neželjene događaje te razvoj istraživanja na području sigurnosti pacijenata.(6)

Valja istaknuti da se u Nacionalnom programu niti na jednom mjestu ne spominje primarna zdravstvena zaštita odnosno obiteljska medicina, te da od početka provedbe tog Nacionalnog programa za sigurnosti pacijenata, na razini primarne zdravstvene zaštite, odnosno obiteljske medicine od strane Ministarstva zdravstva nisu provedene nikakve edukacije niti su predloženi alati kojima bi vrednovali razinu sigurnosti pacijenata i pratili unaprijeđenje sigurnosti pacijenata u našim ambulantama obiteljske medicine.

Vlada Republike Hrvatske 2009. godine osnovala je i Agenciju za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi čija je zadaća bila praćenje primjene kliničkih smjernica, algoritama i protokola, unaprijeđenja i ujednačavanja kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata, provođenje edukacije iz područja osiguranja i unaprijeđenja zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite Ministarstvo zdravstva je 2019. godine preuzelo svu komunikaciju, pismohranu i dokumentaciju Agencije za kvalitetu čime se gubi samostalnost i sloboda djelovanja te mogućnost objektivnog ukazivanja na pogreške što je do tada Agencija za kvalitetu činila.(7)

U Republici Hrvatskoj postoji i Hrvatsko društvo za sigurnost pacijenata, dobrovoljna, neprofitna i neovisna organizacije koja okuplja stručnjake za poboljšanje sigurnosti za pacijenta i to iz svih grupa zdravstvenih profesionalaca, suradnika u zdravstvu i predstavnike pacijenata.(8) U kontaktu s našim pacijentima dolazimo do informacija da oni ne znaju za ovo Društvo niti čime se ono bavi, pa je pitanje postoji li samo deklarativno ili se njihovo djelovanje vidi negdje i u praksi.

Sigurnost pacijenta u Europskoj uniji i svijetu

Izvješće Europske komisije o provedbi Preporuke Vijeća (2009/C 151/01) o sigurnosti pacijenata, uključujući sprječavanje i suzbijanje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (2013/2022(INI)) govori da više od 20% stanovnika Europske Unije tvrdi da su doživjeli medicinsku pogrešku, 18% njih tvrdi da je do pogreške došlo prilikom bolničkog liječenja a 11% pacijenata da im je propisan pogrešan lijek.(9)

Koliko je posljednjih godina porasla svijest o sigurnosti pacijenata govori i globalni akcijski plan o sigurnosti pacijenata oformljen i donesen od strane Svjetske zdravstvene organizacije. 74. Svjetska zdravstvena skupština usvojila je u svibnju 2021. "Globalni akcijski plan o sigurnosti pacijenata 2021.-2030." (GAPPS) kako bi se poboljšala sigurnost pacijenata kao esencijalna komponenta u stvaranju, postupcima i ocjeni učinkovitosti zdravstvenih sustava diljem svijeta. To je strateški plan koji usmjerava vlade zemalja, radnike u zdravstvenom sektoru, zdravstvene organizacije i tajništvo Svjetske zdravstvene organizacije o tome kako provesti rezoluciju Skupštine o sigurnosti pacijenata.(10) Primjena plana ojačat će kvalitetu i sigurnost zdravstvenih sustava diljem svijeta pokrivajući cijeli kontinuum zdravstvene skrbi ljudi, od dijagnoze do liječenja i skrbi, smanjujući vjerojatnost štete tijekom skrbi.(10)

EQiP (European Society for Quality and Safety in Family Practice) Europsko je društvo za kvalitetu i sigurnost u obiteljskoj medicini, osnovano je u Turskoj u proljeće 2006. godine kao dio WONCA organizacije (Svjetska organizacija nacionalnih sveučilišta, akademija i akademskih udruženja liječnika opće medicine), a kojoj je cilj doprinijeti postizanju visoke razine kvalitete i sigurnosti skrbi za pacijente u obiteljskoj medicini u svim europskim zemljama.(11)

Kako bi se ukazalo na važnost sigurnosti pacijenata, dan 17. rujna proglašen je danom sigurnosti pacijenata.(12) Svim pružateljima i primateljima zdravstvene skrbi sigurnost pacijenta treba biti na prvom mjestu. Svi mi želimo smanjiti na minimum i izbjeći sve pogreške koje bi mogle dovesti do produžetka liječenja ili narušavanja zdravstvenog stanja pacijenata.

Sigurnost pacijenata na razini primarne zdravstvene zaštite

Više je dimenzija sigurnosti pacijenata u zdravstvenom sustavu, ovisno o tome o kojoj razini zdravstvenog sustava govorimo. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti govorimo o propustima liječnika pri dijagnosticiranju, pogrešnom ili nepravovremenom liječenju, nenamjernom propisivanju pogrešnih lijekova, pogrešnih doza lijekova, lijekova na koje pacijent ima ozbiljne alergijske reakcije, nepravodobno ali i nepotrebno upućivanje na liječenje u ustanove na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite. U propuste na primarnoj razini ubrajamo i pogreške medicinskih sestara pri produživanju prethodno propisane kronične terapije pacijentima, pogrešaka u komunikaciji s pacijentima koje dovode do propisivanja krivih lijekova krivim pacijentima, rad u gužvi i često na vratima ordinacije pri čemu se mogućnost da se dogodi pogreška uvelike povećava.

Generalna preopterećenost uzrokovana povećanjem broja dnevnih kontakata dovodi do povećanja opasnosti za propuste i pogreške. U pandemijsko vrijeme kada je broj pacijenata koji traže zdravstvenu zaštitu sve veći, pa i prevelik s obzirom na postojeći zdravstveni kadar, broj pogrešaka pri obradi, dijagnosticiranju i liječenju pacijenata je neminovno veći nego prije. Na primjer, u Gradu Zagrebu u 2021. godini 78.783 osiguranika više nego 2020. godine koristilo se zdravstvenom zaštitom, a ostvareno je 1.658.297 više kontakata sa zdravstvenom zaštitom nego godinu prije. (13) Velik problem obiteljske medicine je manjak liječnika (14), a sukladno tome i stalno povećanje broja pacijenata po timu obiteljskog liječnika što dodatno smanjuje vrijeme za cjelovito i potpuno posvećivanje svakom pacijentu i njegovom problemu te posljedično dovodi do propusta pri dijagnosticiranju bolesti i stanja. Pacijent često u žurbi i gužvi ne stigne razjasniti vodeći problem i glavni razlog dolaska u ordinaciju svog obiteljskog liječnika, a događa se da pacijenti neka po život opasna stanja i tegobe spomenu usput pri izlazu iz naše ordinacije. Administrativno opterećenje koje se timovima primarne zdravstvene zaštite nameće je svakim danom sve veće te se uslijed toga smanjuje vrijeme za pregled i razgovor s pacijentom, a povećava mogućnost pogreške.

U obiteljskoj medicini postoji dvojan problem. S jedne strane poznavanje pacijenta karakterno, ali i njegovog dotadašnjeg zdravstvenog stanja, daje nam lažnu sigurnost te se ponekad događa da simptome koje pacijent navodi umanjimo ili ne shvatimo ozbiljno, a što potencijalno dovodi napredovanja simptoma i bolesti općenito. S druge strane, kod nekih pacijenata skloni smo „predijagnosticiranju“, odnosno slanju pacijenata na nepotrebne dijagnostičke zahvate što ih stavlja u rizik za nastanak komplikacija dijagnostičkih postupaka i zahvata, ali i za zarazu infektivnim bolestima kao npr. COVID-om 19 ili drugim uzročnicima što se aktualiziralo u posljednje dvije godine. Razvoj kvalitete i sigurnosti obiteljske medicine kontinuirani je proces planiranih aktivnosti temeljenih na pregledu uspješnosti i postavljanju jasnih ciljeva dobre kliničke prakse s ciljem poboljšanja stvarne kvalitete skrbi za pacijente usredotočujući se na kritički pogled na stvarni učinak liječnika obiteljske medicine.

Budući da je kontakt sa liječnikom obiteljske medicine obično prvi kontakt koji pacijent ostvari te u kojemu ukaže na novonastale simptome bolesti, vrlo je bitno da se komunikaciji s pacijentom, uzimanju anamneze i statusa te propisivanju terapije pristupi ozbiljno i temeljeno na medicinskoj literaturi i dokazima.

Sigurnost pacijenta na razini sekundarne zdravstvene zaštite

Kada govorimo o pogreškama na razini sekundarne zdravstvene zaštite, sigurnost pacijenata najčešće narušavaju komplikacije u kirurškom liječenju, zahvat na pogrešnom dijelu tijela, na pogrešnom pacijentu, ostavljanje kirurških instrumenata u tijelu pacijenta, davanje krvnih pripravaka pogrešne krvne grupe i RH faktora, teška oštećenja zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije, radioterapija pogrešnom dozom ili pogrešnog dijela tijela, kao i komplikacije koje se javljaju prilikom hospitalizacija u vidu bolničkih infekcija i stvaranja dekubitusa i kroničnih rana kod ležećih pacijenata. (6)

Na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, ustanove su obavezne pratiti neželjene događaje (15), među kojima su bolnička smrtnost, incidencija infekcija rana, postoperativna pojava plućnih embolija i dubokih venskih tromboza, nuspojava lijekova, pojava rana i ulkusa, čime se vrednuje razina sigurnosti pacijenata u bolničkoj skrbi. (16)

Velik je problem komunikacije i dijeljenja nalaza između privatnih zdravstvenih ustanova i ordinacija obiteljske medicine jer ne postoji obaveza djeljenja nalaza putem Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava od strane privatnih ustanova. To je razlog što nemamo informacije i uvid u nalaze učinjene u sklopu sistematskih pregleda, ali i svih onih pregleda koje je pacijent platio sam, osim ako nam pacijent te iste nalaze osobno ne odluči donjeti na uvid.

Pacijenti i njihov doprinos povećanju vlastite sigurnosti u zdravstvenom sustavu

Važnu ulogu u sigurnosti pacijenata imaju i sami pacijenti, njihova edukacija, preuzimanje odgovornosti za vlastito zdravlje i preporučeno liječenje. Medicina je prestala biti isključivo „patrijarhalna“ grana pri kojemu je liječnik autoritet, a pacijent poslušan. Moderna medicina stavlja liječnika i pacijenta u ravnopravan položaj i od njih traži obostranu suradnju, partnerski odnos i predanost kada se radi o dijagnostici i liječenju.

Nenamjerne pogreške često su posljedica neadekvatne i neprilagođene komunikacije liječnika s pacijentima (17). Iako danas postoji mogućnost komunikacije pacijenta i liječnika putem elektroničke pošte i drugih aplikacija za dopisivanje, niti jedna ne može zamijeniti kontakt pacijenta i liječnika uživo, niti može prenjeti verbalnu i neverbalnu komunikaciju koju imaju prilikom pregleda.

U Republici Hrvatskoj je 2011. godine uveden e- recept (18) kao veliko olakšanje i ušteda vremena i liječnicima i pacijentima. Koliko god je ovaj sustav donio napredak u očuvanju zdravlja pacijenata, potrebno je naglasiti

da je dijelom doveo do problema kod nekih pacijenata jer više nije nužno da se pacijent redovito javlja na kontrole u ordinaciju obiteljskog liječnika zbog lažne sigurnosti koju mu daje redovito propisivanja lijekova. Često se događa da pacijenti upravo zbog tog razloga ne kontaktiraju obiteljskog liječnika niti kada osjete promjene u zdravstvenom stanju smatrajući da će izmjenom načina uzimanja prethodno propisanih lijekova sami riješiti novonastale zdravstvene probleme.

Pacijenti često smatraju da su njihove zdravstvene potrebe i tegobe bitnije od potreba drugih pacijenata u sustavu, pri čemu često nastupaju agresivno i inzistiraju da se pregledi, propisivanje lijekova ili uputnica realiziraju odmah, pritom ne mareći za potrebe drugih pacijenata. Upravo takav način komunikacije dovodi do podizanja napetosti i kod zdravstvenog osoblja i kod pacijenta, čime se otvara mogućnost da se u učini previd i pogreška.

Sigurnost pacijenata na primjeru prikazane pacijentice

Iz prikaza slučaja naše pacijentice jasno je vidljiva važnost adekvatne komunikacije liječnika primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, ali i komunikacija između obiteljskog liječnika i njegovog pacijenata koja može direktno utjecati na zdravstveno stanje pacijenta te ishod liječenja. Ne treba zanemariti niti preuzimanje odgovornosti o vlastitom zdravlju od strane same pacijentice koja nije zatražila dodatne informacije o vlastitom zdravstvenom stanju te daljnjim koracima u liječenju.

U komunikaciji sa specijalistom interne medicine prikazana pacijentica nije dobila ključne informacije o trenutnom zdravstvenom stanju, nije joj objašnjen uzrok tegoba koje je na sistematskom pregledu opisivala kao niti ozbiljnost aktualnog zdravstvenog stanja.

Iako je specijalist koji je pacijenticu pregledao imao podatke o rezultatima učinjene denzitometrije, uz klinički jasne pokazatelje anoreksije, pacijentici je preporučio magnetsku rezonanciju lumbosakralne kralježnice i mozga umjesto da ju uputi na OHBP radi nadoknade preparatom željeza, što pokazuje sklonost predijagnosticiranju određenih stanja, a previđanju onih koja potencijalno stvarno ugrožavaju zdravlje bolesnika.

Specijalist interne medicine u kojoj je rađen sistematski pregled nije se osvrnuo na osnovni problem pacijentice, a to je anoreksija. Također nije prepoznato da su osteopenija i anemija kod mlade žene također uzrokovane poremećajem prehrane koji je ozbiljan i koji treba adekvatno liječiti.

Dolaskom u našu ordinaciju na pregled i razgovor pacijentica je prihvatila objašnjenje da je osnovni uzrok njenog narušenog zdravlja poremećaj prehrane koji zahtijeva sustavno liječenje. Preporučeno je posjet psihijatru radi daljnjeg liječenja poremećaja prehrane, a koji bi s vremenom riješio i druge tegobe koje pacijentica ima.

Valja naglasiti da je prilikom pregleda u ordinaciji obiteljske medicine u početku pregleda pacijentica više pažnje posvetila potrebi naručivanja na MR mozga i LS kralježnice nego na akutnu problematiku sideropenične anemije i anoreksije koje su ju mogle potencijalno životno ugroziti u slučaju da se nije provelo nadomjesno liječenje preparatima krvi, odnosno da nije započeto sa psihijatrijskim liječenjem poremećaja prehrane i svih popratnih stanja i poremećaja uzrokovanih njime.

Vidljiv je također i manjak komunikacije između pacijentice i izabranog obiteljskog liječnika u periodu prije odlaska na sistematski pregled iako je pacijentica imala zdravstvene tegobe koje su joj narušavale kvalitetu života. Komunikacija između pacijentice i izabranog liječnika izostala je jer se pacijentica devet godina nije javljala u ordinaciju obiteljske medicine.

U prikazu naše pacijentice vidljivo je kolika je šteta mogla nastati da nije bilo obiteljskog liječnika koji je na vrijeme reagirao na patološke nalaze i kliničku sliku pacijentice te jasno pokazuje ulogu obiteljskog liječnika koji svom pacijentu pruža sveobuhvatnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu, koja poznaje svog pacijenta, na njega je orijentirana u svim aspektima zdravstvenog stanja, a nije fokusirana isključivo na pojedini organski sustav kao specijalisti u drugim granama na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite.

Obiteljski liječnik jedini u zdravstvenom sustavu u svom radu koristi holistički pristup orijentiran prema pacijentu a ne prema simptomu bolesti ili pojedinom organskom sustavu. On je taj koji rješava i one probleme i pitanja kojih se nisu dotakli drugi djelatnici zdravstvenog sustava, a trebali su radi dobrobiti zdravlja naših pacijenata.

S obzirom na sve manji broj liječnika obiteljske medicine koji su pod povećanim pritiskom jer skrbe za veliki broj pacijenata i za sve segmente njihova zdravlja, bitno je da svatko od nas ponaosob kontinuirano promišlja i radi na poboljšanju sigurnosti svojih pacijenata učeći na vlastitim i tuđim pogreškama.

Za pretpostaviti je da će sigurnost pacijenata kroz godine postati goruće pitanje za sustav zdravstva Republike Hrvatske, a od zdravstvene administracije se očekuje da sagleda problem sigurnosti pacijenata na razini primarne zdravstvene zaštite te predloži mjere i postupnike.

ZAKLJUČAK

Razvoj i unaprjeđenje sustava praćenja, mjerenja i izvještavanja o neželjenim događajima trebao bi dovesti do podizanja svijesti o sigurnosti pacijenata, o situacijama koje nose veći potencijal za pogreške pri pružanju zdravstvene skrbi te na taj način dovesti do smanjenja učestalosti pogrešaka koje dovode do povećanja, morbiditeta, mortaliteta te troškova liječenja.

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske donijelo je Nacionalni program za sigurnost pacijenata za razdoblje 2020.-2023. za koji još uvijek čekamo da zaživi na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Dok zdravstveni djelatnici na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite imaju podršku u vidu tijela za kontrolu kvalitete unutar bolnica, obiteljski liječnici prepušteni su sami sebi i svojoj prosudbi, bez podrške države i zdravstvene administracije u provođenju povećanja sigurnosti pacijenata ili vrednovanju svoga rada u smislu unaprjeđenja sigurnosti i kvalitete.

Primjer naše pacijentice govori o važnosti komunikacije između liječnika primarne i sekundarne zdravstvene zaštite međusobno i sa pacijentom jer skrb o pacijentu podijeljena na više razina zdravstvenog sustava podiže rizik od nenamjernih pogrešaka u prijenosu informacija o zdravstvenom stanju i liječenju. Također, vidimo i kolika je važnost edukacije pacijenata o novonastaloj bolesti te koliko je bitno da pacijent shvati ozbiljnosti situacije.

S obzirom na odgovornost i moguće posljedice naših postupaka pokušajmo se voditi onom „Primum non nocere“ te svom pacijentu pristupati pažljivo, koncentrirano, odgovorno i svoje postupke bazirati na medicini temeljenoj na dokazima.

LITERATURA

1. WHO, patient safety, (Internet) : <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about> , dostupno dana 1.3.2022.
2. WHO, patient safety, (Internet) : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>) dostupno 1.3.2022.
3. Cikač, Tina; Novak, Valentina; Neuberg, Marijana; Canjuga, Irena: Sigurnost pacijenta - globalni problem zdravstvene, Zdravje kod vseživljenjska in trajnostna vrednota / Železnik, Danica ; Železnik, Uroš - Slovenj Gradec, Slovenija : Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec, 2019,
4. Patient safety movement, The global patient safety crisis, (Internet): <https://patientsafetymovement.org/patient-safety/the-facts/>, dostupno dana 2.3.2022.
5. The Health foundation Inspiring Improvement, Evidence Scan: Levels of harm in primary care, November 2011
6. Ministarstvo zdravstva, Nacionalni program za sigurnost pacijenata 2019-2023, Zagreb travanj 2019, (Internet) : <https://zdravlje.gov.hr> , dostupno 27.2.2022.
7. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (Internet) : <https://www.aaz.hr/> dostupno dana 01.3.2022.
8. Hrvatsko društvo za sigurnost pacijenata, (Internet) <https://hdsp.hr/> dostupno dana 15.3.2022.
9. Rezolucija Europskog parlamenta od 22. listopada 2013. o izvješću Komisije Vijeću na temelju izvješća država članica o provedbi preporuke Vijeća (2009/C 151/01) o sigurnosti pacijenata, uključujući sprječavanje i suzbijanje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (2013/2022(INI)), (Internet): https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2013-0435_HR.pdf?redirect dostupno dana 1.4.2022.
10. WHO, Global patient safety action plan 2021.2030. (Internet) <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> dostupno dana 10.4.2022.
11. WONCA EUROPE (Internet) <https://equip.woncaeurope.org/sites/equip/files/Documents/Constitution/The%20EQIP%20Constitution.pdf> , dostupno dana 5.3.2022.
12. WHO Patient safety day (Internet) <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day> dostupno dana 10.3.2022.
13. Nastavni zavod za javno zdravstvo Andrija Štampar, Zdravstveno statistički ljetopis Grada Zagreba za 2021. godinu (Internet): <https://stampar.hr/sites/default/files/2022-04/Ljetopis%202021.%202021-04-08.pdf>, dostupno dana 12.4.2022.
14. Digitalni atlas hrvatskog liječništva – Hrvatska liječnička komora (Internet) : <http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/> dostupno dana 15.3.2022.
15. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite „Narodne novine“ broj 118/18 (Internet) https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_12_118_2339.html
16. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, NN 79/2011, (Internet) dostupno dana 17.4.2022. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html
17. Health Services and Delivery Research, No. 4.27. Carson-Stevens A, Hibbert P, Williams H, et al., Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 Sep.
18. HZZO – Predmet E-recepti često postavljana pitanja, (Internet) dostupno dana 17.4.2022. https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/01/20101227_cesto_postavljana_pitanja.pdf

Transformacija zdravstvene skrbi kroz modele upravljana promjenama

Ana Mašić, Vanja Lazić, Aleksandar Gluščević

Autor: Ana Mašić, dr.med., Dom zdravlja Zagreb-Centar

Koautori: Vanja Lazić, dr.med., Dom zdravlja Zagreb-Centar

Aleksandar Gluščević, dr.med., Dom zdravlja Zagreb-Centar

SAŽETAK

S pojmom "change management" iliti, upravljanjem promjenama, kao skupom koraka koji omogućuju postizanje promjena u manjoj (ambulantna) ili većoj (zdravstvena ustanova) organizaciji, zajednica zdravstvenih djelatnika nije dovoljno upoznata. Upravljanje promjenama moguća je karika koja nedostaje u zdravstvenim i zakonodavnim ustanovama za postizanje organizacijskog uspjeha te zadovoljavajućih rezultata.

Cilj ovog rada je prikazati korist vođenog upravljanja promjenama i primjenjivost istog na rad s pacijentom, na funkcioniranje ambulate, vođenje zdravstvene ustanove, a u krajnjem slučaju i na organizaciju i provođenje preventivnih aktivnosti u zajednici. Usputni cilj je potaknuti sudionike zdravstvenog sustava na postupanje u okviru modela upravljanja promjenama u svakodnevnom radu.

Za slikoviti prikaz modela upravljanja promjenama kroz scenarij, koristit ćemo "persone". 12 persona imaginarne su osobe sa zdravstvenim poteškoćama i potrebama konstruirane od strane Blueprint-a, inicijative Europskog partnerstva za inovacije u aktivnom i zdravom starenju (EIP on AHA). Lewinov prilagođeni i PDCA model primijenili smo na jednu osobu, kroz realan scenarij pružanja zdravstvene skrbi, radi stjecanja uvida u funkcioniranje i mogućnosti modela.

Za prikaz Lewinovog i PDCA modela kroz scenarij, odabrana je osoba Maria. Maria je iz Španjolske, no njezina starija dob, socio-ekonomski uvjeti, niska razina digitalnog obrazovanja te multimorbiditeti, predstavljaju značajan broj pacijenata u Hrvatskoj, čije stanje zahtjeva višu kvalitetu zdravstvene skrbi. PDCA model daje uvid u načine Marijinog osamostavljanja u upravljanju vlastitim zdravljem. Lewinov prilagođeni model ukazuje na mogućnosti transformacije na razini zdravstvenih ustanova i lokalne uprave, u svrhu pružanja cjelokupne skrbi prema Marijinim potrebama.

Mnoge kvalitetne ideje ne postižu željene rezultate bez sistematiziranog pristupa promjeni. Organiziranje radnih zajednica poput ambulate obiteljskog liječnika te upravljanje odnosom liječnik-pacijent i pacijent-vlastito zdravlje, može biti vođeno PDCA modelom upravljanja promjenama, i sličnima. Za transformaciju rada na višim razinama praktičniji je Lewinov prilagođeni model.

Ključne riječi: upravljanje promjenama, PDCA model, Lewinov model, Blueprint, osoba

TRANSFORMATION OF HEALTHCARE THROUGH CHANGE MANAGEMENT MODELS

The community of health professionals is not sufficiently familiar with the term "change management." Yet, change management is a possible link missing in health and legislative institutions to achieve organizational success and satisfactory results.

This paper aims to show the benefits of change management and its applicability to patient consultations, the clinic's functioning, to running a health institution, and ultimately the organization and implementation of preventive activities in the community. The incidental goal is to encourage health system participants to think through change management models in their daily work.

To illustrate the management model of change through the scenario, we will use "persons." 12 "personas" are imaginary people with health problems and needs constructed by Blueprint, an initiative of the European Partnership for Innovation in Active and Healthy Aging (EIP on AHA). Lewin's and PDCA models will be applied to the selected persona.

To show Lewin's customized and PDCA change management model, we chose persona Maria. She represents a significant number of patients in Croatia. The PDCA model provides insight into Maria's self-managing health.

Lewin's adapted model highlights the possibilities for transforming care for patients at the level of health care institutions and local government.

Many quality ideas do not achieve desired results without a systematic approach. Organizing work communities, such as a family doctor's office, can be guided by the PDCA's change management model and models alike. Lewin's custom model is more practical for transforming work at higher levels.

Keywords: change management, PDCA cycle, Lewin's model, Blueprint, persona

UVOD

Sposobnost prilagodbe i promjene ključ je za osuvremenjeno pružanje zdravstvene skrbi i zadovoljavanje rastućih potreba stanovništva, koje ima sve duži životni vijek i sve složenije zdravstvene i socioekonomske uvjete.¹ Značajan problem specifičan za zdravstvenu skrb je da gotovo dvije trećine svih ideja i projekata za promjene propadne iz mnogo razloga, kao što su loše planiranje, nemotivirano osoblje, manjkavost komunikacije ili pretjerano česte neinspirirane promjene.² Iz tog razloga zdravstvo kao cijelo, zdravstvene ustanove kao manje podjedinice, i ambulate obiteljskih liječnika, ponajviše u Sjedinjenim Američkim Državama i razvijenim zemljama Europe, priključuju se modelima upravljanja promjenama.

Upravljanje promjenama (eng. change management) je pojam za sve metodologije koje promiču usvajanje promjena u pružanju zdravstvenih usluga kroz iterativno planiranje, definirane procese te postepeni napredak k cilju.³

Priznanje kritične uloge kliničara u stvaranju trajnih promjena za poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi dodatno potvrđuje relevantnost koncepta upravljanja promjenama, a to je koncept temeljen na zajedničkoj viziji, angažmanu dionika (npr. i obiteljskih liječnika, pacijenata, i obitelji, i patronažnih sestara...) i razmišljanja usmjerenog na osobu.⁴

Postoji nekoliko različitih modela upravljanja promjenama, a svaki od njih ima jače i slabije strane, to jest, svaki model je više ili manje primjenjiv za određene situacije i organizacije. Nije jednako koristiti npr. Lewinov model ili Kubler-Rossin model za organizaciju zdravstvene ustanove u Hrvatskoj, kao što nije jednako koristiti ACE-inhibitore i diuretike za kontrolu visokog krvnog tlaka. Cilj je isti, ali putovi postizanja i uvjeti odabira su različiti, s čime su različiti i rezultati i konačno zadovoljstvo. Za Kubler-Rossin model ste vjerojatno i čuli, no u drukčijem kontekstu, kao model (malo) zastarjele podjele faza žalovanja na poricanje, ljutnju, cjenkanje, depresiju i prihvatanje.⁵

CILJ

Kroz slučaj osobe Marije, prikazat ćemo dva modela upravljanja, Lewinov i PDCA iliti Demingov ciklus, kako bi kroz teoretsku primjenu raspravili njihovu funkciju i potvrdili hipotezu, da je za uvođenje promjena potreban organiziran, strukturiran i cilju usmjeren pristup.

METODE

Oba modela ćemo objasniti kroz faze koristeći takozvanu Blueprint personu. Inicijalno dvanaest persona razvijeno je kao dio Europskog plana digitalne transformacije zdravlja i skrbi za starije, od strane tima stručnjaka pod koordinacijom empirica GmbH. Stvorene su s ciljem reprezentacije zdravstvenih mogućnosti i potreba za sveopće stanovništvo, uzimajući u obzir faktore kao razliku u dobi, zdravstvenom stanju, digitalnom pismenosti, stupnju obrazovanja, socio-ekonomskoj situaciji. Profili persona, osim navedenog, sadrže i aspekte obiteljskog života, hobije, medicinsku anamnezu i status, zdravstvene potrebe i općenite želje.⁶

Od 12 persona, za prikaz Lewinovog i PDCA modela, odabrana je osoba Maria. Maria predstavlja stariju žensku osobu, brojnih komorbiditeta, slabije socio-ekonomske situacije, s mnogim zdravstvenim tegobama i neodgovorenim zdravstvenim pitanjima. Tim značajkama, Maria predstavlja velik broj hrvatskog stanovništva, a evo i zašto. Kao prvo, značajne su se promjene dogodile u dobnom sastavu stanovništva Hrvatske, zbog dva usporedna globalna demografska procesa: smanjivanje udjela mladih uz istovremeno povećavanje udjela starog stanovništva, zbog čega dolazi do inverzije starosne piramide.⁷

Nadalje, brojno starije stanovništvo, bolje rečeno, gerijatrijsku dob, osim zdravstvenih problema, prati i niz negativnih socioekonomskih čimbenika koji utječu na zdravstveno stanje: niži socioekonomski status, opadanje društvene aktivnosti, siromašniji međuljudski kontakti i sve veća socijalna izolacija. Nižu se stresne situacije (odlazak

u mirovinu, gubici bliskih osoba), a i sama involucija čini ih podložnijima za tjelesna i za psihička oboljenja.⁸ Sve to otvara potrebu za povećanim posjetima obiteljskom liječniku, a to ka želji za boljom sociookupacijskom skrbi starijih osoba. Sve navedene karakteristike, objedinjene su u Mariji, što je detaljnije opisano na Slici 1.



Name: Maria **Country:** Spain

Age: 84 **Area:** urban

Life course: person aged 80+

Need: chronic conditions & social care

Connectivity: -

Internet usage Low High

Mobile device skills Low High

Affinity to new tech Low High

Digital Health Literacy Low High

Assistance (ICT use) No Yes

Maria lives in a flat on the 3rd floor with no central heating and no lift with her daughter June and grandson Jon, who suffer from a chronic personality disorder and mild cognitive impairment respectively. Maria's pension is little and her family is having serious financial difficulties. She has multiple chronic conditions and is prescribed many different medications. Due to her worsening eyesight she is having trouble identifying the correct medication and taking the prescribed doses correctly. Despite needing help in managing her own health, she rejects social services and does not want to go to a nursing home as she feels her family will be left unprotected without her. She has no interest in digital technology and feels isolated at home.

What's important to Maria

- ✓ Cooking and being in charge of her family
- ✓ Taking care of June and Jon
- ✓ Knitting, but less frequently due to worsening eyesight
- ✓ Watching soap operas on TV
- ✓ Feeding pigeons dry bread crumbs in the park.

Health concerns

- Chronic conditions under control but with occasional relapses:
- ✓ Diabetes with complications (e.g. eyesight)
- ✓ Heart-related: irregular heartbeat & moderate heart failure
- ✓ Moderate chronic kidney disease (CKD)
- ✓ Chronic joint disease (Osteoarthritis)

Daily living

- ✓ Manages her personal hygiene and appearance poorly
- ✓ Less able to manage her household (e.g. cleaning, groceries)
- ✓ Not going out as much as she would like to
- ✓ Family meals are neither balanced nor healthy.

Health tests

Regular check of key parameters. Latest results:

- ✓ Heart rate: normal
- ✓ Blood pressure: under control
- ✓ BMI: moderately overweight
- ✓ Cholesterol: fair levels
- ✓ Blood glucose: slightly above normal

Own resources & assets / support

- ✓ Primary health care team takes care of her illnesses. She visits the health centre at least once a month.
- ✓ In touch with her niece, who also visits Maria 2-3 times/year

Treatment: medications, therapies, etc.

- ✓ 1 insulin injection daily for glucose control
- ✓ 2 pills to control blood pressure
- ✓ 1 pill to prevent stomach ulcers
- ✓ 1 pill to lower cholesterol
- ✓ 1 pill to prevent blood clots
- ✓ Painkillers for occasional joint pain
- ✓ 1 pill to prevent water retention

Events, issues & personal concerns

- ✓ She has problems managing her own health and adherence to treatment is poor. She was recently hospitalised for taking too much rapid insulin and suffered severe hypoglycaemia
- ✓ Has no one to rely on for help, no neighbourhood friends
- ✓ She is afraid she will be blind despite treatment.

Care professional concerns

- ✓ Some clinical parameters (BP, creatinine) have improved.
- ✓ Maria has been the carer of June and Jon since her husband's death and they have become dependent on her.
- ✓ Good social services are available, but she rejects outside support (both for herself and for her family who also need it).

Unmet needs

- (1) Maria needs help with better adhering to her prescription and avoiding undesired adverse effects.
- (2) Maria feels isolated. She needs help in managing her own health but she rejects outside support.
- (3) Maria needs to take better care of herself, when it comes to personal and house hygiene. June and Jon do not participate much in her care due to their own conditions.
- (4) Maria has difficulties doing the groceries as well as cooking meals (that are healthy and well-balanced) for her family by herself, and her family's financial struggles make it harder to improve this situation.
- (5) She has very low health and digital literacy levels.

This persona was developed by Esteban de Manuel Keenoy, Kronikune / Basque Country and Javier Urraca Madinabeitia, Basque Country, with the kind support of the WE4AHA Blueprint and expert team.

Slika 1. Prikaz persone "Maria", tekst preuzet s <https://blueprint-personas.eu/persona-library/maria/>

REZULTATI

Kurt Lewinov model

Kurt Lewin, američki psiholog, temeljio je svoj model promjene na fizičkim svojstvima vode. Predložio je da se postojeće stanje prvo mora "odlediti" kako bi se omogućilo "kretanje" prema željenom ponašanju, a zatim "ponovno zalediti" u novom obliku, pretvarajući željeno ponašanje u naviku. Lewin je opisao dvije suprotstavljene sile — pokretačke sile i sile sputavanja — koje ili motiviraju ili ometaju promjenu. Kada su te sile jednake jedna naspram druge, održava se ravnoteža ili status quo, ali kada se pokretačke sile povećavaju kako bi nadjačale sile sputavanja, ili se sile sputavanja smanjuju ispod utjecaja pokretačkih sila, dolazi do promjene.⁹

Inicijatori promjene prije početka samog procesa postavljaju pitanja koja potiču tim da razmišlja o područjima koja treba poboljšati. Dionici organizacije identificiraju politike i postupke koji se mogu poboljšati ili najbolje prakse koje bi se mogle implementirati.¹⁰ Tijekom faze odmrzavanja, onima koji su otporni na promjene dana je prilika da

podijele svoje brige, što identificira prepreke i vodi do rješenja prije implementacije.⁹ Faza odleđivanja je također vrijeme za obuku tima za promjenu. Dobro pripremljen tim suočit će se s promjenama s više samopouzdanja, a razumijevanje promjene povećat će prihvaćanje.¹⁰

U Marijinom slučaju to znači da dionici, obiteljski liječnik i sestra/tehničar, obitelj bolesnice, bolesnica i drugi raspravljaju o onome što se treba poboljšati u Marijinom zdravlju i zdravstvenoj skrbi, obazirući se na njene potrebe. Mariji je potrebna pomoć u uzimanju tableta, bolja socijalizacija i omogućavanje bavljenja hobijima, pomoć oko higijene i čistoće kućanstva te pomoć pri kuhanju. Liječnik, kao inicijator promjene, prepoznat će moguće kočnice u implementiranju promjene: slaba podrška obitelji, nedovoljan broj patronažnih sestara i sestara u zdravstvenoj njezi, nedostupnost geronto-domaćica i slaba informatička pismenost bolesnice. U Lewinovom modelu, već je sad jasno, da liječnik i obitelj ne mogu djelovati na promjenu van sustava, tako da je i zadatak liječnika aktivirati npr. zdravstvenu ustanovu u kojoj radi, da bi omogućio kvalitetnu skrb Mariji.

"Kretanje" je proces gdje se promjena implementira. Trebalo bi odrediti datum za implementaciju, a od tog datuma treba slijediti samo nove usvojene načine rada. Što manje vremena traje cijeli prijelaz, brže se otpor može zamijeniti prihvaćanjem. Članovi tima neće imati vremena razmišljati o činjenici da se promjena događa, već će se morati u potpunosti uključiti u promjenu. Tijekom faze kretanja, članovi tima se potiču da podijele svoja iskustva i brige, daju povratne informacije o događanjima, čime se održava pozitivan momentum promjene. Stavljajući se naglasak na institucionaliziranje promjena, kako bi one postale ozakonjene, službene i trajne.¹¹

Faza kretanja u Marijinom slučaju značila bi aktivaciju više dionika, na višim razinama: zaposlenje većeg broja "terenskih" sestara od strane zdravstvene ustanove, djelovanje na razini lokalne samouprave i organiziranje dostave namirnica i hrane slabije pokretnima i nemoćnima te organiziranje farmakoterapijskog savjetovališta.

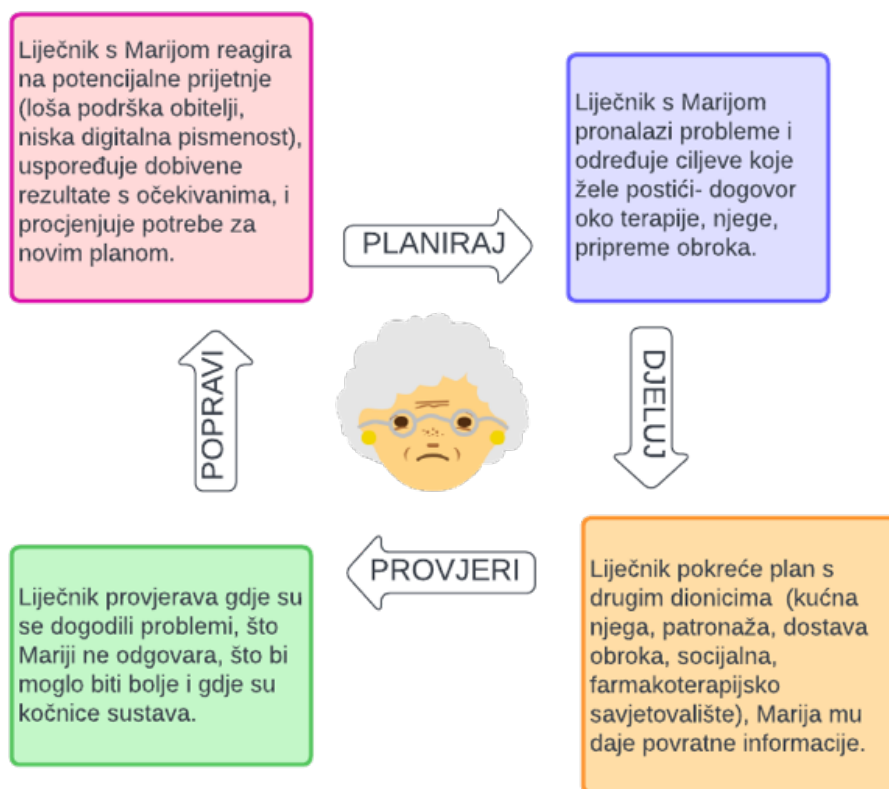
"Odleđivanje" je faza nakon početne implementacije kada novi način postaje ukorijenjen u praksi kao nova norma. Treba odrediti vremenski okvir za implementaciju, na kraju kojeg će se izvršiti evaluacija novog sustava u sklopu ponovnog zamrzavanja. U fazi odleđivanja vrši se analiza rezultata promjena. Promjene su institucionalizirane i trajne. Analizirajući pozitivne rezultate, članovi tima mogu cijeniti plodove svog truda, što će učvrstiti njihovo prihvaćanje. Ovo je također vrijeme za slavlje. Svi članovi tima trebaju biti nagrađeni za svoju ulogu u uspješnoj tranziciji.⁹

PDCA model (eng. Plan-Do-Check-Act cycle), Demingov ciklus

U usporedbi s tradicionalnijim metodama istraživanja u zdravstvu (kao što su randomizirana kontrolirana ispitivanja u kojima se intervencija određuje unaprijed, a varijacije se pokušavaju eliminirati ili kontrolirati), PDCA ciklus predstavlja pragmatičnu znanstvenu metodu za testiranje promjena u složenim sustavima. Njegove četiri faze odražavaju znanstvenu eksperimentalnu metodu formuliranja hipoteze (planiraj), prikupljanja podataka za testiranje ove hipoteze (djeluj), analiziranja i tumačenja rezultata (provjeri) i donošenja zaključaka za ponavljanje hipoteze (popravi).^{12,13}

Tablica 1. Opis PDCA ciklusa, modificirano prema Langley (1996.) 14

PLANIRAJ promjenu	Identificiraj probleme, ciljeve, isplaniraj izvođenje promjena (tko, kad, kako).
DJELUJ i testiraj promjene	Izvrši plan, dokumentiraj rezultate, probleme i analiziraj prikupljene podatke
PROVJERI rezultate	Završi analizu podataka, provjeri kočnice promjenama, usporedi dobiveno s očekivanim
POPRAVI dobiveno	Prihvati dobiveno, odbaci neočekivano i neželjeno i ponovo pokreni ciklus



Slika 2. Prikaz PDCA modela kroz personu "Maria"

Kao što Slika 2. prikazuje, a i sam naziv modela govori, PDCA je ciklus jer je njegova namijena koristiti ga iznova i iznova do usavršavanja željenih rezultata. Marijini problemi neće se riješiti odjednom, jednom konzultacijom, jednom intervencijom i neće samo tako lako dobiti svoj sretan kraj. PDCA će sve dionike svojom značajkom kruga, motivirati na daljnji razvoj.

U prvoj fazi Demingovog ciklusa, liječnik i Maria raspravljaju o njenim problemima, gdje se ona žali na lošu obiteljsku situaciju, nemogućnost kuhanja, slabljenje vida zbog čega ne može plesti, što je voljela raditi. Maria je u sveukupno lošoj socio-ekonomskoj i zdravstvenoj situaciji. Kako bi prva faza bila ispunjena, prije nego se krene na drugu fazu, liječnik mora aktivirati dionike Marijinog života, koji će biti potrebni za izvršavanje potrebnih promjena. Zatim kreće djelovanje. U realnosti, prilikom rada u ambulant, dok imamo vremena za 10-minutnu ili 15-minutnu konzultaciju, prije da ćemo odabrati 1 problem s kojim ćemo se uhvatiti u koštac, razriješiti ga na najbolji mogući način, te zatim u drugom krugu krenuti s drugim problemom. U ovom slučaju prilikom djelovanja možemo razriješiti problem farmakoterapije, korištenjem depreskripcije, smanjivanjem polifarmacije i konzultacijom s farmakoterapijskim savjetovalištem. Možemo u suradnji s patronažnom sestrom i Crvenim križem ili staračkim domom, dogovoriti povremenu dostavu obroka. U trećoj fazi, provjeravanja, prikupljamo informacije o izvršenom. U razgovoru s Marijom možemo otkriti je li zadovoljna trenutnim stanjem uzimanja lijekova. Primjerice, korištenjem depreskripcije, možda se Maria osjećala kao da liječnik odustaje od nje jer joj smanjuje lijekove. I upravo u fazi provjeravanja takve poteškoće treba dijagnosticirati da bi ih se u fazi popravljavanja eliminiralo. Tek kad završimo s fazom prikupljanja povratnih informacija i popravljavanja, možemo se spremati za planiranje drugog kruga, kad pokušavamo postići one rezultate koje nismo uspjeli u prvom ciklusu.

RASPRAVA

Nakon tekstovnog i slikovnog prikaza Lewinovog modela i PDCA ciklusa, ukratko ćemo ih usporediti.

Pukom usporedbom vidljivo je da Lewinov model ima tri koraka, a PDCA četiri. Oba započinju vrstom planiranja, skupljanjem informacija i analizom. Razlika među modelima vidljiva je u koracima nakon. Faza kretanja, tj. pokretanja promjena primjenom Lewinovog modela može trajati i godinama. Institucionaliziranje promjena, što je temelj Lewinovog modela, podupiranje promjena legislativama, smjernicama, zakonima, neizbježno je dugotrajno. S druge stran PDCA je brzi ciklus. Efektivno može biti primjenjen u jednom tjednu, čak i danu.

Učinimo, analiziramo, dobijemo rezultat i krećemo ponovo s kratkim promjenama prvotnog plana. Npr., bolesnik ima visok tlak, planiramo ga regulirati, djelujemo promjenom terapije, eventualnom dijagnostičkom obradom ovisno o drugim simptomima. Procijenimo učinjeno, analiziramo koliki krvni tlak bolesnik ima sada. Ako nismo zadovoljni, radimo novi plan i djelujemo.

Oba modela se koriste naširoko, no potrebno je model prilagoditi promjeni koju želimo napraviti i s kim ju želimo postići.

PDCA se češće koristi u manjim organizacijama, gdje uspijeva postići promjene u kraćem roku, kao što pokazuje rad Kayamori i suradnika, iz 2010. gdje je ciklus primjenjen na jedan medicinski laboratorij¹⁵, ili npr. prikaz Jagusiak-Kocik Marte iz 2017., gdje je PDCA primjenjen na rad tvornice plastike. U prikazu je vidljivo da su promjene uspješno implementirane koristeći prilagođene upute Demingovog ciklusa, a dobiveni rezultat je čak nadmašio očekivani. Tvrtka je poboljšala svoj rad za 60%, ne povećavajući troškove, te su zaposlenici ostali motivirani za daljnji krug promjena, a u pridržavanju promjenama koristili su se vidljivim i jasnim uputama. ¹⁶

S druge strane, više istraživanja ide u prilog korištenja Lewinovog modela u većim kompleksima. U primjeru Suc Jasmine i suradnika, iz 2009. u Sveučilišnoj bolnici Erlangen proveden je projekt mijenjanja zahtjeva o dokumentiranju skupog materijala u kirurškom području. Uz prilagodbu bolničkom okruženju i prohtjevima, projekt je uspješno proveden a Lewinov model promjene ocijenjen kao adekvatan. ¹⁷

ZAKLJUČAK

Florence Nightingale implicirala je da je napredak ključan za dobre pružatelje zdravstvene skrbi, kada je navela da "Za nas koji njegujemo, naša skrb je stvar kod koje, ako ne činimo napredak svake godine, svakog mjeseca, svakog tjedna, vjerujte mi na riječ, idemo unazad." ¹⁸ Status quo u zdravstvenoj njezi jednako je kao nazadovanje, jer se stanovništvo i populacija o kojoj brinemo, neprestano mijenja. Napredak implicira ne samo nova medicinska i znanstvena postignuća, već nove pristupe skrbi. Upravljanje promjenama, organiziran pristup promjeni u obiteljskoj medicini, obećava napredovanje u pružanju cjelokupne skrbi, na razini odnosa prema jednom bolesniku, na razini cijele ambulate, ustanove ili sustava.

LITERATURA:

1. Figueroa CA, Harrison R, Chauhan A, Meyer L. Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):239.
2. Nelson-Brantley HV, Ford DJ. Leading change: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2017 Apr;73(4):834-846.
3. Crowl A, Sharma A, Sorge L, Sorensen T. Accelerating quality improvement within your organization: applying the model for improvement. *J Am Pharm Assoc.* 2015;55(4):e364–e76.
4. Shaikh U, Lachman P, Padovani AJ, McCarthy SE. The care and keeping of clinicians in quality improvement. *Int J Qual Health Care.* 2020;32(7):480–485.
5. Kübler-Ross E. Questions and Answers on Death and Dying. Macmillan; New York, NY, USA: 1974.
6. WE4AHA: Enabling large-scale uptake of digital innovation for active and healthy aging. Digital Single Market. [Internet] 2018. [citirano 15.05.2022.]. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/we4aha-enabling-large-scale-uptake-digital-innovation-active-and-healthy-ageing>
7. ŽIMIĆ, D. (1999). Alica Wertheimer-Baletić STANOVNIŠTVO I RAZVOJ. Društvena istraživanja, 8 (4 (42)), 659-662.
8. Čukelj P, Antoljak N, Nakić D, Šupe Parun A, Šekerija M, Erceg M. Pregled europskih istraživanja o razlozima neodaziva ciljne populacije u preventivnim programima ranog otkrivanja raka. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo.* 2016;12(45):113-125.
9. Kennedy CL, Young W. Influencing practice with m-Health: Using Lewin's change theory to implement the usage of cell phones in the delivery of health care. *Can J Nurs Inform.* 2013;8:1-2.
10. Nucci D. Overcoming resistance to infection prevention best practices. *AORN J.* 2019;109(5):557-558.
11. Tetef S. Successful implementation of new technology using an interdepartmental collaborative approach. *J Perio Anes Nurs.* 2017;32(3):225-230.
12. MoenR, Norman C. Evolution of the PDCA cycle. 2006.
13. Speroff T, O'Connor GT. Study designs for PDSA quality improvement research. *Qual Manag Health Care* 2004;13:17–32.
14. Langley GJ. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 1st edn. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996.
15. Kayamori Y, Fujishima A, Noda N, Kurihara M, Tsutsui T, Mochimaru T, Ikematsu Y, Monji N, Ishigaki T, Aoki K, Ushinohama S, Nishioka S, Egashira S, Kang D. [Approach for prevention of medical test malpractice using ISO 15189]. *Rinsho Byori.* 2010 Aug;58(8):839-46. Japanese. PMID: 20860179.
16. Jagusiak-Kocik, M. (2016). PDCA cycle as a part of continuous improvement in the production company – a case study. *Production Engineering Archives*, 14, 19-22
17. Suc J, Prokosch HU, Ganslandt T. Applicability of Lewin's change management model in a hospital setting. *Methods Inf Med.* 2009;48(5):419-28. doi: 10.3414/ME9235. Epub 2009 Aug 20. PMID: 19696950.
18. Nightingale, F. (1914). A selection from Miss Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas's Hospital. Macmillan and Co., limited St. Martin's street, London 1914. [citirano 15.05.2022.] Dostupno na: https://archive.org/stream/florence Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas's Hospital/florence Nightingale's addresses to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas's Hospital_djv

Prehrana od najranije dobi - važan čimbenik oralnog i općeg zdravlja

Mirna Matek, mag.med techn., Anita Struški, mag.med.techn.
DZ Zagreb Centar

Ključne riječi: oralno zdravlje, opće zdravlje, pravilna prehrana

UVOD S CILJEM

Oralno zdravlje je integralni dio općeg zdravlja koji dotiče svaki aspekt čovjekova života i time utječe na njegovu kvalitetu. To je kompleksan i dinamičan sustav koji je sposoban prilagođavati se na pozitivne i negativne utjecaje sredine u kojoj živimo.(1).Briga o oralnom zdravlju zahtijeva interdisciplinarni i multidisciplinarni pristup pri čemu treba istaknuti patronažnu sestru kao najvažniju poveznicu koja koordinira sve službe. Cilj je rada opisati važnost prehrane od najranije dobi kao jednog od ključnih čimbenika na zdravlje tijekom života.

RASPRAVA

Zdravlje usne šupljine može se zaštititi prevencijom. Preventivna aktivnost omogućuje korištenje svih postojećih stručnih saznanja i zdravstvenih mjera radi čuvanja i unapređenja oralnog zdravlja, a ujedno i sprečavanja i zaustavljanja bolesti kako usne šupljine, tako i bolesti ostalih tjelesnih sustava. Svako razvojno razdoblje zahtijeva specifične preventivne mjere koje se međusobno razlikuju po vrstama i opsegu. Jedinstveni alat je edukacija, a pomoću nje treba odgojiti, holistički pristupiti i obuhvatiti psihički i fizički razvoj čovjeka. Zaštita treba biti sveobuhvatna, kontinuirana s cjelovitim pristupom, a moderna preventivna terapija bolesti usne šupljine govori o terapijskim zahvatima prije njihova nastanka (2).

Oralno i dentalno zdravlje su stanja sveobuhvatnog zdravlja usne šupljine u određene osobe i svih dijelova stomatogenog sustava koji bi trebali dati optimalan učinak kod mnogih fizioloških funkcija u životu čovjeka, a to se odnosi na zadovoljavajuću probavu, govor, mastikaciju, fizionomiju lica, psihološku stabilnost, a odnose se i na samopouzdanje.(1)

Osnovna načela prevencije oralnih bolesti obuhvaćaju niz aktivnosti kao što su pravilna prehrana, oralna higijena, važnost kontrolnih pregleda i fluoridacija te moraju funkcionirati kao cjelina. U mnogim zemljama u kojima je dobro razvijen plan preventive (Skandinavija), za procjenu rizika od karijesa, provodi se ispitivanje prehrambenih navika. Preporučuje se uzimanje prehrambene anamneze, gdje roditelj zapisuje svu djetetovu konzumiranu hranu tijekom tri do sedam dana. Prehrambeno savjetovanje u svrhu unapređenja oralnog zdravlja treba usmjeriti prema uspostavljanju dobrih prehrambenih navika, konzumaciji probavljivih ugljikohidrata te frekvenciji konzumacije međuobroka. U prehrambenom je savjetovanju važno razviti instrumente koji su razumljivi i mogu pomoći roditeljima i djeci u pozitivnim promjenama prehrambenih navika. Odlična pomoć je „šećerni sat“, koji pomaže pacijentu shvatiti koliko često tijekom dana dolazi do proizvodnje kiseline u ustima.(2)

Edukacija o pravilnoj prehrani djeteta započinje u trudnoći jer su tada buduća majka i otac izuzetno motivirani za prihvaćanje novih informacija o razvoju.

Dojenje je najbolji i najprirodniji način prehrane novorođenčeta i dojenčeta. Majčino mlijeko nije idealno za dijete samo zbog svog sastava, nego ono znatno utječe i na njegov kako fizički tako i emocionalni razvoj. Sastojci majčina mlijeka, IgA i IgG, koji štite od karijesa, usporavaju rast kariogenih bakterija. Bakterije nisu sposobne upotrijebiti laktozu iz mlijeka jer ona je zaštićena antibakterijskim i enzimatskim sastojcima. Enzim laktaza razgrađuje laktozu na jednostavne šećere glukozu i galaktozu tek u crijevima, a ne u ustima.(3) Dojenje ima niz prednosti i majčinim mlijekom mogu se prevenirati mnoge bolesti koje se razviju u kasnijem periodu života, a utječe i na pravilan razvoj usne šupljine. Majčino mlijeko nikad ne teče samo u djetetova usta, nego isključivo kada dijete aktivno siše i guta, što znači da se stvaraju impulsi koji zahtijevaju snažnu zaposlenost mišićja usta i obraza uz pomicanje donje čeljusti i jezika, a to je svojevrsan trening muskulature čime se potiče pravilan rast i razvoj čeljusti i zuba. Dakle dojenje snižava rizik od nastanka nepravilnog zagriža, nepravilnog razvoja kostura lica, hrkanja i razvoja karijesa bočice. (3,4)

Kako bi rodilja ustrajala u dojenju u tome joj pomaže patronažna sestra koja pruža stručnu i emocionalnu pomoć kako se ne bi razvili problemi koji bi mogli kod novorođenčeta i dojenčeta izazvati pothranjenost, dehidraciju i hiperbilirubinemiju, a kod majke nabreknutost dojki, bolne bradavice, začepljenje izvodnih kanalića, mastitis ili anksioznost.(5)

U nekim situacijama je dojenje kontraindicirano zbog bolesti ili stanja majke kao što su klasična galaktozemija, AIDS, TBC, lezije herpes simplex na prsima, cytomegalovirus, duševne bolesti ili ovisnost o teškim drogama te onkološke bolesti koje zahtijevaju kemoterapiju ili radioterapiju.(6) U tim situacijama važno je roditelje educirati da bi vrh bočice trebao oponašati vrh bradavice, a poželjno je da sile i kretnje koje dijete mora proizvesti budu što sličnije sisanju na prsima. Vrh, to jest, otvor dudice predviđen za novorođenčad i dojenčad je jako malen i ponekad su roditelji skloni malo ga proširiti kako bi mlijeko bolje curilo, što nikako ne treba činiti. Preporučaju se fiziološke bočice i dude koje imaju oznaku da su ortodonske. Naravno, važna je i edukacija o korištenju adaptirane mliječne formule predviđene za određenu dob djeteta koja sadržava sve nutrijente važne za rast i razvoj. Potrebno je naglasiti da nikako ne bi trebalo davati slatke napitke ili uspavljivati dijete bočicom jer je tijekom noći fiziološki smanjena salivacija što će pogodovati razvoju patogenosti bakterija i pojavnosti karijesa.(7)

Nicanjem kutnjaka između dvanaestog i osamnaestog mjeseca konzistencija hrane bi trebala biti promijenjena iz tekuće u kruću kako bi se refleks sisanja postupno zamijenio refleksom žvakanja. To je razdoblje u kojem treba početi razvijati pravilne prehrabene navike, što podrazumijeva uvođenje raznolike, uravnotežene prehrane, to jest, hranu bogatu bjelančevinama kao što su meso, mlijeko i mliječni proizvodi, voće, povrće i žitarice. Žvakanje stimulira rast čeljusti, pripomaže formiranju normalnog odnosa između gornje i donje čeljusti i smanjuje učestalost pojave karijesa.(8)

Potrebno je savjetovati roditelje da uvedu pet obroka od kojih su tri glavna i dva međuobroka. Izbjegavati ljepljivu hranu, poput grožđica, lizalica, tvrdih bombona, zašećerenih žvakaćih guma i slatkih napitaka, karamela, meda, datulja jer se takva hrana lijepi se za zube i slina je teško ispirati. Slatki obrok uzimati kao dio velikog obroka, a ne kao međuobrok. Grickalice (čips, pereci, štapići...) izbjegavati jer se lijepe za zube i ulaze u zubne fisure te ih slina teško odstranjuje.

Piti mlijeko ili vodu umjesto sokova. Većina sokova bogata je šećerom. Iako mlijeko također sadržava šećer, hranjivije je i zdravije od sokova. Piti, a ne pijuckati zaslađene i kisele napitke. Ukoliko dijete uzima neprestano grickalice i ostalu hranu usna se šupljina ne može sama obraniti od kiselina što je predispozicija za razvoj karijesa.(9)

U kontekstu zaštite oralnog zdravlja hranu možemo podijeliti na kariogenu i antikariogenu, no ta podjela zapravo govori o namirnicama koje je poželjno uzimati, kao i o onima koje štete općem zdravlju.

U kariogenu hranu ubrajamo: šećer, čokoladu, kolače, kekse, peciva, voćne pite, pudinge, zašećerene žitne pahuljice, kandirano voće, pekmeze, med, sladoled, kompote, grickalice, čips, bombone, lizalice i gazirane sokove i stoga ju treba izbjegavati ili minimalizirati. Konzumiranje antikariogene može smanjiti rizik od razvoja karijesa jer dolazi do povratka pH u ravnotežu te se time izbjegava demineralizacija cakline. Antikariogena hrana je ona koja štiti zube i poželjno ju je konzumirati a toj skupini pripadaju: mlijeko koje ispiri plak, sir koji u svom sastavu ima tiromin koji stimulira salivaciju, zeleni čaj koji sadrži katehine koji imaju antibakterijsko djelovanje, a može se naći na tržištu bez stimulansa teina, vlakna koja stimuliraju žvakanje i produkciju sline, voće i povrće i voda koja ima funkciju ispiranja. (9)

Ukoliko je onemogućena dobra priprema hrane za daljnju probavu može kod malog djeteta doći do malnutricije, gastrointestinalnih tegoba, zaostajanja u rastu i razvoju, poremećaja razvoja govora (izgovaranje riječi koje u sebi sadrže slova c, z, s, š, č, đ, f, v), a smanjenom estetikom smanjeno je i samopouzdanje što utječe na normalnu socijalizaciju.

Kada se karijes ne liječi, bolest perzistira i zahvaća sve dijelove zuba, pa kronično nastaju fistule koje mogu biti fokalna žarišta iz kojih se krvotokom bakterije mogu proširiti u sve dijelove organizma i izazvati često ireverzibilne bolesti u kasnijem periodu života, a mogu zahvatiti kardiovaskularni sustav (infektivni endokarditis, aterosklerozu, miokarditis, palpitacije, tahikardiju i infarkt miokarda, lokomotorni sustav (septičkoi artritis, infekcija zglobova, spondiloza, artroza, lumbago i osteomijelitis, respiratorni sustav (pneumonija, KOPB, astma, apsces i alergijski rinitis, sustav kože (alopecija areata, atopijski dermatitis, neurodermitis, eritem, ekcemi, urtikarija, lichen planus i granulomatozni heilitis), živčani sustav (CVI, moždano apsces i neuralgija.), gastrointestinalni sustav(gastritis, enteritis, ulcus i apendicitis), na glavi i vratu može doći do celulitisa, sinusitisa, mediastinitisa i nekrotizirajućeg fascitisa., oko stradava pojavom uveitisa i iridociklitisa, a manifestacije bubrežnog sustava mogu biti glomerulonefritisa, pijelitisa i cistitisa.. U najozbiljniju komplikaciju svakako spada sepsa zbog koje je pacijent

u velikom riziku smrtnog ishoda.(10)

ZAKLJUČAK

Briga o oralnom zdravlju kao važnom dijelu općeg zdravlja opširan je i odgovoran posao i zahtjeva stručno isplaniranu strategiju koja će djetetu donijeti zdravstvene koristi, te ga istovremeno osloboditi tereta razvoja potencijalnih psihofizičkih poremećaja i bolesti kasnije u životu. Prevencija i promocija oralnog zdravlja opširan je i odgovoran posao koji zahtijeva multidisciplinarni pristup, stručno isplaniranu strategiju, koja se provodi i koja se evaluira kako bi se mogla mijenjati ukoliko ne funkcionira. Odgovornost prevencije ne bi trebala biti dužnost samo doktora dentalne medicine nego bi se trebalo ozbiljno razmotriti i delegiranje tog važnog zadatka medicinskim sestrama/dentalnim asistentima koji su dio dentalnog tima. Medicinska sestra/dentalni asistent mora za to posjedovati određene kompetencije koje su dostižne jedino cjeloživotnim učenjem, a karika koja sve povezuje u cjelinu su patronažne sestre koje skrbe o trudnicama i s maloj djeci i koje kvalitetno mogu prenijeti svoje veliko stručno znanje na buduće roditelje.

POPIS LITERATURE:

1. Pezelj-Ribarić S. i suautori (2013). Oralno zdravlje uvijet za opće zdravlje. Rijeka, Medri
2. Koch G., Poulsen S.(2005) Pedodoncija. Naklada Slap, Jastrebarsko
3. Lothrop H.(2008) Knjiga o dojenju. Tisak, Zelina,
4. Narbutite I, Narbutite A., Linkevičienė L. (2013) .Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal,5(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24375308/> (pristupljeno 2.5.2022)
5. Amir L.H., V.H. LivingstoneV.H.(2016) Management of Common Lactation and Breastfeeding Problems.Management of Breast Diseases, Springer Berlin Heidelberg, Berlin,
6. Mazzi B. (2011) Patronažna služba i obiteljski doktor, <https://paperzz.com/doc/5146561/patrona%C5%BEna-slu%C5%BEba-i-obiteljski-doktor--pdf-> (pristupljeno 06.05.2022)
7. Hockenberry M.,Wilson D.(2011) Wong,s Nursing care of Infants and Children. St.Louis,Missuri, Elsevier Mosby 9 th. ed.,
8. Wambach K.,Riordan K.(2016) Breastfeeding and Human Lactation . 5 th ed, Burlington MA, Jones & Bartlett Learning <http://www.worldcat.org/title/breastfeeding-and-human-lactation/oclc/920392740/viewport> (pristupljeno 10.06.2022)
9. Pavić S., Lubina L., Čučković – Bagić I.(2008) Kariogena i antikariogena hrana. Sonda, Stomatološki fakultet u Zagrebu; 16: 20-22
10. Puhar I.(2004) Inspekcija u karijesologiji – karijes detektori. Sonda, Stomatološki fakultet u Zagrebu, 2004: (6)

Early childhood nutrition-a key factor for oral and general health

Mirna Matek, mag.med techn., Anita Struški, mag.med.techn,
DZ Zagreb Centar

INTRODUCTION WITH A GOAL

Oral health is an integral part of general health that touches every aspect of a person's life and thus affects its quality. It is a complex and dynamic system that is able to adapt to the positive and negative influences of the environment in which we live. (1). The aim of this paper is to describe the importance of nutrition from an early age as one of the key factors in lifelong health.

Key words: oral health, general health, proper nutrition

DISCUSSION

Oral health can be protected by prevention. Preventive activity enables the use of all existing professional knowledge and health measures in order to preserve and improve oral health, and at the same time prevent and stop diseases of the oral cavity and diseases of other body systems. Each development period requires specific preventive measures that differ in type and scope. The only tool is education, and it should be used to educate, approach holistically and include the mental and physical development of man. Protection should be comprehensive, continuous with a holistic approach, and modern preventive therapy of oral diseases speaks of therapeutic interventions before their occurrence (2).

Oral and dental health are conditions of overall oral health in certain persons and all parts of the dental system that should give optimal effect on many physiological functions in human life, including satisfactory digestion, speech, mastication, facial expressions, psychological stability, and they also refer to self-confidence. (1)

The basic principles of oral disease prevention include a range of activities such as proper nutrition, oral hygiene, the importance of check-ups and fluoridation, and must function as a whole. In many countries with a well-developed prevention plan (Scandinavia), an examination of caries risk is being conducted to assess the risk of caries. It is recommended to take a nutritional history, where the parent records all the child's food consumed for three to seven days. Nutritional counseling in order to improve oral health should be directed towards the establishment of good eating habits, consumption of digestible carbohydrates and the frequency of consumption of snacks. In nutrition counseling, it is important to develop instruments that are understandable and can help parents and children in positive changes in eating habits. An excellent aid is the "sugar clock", which helps the patient to understand how often acid is produced in the mouth during the day. (2)

Education on proper nutrition of the child begins in pregnancy because then the future mother and father are extremely motivated to accept new information about development.

Breastfeeding is the best and most natural way to feed newborns and infants. Breast milk is not only ideal for the baby because of its composition, but it also significantly affects his physical and emotional development. Ingredients of breast milk, IgA and IgG, which protect against caries, slow down the growth of cariogenic bacteria. Bacteria are not able to use lactose from milk because it is protected by antibacterial and enzymatic ingredients. The enzyme lactase breaks down lactose into simple sugars glucose and galactose only in the intestines and not in the mouth. . Breast milk never flows only into the baby's mouth, but only when the baby is actively sucking and swallowing, which means that impulses are created that require strong employment of the muscles of the mouth and cheeks with movement of the lower jaw and tongue. growth and development of jaws and teeth. Thus, breastfeeding reduces the risk of improper bite, improper development of the facial skeleton, snoring and the development of caries of the bottle. (3,4)

With the emergence of the molar between the twelfth and eighteenth month, the consistency of the food should be changed from liquid to crunch so that the sucking reflex is gradually replaced by the chewing reflex. This is the period when you need to start developing proper eating habits, which means the introduction of a

varied, balanced diet, that is, foods rich in protein such as meat, milk and dairy products, fruits, vegetables and grains. Chewing stimulates the growth of the jaw, helps to form a normal relationship between the upper and lower jaw and reduces the incidence of caries. (8)

Parents should be advised to introduce five meals, three of which are main and two snacks. Avoid sticky foods, such as raisins, lollipops, hard candies, sugary chewing gum and sugary drinks, caramels, honey, dates because such foods stick to your teeth and saliva is hard to rinse off. Take a sweet meal as part of a big meal, not as a snack.

Parents should be advised to introduce five meals, three of which are main and two snacks. Avoid sticky foods, such as raisins, lollipops, hard candies, sugary chewing gum and sugary drinks, caramels, honey, dates because such foods stick to your teeth and saliva is hard to rinse off. Take a sweet meal as part of a big meal, not as a snack.

Drink milk or water instead of juices. Most juices are rich in sugar. Although milk also contains sugar, it is more nutritious and healthier than juices. Drink, not sip sweetened and sour drinks. If a child constantly takes snacks and other foods, the oral cavity cannot defend itself against acids, which is a predisposition for the development of caries. (9)

In the context of oral health protection, food can be divided into cariogenic and anticariogenic, but this division actually talks about foods that are desirable to take, as well as those that harm general health.

Cariogenic foods include: sugar, chocolate, cakes, biscuits, pastries, fruit pies, puddings, candied cereals, candied fruit, jams, honey, ice cream, compotes, snacks, chips, candies, lollipops and carbonated juices and should therefore be avoided. or minimize. Consuming anticariogens can reduce the risk of developing caries because the pH returns to balance and thus avoids enamel demineralization. Anticariogenic food is one that protects teeth and is desirable to consume and this group includes: milk that washes plaque, cheese that contains thyromine that stimulates salivation, green tea that contains catechins that have antibacterial action, and can be found on the market without stimulant theine, fiber that stimulates chewing and saliva production, fruits and vegetables, and water that has a rinsing function. (9)

If good food preparation for further digestion is disabled, a small child may experience malnutrition, gastrointestinal problems, stunted growth and developmental disorders, speech development disorders (pronunciation of words that contain the letters c, z, s, š, č, đ, f, v), and reduced aesthetics also reduced self-confidence, which affects normal socialization.

When caries is not treated, the disease persists and affects all parts of the teeth, resulting in chronic fistulas that can be focal from which bacteria can spread to all parts of the body and often cause irreversible disease later in life. infective endocarditis, atherosclerosis, myocarditis, palpitations, tachycardia and myocardial infarction, locomotor system (septic arthritis, joint infection, spondylosis, arthrosis, lumbago and osteomyelitis, respiratory system (pneumonia, COPD and asthma, asthma and asthma, atopic dermatitis, neurodermatitis, erythema, eczema, urticaria, lichen planus and granulomatous cheilitis), nervous system (CVI, brain abscess and neuralgia), gastrointestinal system (gastritis, enteritis, ulcer and appendicitis), head and neck cellulitis, sinusitis, mediastinitis and necrotizing fasciitis., the eye suffers from uveitis and iridocyclitis with, and the manifestations of the renal system can be glomerulonephritis, pyelitis and cystitis .. The most serious complication certainly includes sepsis due to which the patient is at high risk of death. (10)

CONCLUSION

Oral health care as an important part of general health is an extensive and responsible job and requires a professionally planned strategy that will bring health benefits to the child, while relieving him of the burden of developing potential psychophysical disorders and diseases later in life. Prevention and promotion of oral health is an extensive and responsible job that requires a multidisciplinary approach, a professionally planned strategy, which is implemented and evaluated so that it can change if it does not work. seriously consider delegating this important task to nurses / dental assistants who are part of the dental team. To do this, the nurse / dental assistant must have certain competencies that are achievable only through lifelong learning, and the link that connects everything as a whole are community nurses who care for pregnant women and young children and who can pass on their extensive expertise to future parents.

LITERATURA

1. Pezelj-Ribarić S. i suautori (2013). Oralno zdravlje uvijet za opće zdravlje. Rijeka, Medri
2. Koch G., Poulsen S.(2005) Pedodoncija. Naklada Slap, Jastrebarsko
3. Lothrop H.(2008) Knjiga o dojenju. Tisak, Zelina,
4. Narbutite I, Narbutite A., Linkevičienė L. (2013) .Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal,5(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24375308/> (pristupljeno 2.5.2022)
5. Amir L.H., V.H. LivingstoneV.H.(2016) Management of Common Lactation and Breastfeeding Problems.Management of Breast Diseases,Springer Berlin Heidelberg, Berlin,
6. Mazzi B. (2011) Patronažna služba i obiteljski doktor, <https://paperzz.com/doc/5146561/patrona%C5%BEa-slu%C5%BEa-i-obiljski-doktor--pdf-> (pristupljeno 06.05.2022)
7. Hockenberry M.,Wilson D.(2011) Wong,s Nursing care of Infants and Children. St.Louis,Missuri, Elsevier Mosby 9 th. ed.,
8. Wambach K.,Riordan K.(2016) Breastfeeding and Human Lactation . 5 th ed, Burlington MA, Jones & Bartlett Learning <http://www.worldcat.org/title/breastfeeding-and-human-lactation/oclc/920392740/viewport> (pristupljeno 10.06.2022)
9. Pavić S., Lubina L., Čučković – Bagić I.(2008) Kariogena i antikariogena hrana. Sonda, Stomatološki fakultet u Zagrebu; 16: 20-22
10. Puhar I.(2004) Inspekcija u karijesologiji – karijes detektori. Sonda, Stomatološki fakultet u Zagrebu, 2004: (6)

Zainteresiranost studenata pete i šeste godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu za pojedine specijalizacije i rad u obiteljskoj medicini

Mirta Peček¹, Jelena Rakić Matić²

¹ studentica medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² specijalistica obiteljske medicine, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine DZ Zagreb Zapad

SAŽETAK

Uvod:

Odabir buduće specijalizacije predstavlja važnu odrednicu u razvoju karijere mladog liječnika. U obzir se pri odabiru specijalizacije, osim interesa za pojedini dio medicine, moraju uzeti i brojni drugi čimbenici.

Cilj:

Cilj je rada utvrditi interes studenata 5. i 6. godine studija medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu za odabir buduće specijalizacije, s naglaskom na rad i specijalizaciju iz obiteljske medicine.

Metode:

U istraživanju je sudjelovalo 262 studenata 5. i 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Odgovori su prikupljeni putem anonimne ankete u obliku Google Form obrasca.

Rezultati:

Anketu je ispunilo 262 studenata, 178 (67.9%) žena i 84 (32.1%) muškaraca, odnosno 132 (50.4%) studenata 5. godine i 130 (49.6%) studenata 6. godine. 80.9% ispitanika u svojoj karijeri želi postati bolnički liječnik, a 10.7% liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Studenti najveći interes pokazuju za specijalizacije iz pedijatrije, kardiologije, ginekologije i opstetricije, kirurgije i radiologije. Kao glavni motiv za odabir željene specijalizacije većina ispitanika navodi želju za produbljivanjem znanja iz tog područja, dok će im ravnoteža između privatnog i poslovnog života predstavljati glavni izvor zadovoljstva u budućem radu. 50% ispitanika uopće se ne vidi u radu obiteljske medicine, 22.5% ne zna, dok se 27.5% jasno vidi u radu obiteljske medicine. Kao glavni potencijalni motiv za rad u obiteljskoj medicini većina ispitanika navodi smanjenje administrativnog posla, veću plaću nego u bolnici i bolju opremljenost ordinacija. 3% ispitanika navelo je kako im je specijalizacija iz obiteljske medicine prvi izbor u odabiru željene specijalizacije, od toga su $\frac{3}{4}$ žene. Kao glavni motiv za odabir specijalizacije iz obiteljske medicine 87.5% ispitanika navelo je da želi imati vremena i za ostale aktivnosti osim posla. 65.6% ispitanika uz svoj budući posao želi imati i znanstvenu karijeru. 56.9% ispitanika nakon završetka studija želi raditi u Zagrebu. Glavni motivi koji bi potaknuli ispitanike na rad u ruralnim područjima su novčana stimulacija, dobivanje željene specijalizacije i stan.

Zaključak:

S obzirom na mali interes studenata za specijalizaciju iz obiteljske medicine i rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti općenito, od iznimne je važnosti tijekom cijelog fakultetskog obrazovanja studente uključivati u rad obiteljske medicine, kao i isticati njezinu važnost u održavanju uspješnog zdravstvenog sustava.

FUTURE SPECIALTY PREFERENCES AND INTEREST IN A CAREER IN FAMILY MEDICINE AMONG 5TH AND 6TH YEAR MEDICAL STUDENTS AT SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITY OF ZAGREB

Introduction:

A specialty choice is one of the most important decisions in young doctors' careers. This decision should also consider, despite interest in medical fields, many other factors.

Aim:

This study aims to determine 5th and 6th year medical students' at the School of Medicine, University of Zagreb preferable specialty choices and the factors influencing their choices, and interest in pursuing a career in Family Medicine (FM).

Methods:

An anonymous online questionnaire was created on Google Forms and distributed to 5th and 6th year medical students at the School of Medicine, University of Zagreb. There were 262 completed questionnaires.

Results:

262 medical students filled out the questionnaire, of which 178 (67.9%) women and 84 (32.1%) men, respectively 132 (50.4%) 5th and 130 (49.6%) 6th year medical students. 80.9% of students want to pursue their career as a hospital physician, and 10.7% as a primary care physician. Students were most interested in Pediatrics, Cardiology, Obstetrics and gynecology, Surgery, and Radiology specialties. As the main motive for choosing the desired medical specialty, most students state the desire to deepen their knowledge in this field, while the balance between private and professional life will be the source of satisfaction in their future. 50% of students reported that they were not interested in FM at all, 22.5% don't know yet, and 27.5% were interested in FM. As the main motives for potentially choosing a career in FM most students state less administrative work, higher salaries than those in hospitals, and more and better clinical equipment for FM practice office. 3% of students reported that FM is their first choice specialty, ¾ of them were women. These latter students were also more interested in a controllable lifestyle that allowed time for other activities despite work. 65.6% of students also preferred to pursue an academic career. 56.9% of students want to work in Zagreb. Higher salaries, getting a desired specialization and an apartment may encourage medical students and young doctors to work in rural areas.

Conclusion:

Because of the low interest of medical students in FM and primary care in general, it's very important to introduce students with FM earlier in medical school, and also to assert the importance of FM in every health care system.

UVOD

Odabir buduće specijalizacije predstavlja veliki korak i odrednicu u kojem će se smjeru razvijati karijera mladog liječnika. Pri odabiru specijalizacije u obzir se, pored interesa za određeni dio medicine, moraju uzeti i osobnost pojedinca, motivi koji su potaknuli liječnike na upis studija medicine, vrsta željene karijere, mogućnost bavljenja znanstvenom karijerom, željeno mjesto rada, određeni izvori zadovoljstva u radu... Važan utjecaj ima i slika o pojedinoj specijalizaciji koju student stekne tijekom nastave na fakultetu. [1]

CILJ RADA

Cilj je rada utvrditi interes studenata 5. i 6. godine studija medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu za odabir buduće specijalizacije, s naglaskom na rad i specijalizaciju iz obiteljske medicine.

METODE RADA

U istraživanju je sudjelovalo 262 studenata 5. i 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Odgovori su prikupljeni u razdoblju od 31.10.2021. do 2.12.2021. putem anonimne ankete u obliku Google Form obrasca. Anketa je sadržavala 20 pitanja.

REZULTATI

Anketu je ispunilo 262 studenata, od toga 178 (67.9%) žena i 84 (32.1%) muškaraca, odnosno 132 (50.4%) studenata 5. godine i 130 (49.6%) studenata 6. godine.

105 ispitanika (40.1%) ima opći prosjek ocjena 4.01 – 4.50, 76 (29%) 3.51 – 4.00, 67 (25.6%) 4.51 – 5.00, dok 14 ispitanika, odnosno 5.3%, ima opći prosjek ocjena niži od 3.50.

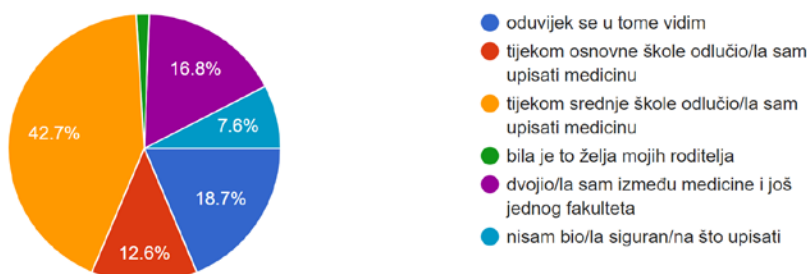
Gledajući mjesto prebivališta izvan mjesta studija, 128 ispitanika (48.9%) živi u jednom od četiri najveća hrvatska grada (Zagreb, Split, Rijeka, Osijek), 89 (34%) živi u gradu, a 45 (17.2%) na selu.

112 ispitanika (42.7%) za studij medicine odlučilo se tijekom srednje škole, 49 (18.7%) se oduvijek vidi u medicini, 44 ispitanika (16.8%) dvojilo je između medicine i još nekog fakulteta, 33 njih (12.6%) je tijekom osnovne škole odlučilo upisati studij medicine, 20 (7.6%) nije bilo sigurno što upisati, a 4 (1.5%) navodi kako je to bila želja njihovih roditelja. (Prikaz 1.)

Prikaz 1. Odabir studija medicine

Kako biste opisali svoj odabir studija medicine?

262 odgovora



Glavni motiv za upis studija medicine 118 ispitanika (45%) bio je da pomognu onima kojima je pomoć potrebna, 55 (21%) želi stvoriti temelje za zanimljiv i uzbudljiv život, 48 (18.3%) želi steći sigurno i ugledno zanimanje, 16 (6.1%) zaraditi mnogo novca i dobro živjeti, 14 (5.3%) otkriti nešto revolucionarno u medicini, 8 (3.1%) pomoći da narod u Hrvatskoj bude zdrav, a 3 njih (1.1%) zdravstveno pomoći sebi ili članu obitelji. (Prikaz 2.)

Prikaz 2. Motivi za upis studija medicine

Koji je bio glavni motiv da upišete medicinu?

262 odgovora

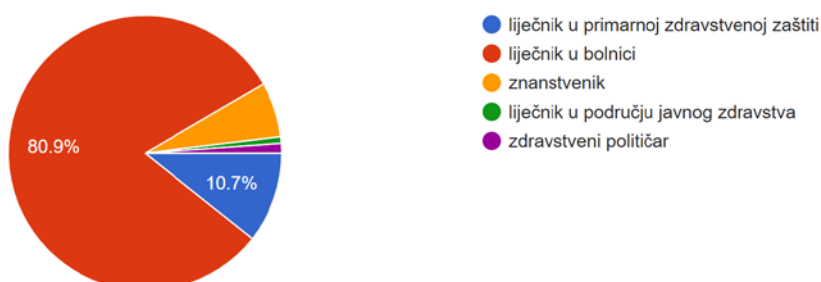


Većina ispitanika, čak njih 212 (80.9%) u svojoj karijeri želi postati bolnički liječnik, 28 (10.7%) liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, 17 (6.5%) znanstvenik, 3 (1.1%) zdravstveni političar, a 2 (0.8%) liječnik u području javnog zdravstva. (Prikaz 3.)

Prikaz 3. Raspodjela ispitanika prema željenim karijerama koje žele ostvariti

Što biste željeli postati u svojoj karijeri?

262 odgovora



Većina, 211 ispitanika (80.5%) u užoj obitelji (roditelji, brat, sestra) nema liječnika, a 51 njih (19.5%) ima. Od tih 51, 15 (29.4%) je liječnika obiteljske medicine. 55 ispitanika (21%) izjavilo je da nisu još sigurni koja im je specijalizacija prvi izbor. 31 ispitanik (11.8%) kao prvi izbor navodi specijalizaciju iz pedijatrije, 23 ispitanika (8.8%) specijalizaciju

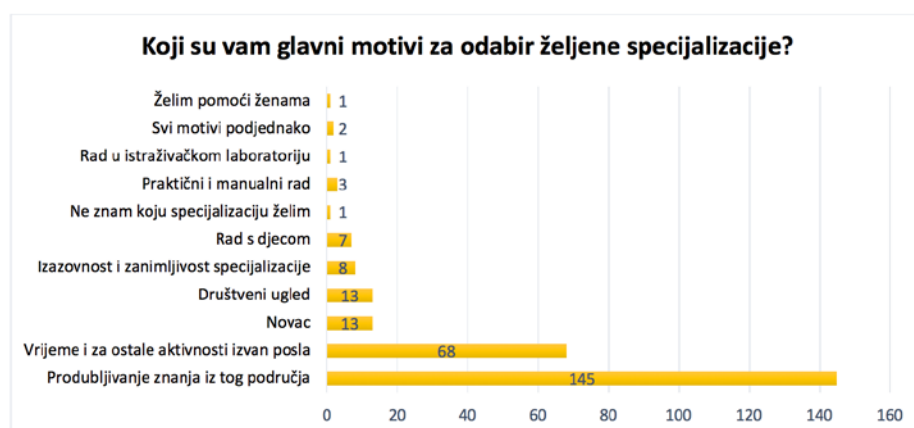
iz kardiologije, 20 ispitanika (7.6%) specijalizaciju iz ginekologije. Specijalizaciju iz obiteljske medicine kao prvi izbor odabralo je 8 ispitanika (3%). Jedan je ispitanik odgovorio da ne želi ići na specijalizaciju, već odmah na doktorski studij. (Tablica 1.)

Tablica 1. Raspodjela ispitanika prema odabiru željene specijalizacije

Naziv specijalizacije	Broj ispitanika (%) kojima je odabrana specijalizacija prvi izbor
Pedijatrija	31 (11.8)
Kardiologija	23 (8.8)
Ginekologija i opstetricija	20 (7.6)
Kirurgija	19 (7.3)
Radiologija	16 (6.1)
Dermatologija i venerologija	10 (3.8)
Psihijatrija	10 (3.8)
Gastroenterologija	9 (3.4)
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	9 (3.4)
Obiteljska medicina	8 (3.0)
Neurologija	7 (2.7)
Otorinolaringologija i kirurgija glave i vrata	5 (1.9)
Hematologija	5 (1.9)
Onkologija	5 (1.9)
Ortopedija i traumatologija	4 (1.5)
Pulmologija	3 (1.1)
Fizikalna i rehabilitacijska medicina	3 (1.1)
Opća interna	3 (1.1)
Infektologija	3 (1.1)
Oftalmologija	3 (1.1)
Hitna medicina	2 (0.8)
Školska medicina	1 (0.04)
Mikrobiologija i parazitologija	1 (0.04)
Reumatologija	1 (0.04)
Urologija	1 (0.04)
Medicinska genetika	1 (0.04)
Transfuzijska medicina	1 (0.04)
Nisam siguran/na	55 (21)
Doktorski studij, bez specijalizacije	1 (0.04)

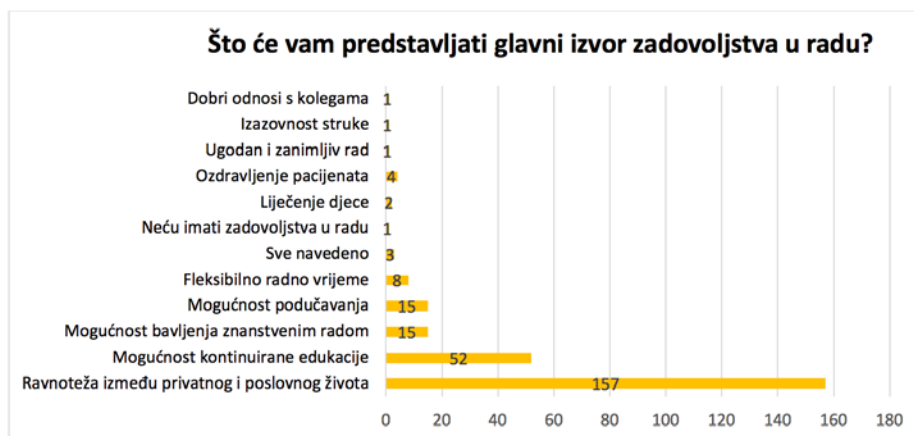
Kao glavni motiv za odabir željene specijalizacije većina ispitanika, odnosno njih 145 (55.3%) navodi produbljivanje znanja iz tog područja, zatim slijedi vrijeme za ostale aktivnosti izvan posla što je motiv 68 ispitanika (26%) te novac, koji je kao i društveni ugled, odabralo 13 ispitanika (5%). (Prikaz 4.)

Prikaz 4. Motivi za odabir željene specijalizacije



Ravnoteža između privatnog i poslovnog života većini će ispitanika, njima 157 (60%) predstavljati glavni izvor zadovoljstva u budućem radu. Mogućnost kontinuirane edukacije glavnim izvorom zadovoljstva smatra 52 ispitanika (19.8%), za 15 ispitanika (5.7%) to je mogućnost bavljenja znanstvenim radom, kao i mogućnost podučavanja. (Prikaz 5.)

Prikaz 5. Izvori zadovoljstva u budućem radu

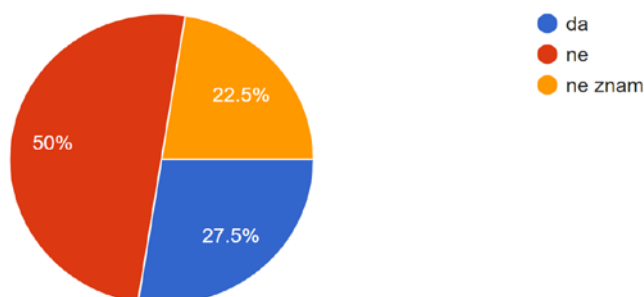


131 ispitanik, odnosno 50% ispitanika uopće se ne vidi u radu obiteljske medicine, 59 (22.5%) ne zna, dok se 72 ispitanika (27.5%) jasno vidi u radu obiteljske medicine. (Prikaz 6.)

Prikaz 6. Zainteresiranost studenata medicine za rad u obiteljskoj medicini

Vidite li se u radu obiteljske medicine?

262 odgovora



Kao glavni potencijalni motiv za rad u obiteljskoj medicini većina ispitanika, odnosno njih 179 (68.3%) navodi smanjenje administrativnog posla, zatim slijede veća plaća nego u bolnici (139 ispitanika, tj. 53.1 %) i bolja opremljenost ordinacija (137 ispitanika, tj. 52.3%). (Prikaz 7.)

Prikaz 7. Čimbenici koji bi motivirali studente na rad u obiteljskoj medicini

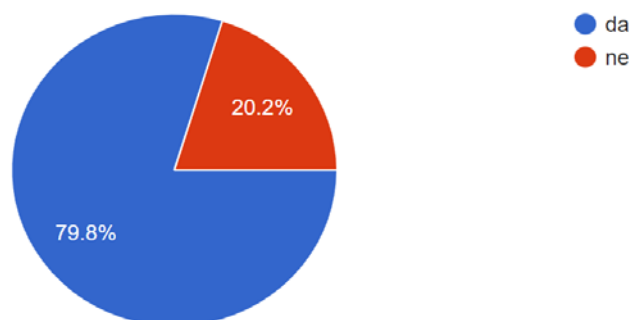


209 ispitanika, tj. 79.8% studenata rad u obiteljskoj medicini smatra zahtjevnim. (Prikaz 8.)

Prikaz 8. Stavovi studenata o zahtjevnosti rada u obiteljskoj medicini

Smatrate li rad u obiteljskoj medicini zahtjevnim?

262 odgovora



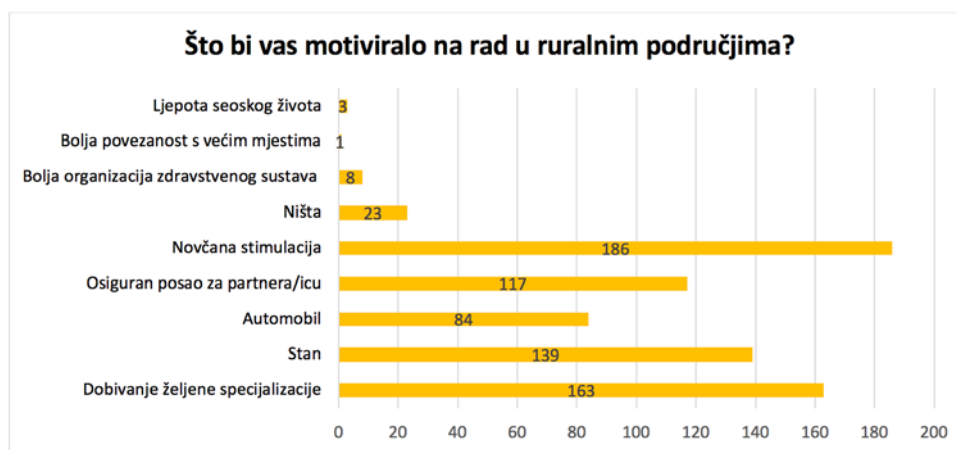
226 ispitanika (86.3%) smatra da nakon završenog studija medicine nisu spremni za samostalni rad u obiteljskoj medicini (bez prethodnog rada pod nadzorom).

172 ispitanika (65.6%) uz svoj budući posao želi imati i znanstvenu karijeru. 184 ispitanika (70.2%) smatra da je znanstvena karijera ostvariva uz rad u obiteljskoj medicini.

Većina bi ispitanika, njih 149 (56.9%) nakon završetka studija htjeli raditi u Zagrebu, 47 (17.9%) na području gdje su odrasli, 19 (7.3%) u drugim dijelovima Hrvatske, dok bi 47 ispitanika (17.9%) svoju karijeru htjeli nastaviti u inozemstvu.

Glavni motivi koji bi potaknuli ispitanike na rad u ruralnim područjima za 186 ispitanika (71%) je novčana stimulacija, za 163 (62.2%) dobivanje željene specijalizacije, za 139 (53.1%) stan, dok 23 ispitanika (8.8%) navodi kako ih na rad u ruralnim područjima ne bi moglo ništa motivirati. (Prikaz 9.)

Prikaz 9. Čimbenici koji bi motivirali studente na rad u ruralnim područjima



RASPRAVA

Uzimajući u obzir sve ispitanike, najpoželjnije specijalizacije među studentima su: pedijatrija za 31 (11.8%), kardiologija za 23 (8.8%), ginekologija i opstetricija za 20 (7.6%), kirurgija za 19 (7.3%) i radiologija za 16 (6.1%) ispitanika.

Raspodjela ispitanika prema spolu pokazuje da su najpoželjnije specijalizacije među studenticama: pedijatrija, kardiologija, ginekologija i opstetricija, kirurgija, radiologija i dermatologija i venerologija. (Tablica 2.)

Tablica 2. Raspodjela željenih specijalizacija prema spolu – studentice

Naziv specijalizacije	Broj studentica (%) kojima je specijalizacija prvi izbor	Broj studenata (%) kojima je odabrana specijalizacija prvi izbor
Pedijatrija	28 (15.7)	3 (3.6)
Kardiologija	19 (10.7)	4 (4.8)
Ginekologija i opstetricija	12 (6.7)	8 (9.5)
Kirurgija	9 (5.1)	10 (11.9)
Radiologija	9 (5.1)	7 (8.3)
Dermatologija i venerologija	9 (5.1)	1 (1.2)
Psihijatrija	6 (3.4)	4 (4.8)
Gastroenterologija	2 (1.1)	7 (8.3)
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	3 (1.7)	6 (7.1)
Obiteljska medicina	6 (3.4)	2 (2.4)
Neurologija	7 (3.9)	0 (0)
Otorinolaringologija i kirurgija glave i vrata	4 (2.2)	1 (1.2)
Hematologija	4 (2.2)	1 (1.2)
Onkologija	4 (2.2)	1 (1.2)
Pulmologija	1 (0.6)	2 (2.4)
Fizikalna i rehabilitacijska medicina	2 (1.1)	1 (1.2)
Ortopedija i traumatologija	0 (0)	4 (4.8)
Opća interna	2 (1.1)	1 (1.2)
Infektologija	1 (0.6)	2 (2.4)
Oftalmologija	2 (1.1)	1 (1.2)
Hitna medicina	1 (0.6)	1 (1.2)
Školska medicina	1 (0.6)	0 (0)
Endokrinologija	1 (0.6)	1 (1.2)
Transfuzijska medicina	1 (0.6)	0 (0)
Urologija	0 (0)	1 (1.2)
Medicinska mikrobiologija i parazitologija	0 (0)	1 (1.2)
Medicinska genetika	0 (0)	1 (1.2)
Reumatologija	0 (0)	1 (1.2)
Doktorski studij, bez specijalizacije	1 (0.6)	0 (0)
Nisam siguran/na	43 (24.1)	12 (14.3)

Među studentima, najpoželjnije su specijalizacije kirurgija, ginekologija i opstetricija, radiologija, gastroenterologija i anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina. (Tablica 2.)

Ovakva raspodjela nije karakteristična samo za Hrvatsku. Slični su podatci dobiveni u istraživanju koje su proveli Svirko E. i sur. u Velikoj Britaniji. Uspoređujući odgovore studenata sa stvarnim potrebama britanskog zdravstvenog sustava, studenti su prekomjerno birali kirurške i ostale bolničke specijalizacije, dok je specijalizacija iz obiteljske medicine bila nedovoljno zastupljena. Među studenticama je primijećen povećan interes za specijalizacije iz pedijatrije, anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja te ginekologije i opstetricije. Među studentima je došlo do pada interesa za kirurške struke, uspoređujući podatke dobivene prethodne godine. [5]

Motivi za odabir studija medicine i buduće specijalizacije

Većina ispitanika anketiranih u ovom istraživanju bila je intrinzično motivirana pri odabiru studija medicine te se 42.7% ispitanika tijekom srednje škole odlučilo za studij medicine. Glavni motiv za upis studija medicine 45% ispitanika bio je da pomognu onima kojima je pomoć potrebna, 21% želi stvoriti temelje za zanimljiv i uzbudljiv život, 18.3% želi steći sigurno i ugledno zanimanje, 6.1% zaraditi mnogo novca i dobro živjeti, 5.3% otkriti nešto revolucionarno u medicini, 3.1% pomoći da narod u Hrvatskoj bude zdrav, a 1.1% zdravstveno pomoći sebi ili članu obitelji. Također, pri odabiru buduće specijalizacije prevladava intrinzična motivacija, 55.3% ispitanika kao glavni motiv za odabir buduće specijalizacije navodi produbljivanje znanja iz tog područja, 26% vrijeme za ostale aktivnosti izvan posla te novac, koji kao i društveni ugled, kao glavni motiv navodi 5% ispitanika.

Odabir željene specijalizacije prema općem prosjeku ocjena

Ispitanici s najvišim prosjekom ocjena (4.51-5.00) kao željene specijalizacije u najvećem broju navode kardiologiju, pedijatriju, ginekologiju i opstetriciju, gastroenterologiju i kirurgiju.

Ispitanici s najnižim prosjekom ocjena (<3.50) kao željene specijalizacije navode obiteljsku medicinu, pedijatriju, kardiologiju i kirurgiju.

Utjecaj člana uže obitelji koji je obiteljski liječnik na odabir specijalizacije iz obiteljske medicine

Većina, 211 ispitanika (80.5%) u užoj obitelji (roditelji, brat, sestra) nema liječnika, a 51 njih (19.5%) ima. Od tih 51, 15 (29.4%) je liječnika obiteljske medicine. 12 ispitanika koji u užoj obitelji imaju liječnika obiteljske medicine, u budućnosti žele postati liječnik u bolnici, dok 3 njih želi postati liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. 10 ispitanika uopće se ne vidi u radu obiteljske medicine, 4 vidi, a jedan ispitanik ne zna. Svi ispitanici smatraju rad u obiteljskoj medicini zahtjevnim. 4 ispitanika nije sigurno koja im je specijalizacija prvi izbor, za 2 je to ginekologija i opstetricija, kao i neurologija, te opća interna, radiologija, hematologija, gastroenterologija, kardiologija, dermatologija i venerologija i obiteljska medicina za 1 ispitanika. Može se zaključiti kako za većinu ispitanika bliska obiteljska veza s liječnikom obiteljske medicine nema pozitivan utjecaj na odabir specijalizacije iz obiteljske medicine kao niti na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Veća izloženost radu obiteljskog liječnika ne povećava uvijek interes za ovu specijalizaciju. [3]

Interes studenata za specijalizaciju iz obiteljske medicine

Obiteljska medicina je intelektualno izazovna, pruža širinu i dubinu struke kao nijedno drugo područje medicine. [7] Od 262 ispitanika, njih 8 (3%) navelo je kako im je specijalizacija iz obiteljske medicine prvi izbor u odabiru željene specijalizacije. Među zainteresiranim ispitanicima, 6 je studentica (75%) i 2 studenta (25%). Uzimajući u obzir opći prosjek ocjena, 62.5% ispitanika ima prosjek 4.01-4.50, 12.5% ispitanika 3.51-4.00 i 25% <3.50. 12.5% ispitanika ima u bližoj obitelji liječnika, koji je obiteljski liječnik. Kao glavni motiv za odabir specijalizacije iz obiteljske medicine 87.5% ispitanika navelo je da želi imati vremena i za ostale aktivnosti osim posla, dok je 12.5% ispitanika navelo da želi zaraditi mnogo novca. Svi su ispitanici naveli da će im u budućem radu najveći izvor zadovoljstva biti ravnoteža između privatnog i poslovnog života. 75% ih smatra rad u obiteljskoj medicini zahtjevnim, 25% ih se želi baviti i znanstvenom karijerom. 50% ispitanika želi raditi u Zagrebu, 25% na području gdje su odrasli, a 25% u nekom drugom dijelu Hrvatske. Među čimbenicima koji bi ih motivirali na rad u ruralnim područjima, 50% ih je odabralo da su to dobivanje željene specijalizacije iz obiteljske medicine, osiguran posao za partnera/icu, novčana stimulacija; 37.5% stan, a za 12.5% ispitanika to je automobil.

Uspoređujući podatke dobivene u ovom istraživanju sa istraživanjem (Ević J., 2015.) [2] koje je također ispitalo stavove studenata završnih godina studija o izboru buduće specijalizacije, utvrđen je pad interesa za specijalizaciju iz obiteljske medicine (3% ispitanika u ovom istraživanju kojima je specijalizacija iz obiteljske medicine prvi izbor, u odnosu na 13% ispitanika u istraživanju Ević J.). Mnogi studenti koji upišu studij medicine i zainteresirani su za specijalizaciju iz obiteljske medicine, tijekom vremena se obeshrabruju i odustaju zbog niskog društvenog ugleda koji obiteljska medicina ima u akademskim krugovima. [3,7,8]

U istraživanju koje je provedeno 2018. u Izraelu 8.7% studenata 6.godine studija medicine pokazalo je interes za specijalizaciju iz obiteljske medicine. 68% njih bile su studentice. Glavni motivi za odabir specijalizacije iz obiteljske medicine bili su dugotrajno praćenje svojih pacijenata i ravnoteža između poslovnog i privatnog života, odnosno dovoljno vremena za obitelj i ostale aktivnosti izvan posla. Studentima koji nisu pokazali interes za specijalizacijom iz obiteljske medicine, pri odabiru specijalizacije važni čimbenici koji su utjecali na odabir željene specijalizacije, bili su društveni ugled i akademska karijera. Također, oni su smatrali da obiteljska medicina nema veliki društveni ugled niti velike mogućnosti akademskog napredovanja. [6,8]

Prema kvalitativnoj analizi provedenoj 2012. godine [8], studenti pokazuju mali interes za specijalizaciju iz obiteljske medicine i smatraju da ima nizak društveni ugled. Kao pozitivne strane rada u obiteljskoj medicini studenti navode kontinuiranu i dugotrajnu skrb o pacijentima, holistički pristup i slobodno vrijeme za obitelj i ostale aktivnosti izvan posla. Studenti su specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrali manje intelektualno zahtjevnom u odnosu na druge specijalizacije. Negativni stavovi ostalih kolega, profesora i medija, također su imali utjecaj na stvaranje takvog mišljenja o specijalizaciji iz obiteljske medicine. [8]

Prema podacima iz Novog Meksika, studenti koji su prema izmijenjenom kurikulumu bili uključeni u rad obiteljske medicine od prve godine studija, u konačnici su zadržavali i pokazivali veći interes za specijalizaciju iz obiteljske medicine, za razliku od kolega koji pohađaju studij prema tradicionalnom kurikulumu (nekoliko tjedana nastave iz obiteljske medicine). [4]

Obiteljska medicina u Hrvatskoj – 2022.

Prema podacima Hrvatske liječničke komore, liječnici obiteljske medicine čine 14% ukupnog broja liječnika u Hrvatskoj. U Hrvatskoj je trenutno 2208 liječnika obiteljske medicine, prosječne dobi 52 godine. 78% su liječnice. Liječnici koji imaju više od 60 godina čine 33% (718) ukupnog broja liječnika obiteljske medicine. Na specijalizaciji iz obiteljske medicine trenutno je 154 specijalizanata, što predstavlja pad od 26% u odnosu na ranije. Svaki liječnik prosječno skrbi o 1494 stanovnika. Uzimajući u obzir, s jedne strane izrazito mali interes studenata za specijalizaciju iz obiteljske medicine (3%) kao željene specijalizacije i da se 50% studenata uopće ne vidi u radu obiteljske medicine, i s druge prosječnu dob i udio starijih liječnika obiteljske medicine, za očekivati je da će tijekom idućih godina doći do još značajnijeg pada broja obiteljskih liječnika.

ZAKLJUČAK

S obzirom na mali interes studenata za rad u obiteljskoj medicini i primarnoj zdravstvenoj zaštiti, s razlogom se može postaviti pitanje *kakva je budućnost obiteljske medicine i općenito primarne zdravstvene zaštite*. Budući da na odabir specijalizacije utječu stavovi i iskustva stečeni tijekom studija, od iznimne je važnosti tijekom studija upoznavati studente s radom i važnosti obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite kao ključnih čimbenika uspješnog i funkcionalnog zdravstvenog sustava.

LITERATURA

1. Dolenc E. i sur. Zainteresiranost studenata šeste godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu za specijalizaciju iz anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine. *Acta Med Croatica*, 72 (2018) 5-10.
2. Ević J. Čimbenici koji utječu na želju studenata medicine za specijalizacijom iz obiteljske medicine (disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet, 2015.
3. Schafer S, Shore W, Hearst N. Is Medical School the Right Place to Choose a Speciality? *JAMA* 2001; 285(21): 2782-3.
4. Kaufman A. et al. The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. *Acad Med*. 1989;64:285- 294
5. Svirko E, Goldacre MJ, Lambert T. Career choices of the United Kingdom medical graduates of 2005, 2008 and 2009: questionnaire surveys. *Med Teach*. 2013 May;35(5):365-75
6. Naimir S, Press Y, Weissman C, Zisk-Rony RY, Weiss YG, Tandeter H. Medical students' perceptions of a career in family medicine. *Isr J Health Policy Res*. 2018;7(1):1. Published 2018 Feb 12. doi:10.1186/s13584-017-0193-9
7. Lahad A, Bazemore A, Petek D, Phillips WR, Merenstein D. How can we change medical students' perceptions of a career in family medicine? Marketing or substance? *Isr J Health Policy Res*. 2018 Aug 25;7(1):52
8. Selva Olid A, Zurro AM, Villa JJ, et al. Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. *BMC Med Educ*. 2012;12:81. Published 2012 Aug 21.

Seksualne disfunkcije u žena nakon infarkta miokarda

Mirta Peček¹, Lara Divjak¹, Jelena Rakić Matić², Marijana Peček Vidaković³

¹ studentica, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² specijalistica obiteljske medicine, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine DZ Zagreb Zapad

³ specijalistica obiteljske medicine, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine

Marijana Peček Vidaković, Orahovica

SAŽETAK

Uvod: Kardiovaskularne bolesti vodeći su uzrok smrti u svijetu i procjenjuje se da godišnje od posljedica kardiovaskularnih bolesti umire 17.9 milijuna ljudi diljem svijeta. Preko 80% ovih smrti povezano je sa srčanim i moždanim udarom. Većina se bolesnika nakon preboljelog infarkta miokarda i dalje suočava sa simptomima podležće bolesti i potrebom za promjenom životnog stila. Stoga je utjecaj infarkta miokarda na fizički, psihički i socijalni aspekt, kao i na kvalitetu života, nedvojben. Važan dio kvalitete života je i seksualnost. Seksualni problemi izvor su zabrinutosti zbog potencijalnog smanjenja zadovoljstva, učestalosti i interesa za seksualne aktivnosti. Iako su ovi problemi prisutni i u muškaraca i u žena, kvaliteta i učestalost seksualne aktivnosti manja je u žena nego u muškaraca.

Cilj:

Procijeniti dostupne podatke o postojanju i uzrocima seksualnih disfunkcija u žena nakon preboljelog infarkta miokarda te njihovim utjecajima na kvalitetu života žena.

Materijali i metode:

Pretraživana je bibliografska baza podataka PubMed koristeći sljedeće ključne riječi: "women", "sexual dysfunction", "myocardial infarction".

Rezultati:

Preboljenje infarkta miokarda ima negativan utjecaj na seksualni život žena, a kao vodeći uzrok seksualnih disfunkcija navodi se strah od ponovnog infarkta miokarda te smrtnog ishoda za vrijeme same seksualne aktivnosti. Informacije koje pacijentice dobivaju od svojih liječnika u vezi nastavka seksualne aktivnosti često su nespecifične ili pak u potpunosti izostaju. Taj manjak edukacije pacijentica predstavlja značajnu prepreku u njihovoj rehabilitaciji i pronalasku rješenja za problem seksualne disfunkcije koji smanjuje kvalitetu života žena.

Zaključak:

S obzirom na negativan utjecaj seksualnih disfunkcija na kvalitetu života žena, potrebno je ukazati na njihovu učestalost u pacijentica koje su preboljele infarkt miokarda. Poticanjem na otvorenu komunikaciju te proučavanjem literature i provođenjem dodatnih istraživanja liječnici pacijenticama mogu pružiti adekvatne informacije kako bi u konačnici zajedno otklonili uzrok problema.

Ključne riječi: seksualne disfunkcije, žene, infarkt miokarda, rehabilitacija

SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Introduction:

Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide and it is estimated that 17.9 million people worldwide die from the effects of cardiovascular diseases each year. Over 80% of these deaths are related to heart attacks and strokes. Most patients after a myocardial infarction still face the symptoms of the impending disease and the need to change their lifestyle. Therefore, the impact of myocardial infarction on the physical, mental, and social aspects, as well as on the quality of life, is undeniable. An important part of the quality of life is sexuality. Sexual problems cause concern about the potential reduction in pleasure, interest in, and frequency of sexual activity. Although these problems are present in both men and women, the quality and frequency of sexual activity are lower in women than in men.

Aim:

This review aimed to assess the available data about the existence and causes of sexual dysfunction in women after myocardial infarction and its impact on the quality of life of women.

Materials and methods:

Electronic bibliographic database PubMed was searched for publications using the following keywords: "women", "sexual dysfunction", "myocardial infarction".

Results:

The results indicate that myocardial infarction has a negative impact on women's sexual life. The main cause of women's sexual dysfunction after myocardial infarction is thought to be fear of reinfarction or sudden death during sexual activity. The information offered by physicians on the resumption of sexual activity are often unspecific and in some cases are not offered at all. Lack of patient education represents a barrier both in rehabilitation and in search of solutions to a sexual dysfunction that has been proven to diminish the quality of life of women.

Conclusion:

As sexual dysfunction has a negative impact on the quality of life of women, the frequency of its occurrence in patients after myocardial infarction needs to be brought to the physician's attention. It is only with open patient-physician communication, further education, and research possible to provide adequate information to patients in order to resolve core issues of the problem together.

Keyword: sexual dysfunction, women, myocardial infarction, rehabilitation

UVOD

Kardiovaskularne bolesti vodeći su uzrok smrti u svijetu i procjenjuje se da godišnje od posljedica kardiovaskularnih bolesti umire 17.9 milijuna ljudi diljem svijeta. Preko 80% ovih smrti povezano je sa srčanim i moždanim udarom. [1] Većina se bolesnika nakon preboljelog infarkta miokarda i dalje suočava sa simptomima predležće bolesti i potrebom za promjenom životnog stila. Stoga je utjecaj infarkta miokarda na fizički, psihički i socijalni aspekt, kao i na kvalitetu života, nedvojben. [2,3] Važan dio kvalitete života je i seksualnost. [4] Seksualni problemi izvor su zabrinutosti zbog potencijalnog smanjenja zadovoljstva, učestalosti i interesa za seksualne aktivnosti, a također imaju nepovoljan utjecaj na cjelokupno blagostanje pacijenta i njegovo samopoštovanje. [4-7] Iako su ovi problemi prisutni i u muškaraca i u žena, kvaliteta i učestalost seksualne aktivnosti manja je u žena nego u muškaraca. [8,9] Žene koje imaju seksualne probleme rjeđe traže pomoć i sklonije su prikrivanju istih zbog prisutnih kulturnih barijera. [8] Tema seksualnosti i dalje predstavlja svojevrsan izazov u komunikaciji između zdravstvenih radnika i pacijenata. [4] Većina kardiologa i medicinskih sestara rutinski ne uzimaju seksualnu anamnezu kardioloških bolesnika, a pacijentima je često neugodno razgovarati o seksualnosti. [10]

CILJ RADA

Procijeniti dostupne podatke o postojanju i uzrocima seksualnih disfunkcija u žena nakon preboljelog infarkta miokarda te njihovim utjecajima na kvalitetu života žena, kao i ukazati na važnost podizanja svijesti o ovom problemu među zdravstvenim djelatnicima.

METODE RADA

Pretraživana je bibliografska baza podataka PubMed koristeći sljedeće ključne riječi: "women", "sexual dysfunction", "myocardial infarction". Pretraživanje je rezultiralo s 42 rada. U ovaj pregledni rad uključeni su oni radovi koji obrađuju seksualne disfunkcije u žena nakon preboljenja infarkta miokarda i oni koji obrađuju seksualne disfunkcije i u žena i muškaraca, ali s jasno odvojitivim rezultatima koji se odnose na žene. Navedenim kriterijima odgovaralo je 18 radova.

REZULTATI

Ovaj pregledni rad uključuje 18 istraživanja, 9 kvantitativnih i 9 kvalitativnih. Većina istraživanja objavljena je od 2009. do 2019. godine. Prema podacima u literaturi glavni problemi povezani sa seksualnošću, a koje žene navode nakon preboljenja IM su: potpuno odsustvo ili smanjenje seksualnih aktivnosti, nezadovoljstvo seksualnim odnosom, strah od reinfarkta ili iznenadne smrti tijekom seksualne aktivnosti, manjak znanja i informiranosti

o seksualnoj aktivnosti nakon IM, nedobivanje potrebnih informacija od zdravstvenih radnika i izostajanje savjetovanja. [8,9,11,16,18] Taj manjak edukacije pacijentica predstavlja značajnu prepreku u njihovoj rehabilitaciji i pronalasku rješenja za problem seksualne disfunkcije koji smanjuje kvalitetu života žena.

RASPRAVA

Akutni infarkt miokarda (AIM)

Akutni infarkt miokarda je nekroza miokarda uzrokovana iznenadnom ishemijom koronarnih arterija (najčešći uzrok je tromboza koronarnih arterija, nastala kao posljedica nestabilnosti aterosklerotskog plaka). [12] Procjenjuje se da je u SAD-u preko 5 milijuna pregleda u hitnoj službi povezano s boli u prsima, a preko 800 000 ljudi doživi AIM. Stopa smrtnosti procjenjuje se na 27%. Rizični faktori za razvoj AIM mogu se podijeliti u 3 skupine: nepromjenjivi (dob, spol, obiteljska anamneza), promjenjivi (pušenje, konzumacija alkohola, tjelesna neaktivnost, loša prehrana, hipertenzija, šećerna bolest, dislipidemija, metabolički sindrom) i ostali (CRP, lipoproteini, fibrinogen, kalcifikacija koronarnih arterija, homocistein, LDL). Primarna prevencija usmjerena je na smanjivanje promjenjivih rizičnih faktora, što se ostvaruju promjenom životnog stila. Glavni simptom AIM je bol u prsištu koja po intenzitetu može varirati od blaže do jake i nepodnošljive boli, trajanja >20 minuta. Najčešće je karaktera pečenja, stezanja ili pritiska, bolovi se često šire u lijevu ili obje ruke, u leđa ili vrat do donje čeljusti, ali i u epigastrij. [13] Od simptoma se još mogu javiti mučnina i povraćanje, zaduha, preznojavanje, sinkopa, anksioznost i strah od smrti. [14] U otprilike 20% pacijenata (bolesnici oboljeli od šećerne bolesti, stariji, postoperativno, žene) nije prisutan simptom boli u prsištu. [13] Dijagnoza IM postavlja se na temelju povišenih vrijednosti specifičnih serumskih markera (troponin T i I), uz prisutstvo barem jednog od navedenog: simptomi ishemije, promjene ST-spojnice ili novonastali blok lijeve grane, prisutnost q zupca na EKG-u, dokaz promjene vijabilnosti miokarda i postmortem ili angiografski dokazan tromb u koronarnoj arteriji. [14] Inicijalno zbrinjavanje AIM za cilj ima smanjenje bolova, brzo prepoznavanje promjena ST-spojnice na EKG-u, započinjanje reperfuzijske terapije i održavanje hemodinamske stabilnosti. [13] Početna terapija uključuje acetilsalicilnu kiselinu 300mg te po potrebi kisik na masku, nitroglicerina sublingvalno i morfin 2-5 mg IV (po potrebi ponoviti), a daljnja terapija razlikuje se ovisno radi li se o STEMI ili NSTEMI. [15]

Seksualne disfunkcije

Seksualna disfunkcija podrazumijeva kvantitativni poremećaj seksualnog nagona koji se očituje poremećajem u seksualnom odgovoru ili kao bol pri seksualnoj aktivnosti. Poremećaji smanjenog seksualnog nagona znatno su češći od poremećaja povišenog seksualnog nagona, a mogu se pojaviti u bilo kojoj od četiri faze kroz koje se seksualni nagon ostvaruje (želja, uzbuđenje, orgazam i smirenje). [21] Procjenjuje se da u SAD-u 43% žena i 31% muškaraca ima neki od oblika seksualne disfunkcije, a neki od značajnijih rizičnih čimbenika su ženski spol, starija životna dob, podležće psihijatrijske bolesti te komorbiditeti poput kardiovaskularnih, endokrinoloških i neuroloških bolesti. [22,23] Etiološki seksualne disfunkcije mogu biti organske i psihogene. Organske seksualne disfunkcije posljedica su tjelesnih bolesti kao što je bolest koronarnih arterija te različitih ginekoloških stanja, a mogu biti inducirane i lijekovima. Psihogene seksualne disfunkcije posljedica su intrapsihičkog i/ili interpersonalnog uzroka u čijem nastanku ulogu imaju emocionalni, partnerski, kontekstualni, bihevioralni i kognitivni čimbenici. U praksi su većina seksualnih disfunkcija one koje sadrže i organsku i psihogenu komponentu. [21,23] U jedanaestoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) seksualne disfunkcije čine kategoriju HA0 koja obuhvaća hipoaktivnu seksualnu želju, disfunkcije seksualnog uzbuđenja, orgazmičke disfunkcije, disfunkcije ejakulacije, druge specificirane seksualne disfunkcije i nespecificirane seksualne disfunkcije, dok poremećaji sa seksualnom boli čine zasebnu kategoriju HA2. [24] Kako bi se postavila dijagnoza seksualne disfunkcije, poremećaj se mora pojaviti u emocionalnoj vezi koju obje osobe žele nastaviti u više od pola pokušaja seksualne aktivnosti u razdoblju od najmanje 6 mjeseci, a u kojoj je seksualna aktivnost prije bila zadovoljavajuća. [21] Od iznimne je važnosti detaljno uzeta seksualna anamneza, ali i povijest bolesti pacijenta koja može ukazati na neki od organskih uzroka. [22] U slučaju organskog uzroka liječenje je etiološko u svakom slučaju kada je to moguće, dok je liječenje seksualnih disfunkcija ostalih uzroka kompleksnije te može uključivati psihoterapiju i/ili primjenu lijekova. [21] Najčešće korištena psihoterapijska metoda je kognitivno-bihevioralna terapija, dok se od lijekova primjenjuju lubrikanti, pripravci s anestetičkim djelovanjem i lijekovi koji smanjuju bol i dovode do mišićne relaksacije u lokalnoj terapiji te psihofarmaci u sustavnoj terapiji. [21,22]

Seksualne disfunkcije u žena nakon IM

U preglednom radu autora Emami Zeydi i sur. ističe se da zabrinutost povezana sa seksualnom aktivnosti nakon IM utječe na sam tijek i ishod oporavka, a kao uzrok se navodi nedostatak znanja o ovoj temi, kao i nedovoljna informiranost od strane zdravstvenih radnika. Anksioznost i strah od reinfarkta ili smrti tijekom seksualnih aktivnosti uzrokuju smanjenu želju i učestalost seksualnih aktivnosti. Kao potencijalno rješenje navodi se veće uključivanje medicinskih sestara i seksualnih edukatora u rehabilitaciju žena nakon IM. [11] Prevalencija seksualnih disfunkcija veća je u žena koje su preboljele IM, u usporedbi s onima koje nisu imale IM, a odnose se na poremećaje uzbuđenja, želje, lubrikacije i orgazma, kao i na smanjenje učestalosti seksualnih aktivnosti. [8] Kod nekih su se žena javljale i palpitacije, bol i otežano disanje za vrijeme seksualnih aktivnosti, te je to utjecalo na razvoj straha od reinfarkta. Neke od ispitanica smatrale su da je važno imati funkcionalan seksualni život, dok drugima to nije bilo važno. Unatoč činjenici da nisu svi odnosi intimni, postojanje bliskog odnosa s partnerom važno je za uspješnu rehabilitaciju. [16] Utjecaj IM na seksualnost nije ograničen samo na seksualnost osobe koja je doživjela IM, već i na seksualnost partnera/ice. U istraživanju koje su proveli Arenhall i sur. dobiveni rezultati pokazali su da je došlo do smanjenja seksualne želje, zadovoljstva i postizanja orgazma i u partnera žena koje su doživjele IM. Od 36 partnera, u 23 njih došlo je do smanjenja učestalosti seksualnih aktivnosti, a u 6 njih do povećanja učestalosti. [17] Uspoređujući muškarce i žene, seksualna disfunkcija nakon IM zabilježena je u 80% žena i 37% muškaraca, s većim smanjenjem učestalosti seksualnih aktivnosti u žena u odnosu na muškarce (53.9 % žena, 32.4 % muškaraca). 85.5 % ispitanika kao razlog ponovno navodi strah od reinfarkta. 97.1 % ispitanika pri otpustu iz bolnice nije dobilo nikakve informacije vezane uz seksualne aktivnosti nakon IM, a 57.8% njih željelo je biti informirano o toj temi. [18] U istraživanju koje su proveli Lindau i suradnici dobiveni rezultati pokazali su kako liječnici u SAD-u i Španjolskoj rijetko savjetuju mlađe pacijente (18-55 godina starosti), a osobito žene, oko nastavka seksualne aktivnosti u prvom mjesecu nakon IM, unatoč činjenici što je većina njih bila seksualno aktivna, seksualnost doživljavala kao važan dio života te smatrala da je prikladno razgovarati o toj temi. Manje od 15% pacijenata koji su bili savjetovani primili su nedosljedne preporuke, a dvije trećine njih dobilo je dopuštenje od liječnika da nastave sa seksualnim aktivnostima, no da tu aktivnost i/ili napor tijekom aktivnosti ograniče. Pacijenti su generalno bili zadovoljni dobivenim preporukama te su cijenili samu raspravu. [25] Birkhäuser u svom preglednom radu napominje kako je seksualna aktivnost u prva dva tjedna nakon IM kontraindicirana, a daljnje preporuke se trebaju davati ovisno o skupini kardiovaskularnog rizika kojoj pacijent pripada određenoj prema Princetonškom konsenzusu. Većina pacijenata nalazi se u skupini niskog rizika te ih se treba poticati na nastavak seksualne aktivnosti. Pacijentima visokog rizika potrebno je liječiti podležuću kardiovaskularnu bolest, dok je pacijentima skupine srednjeg rizika potrebna ponovna kardiološka procjena kako bi se odredilo daljnje postupanje. [28] Thorson naglašava važnost proaktivne uloge liječnika u individualnoj procjeni i savjetovanju pacijenta te preporučuje nastavak seksualne aktivnosti kod stabilnih pacijenata dva do šest tjedana nakon IM uz obavezne konzultacije s liječnikom u slučaju pojave simptoma koji bi mogli upućivati na akutno stanje. [30] Većina žena koje su razgovarale sa svojim liječnicima samoinicijativno su pokrenule razgovor o seksualnosti nakon IM i smatraju da bi savjetovanje trebao započeti kardiolog, a nastaviti ga članovi rehabilitacijskog tima. [19] Preporučuje se korištenje PLISSIT modela intervencije u kardiovaskularnoj rehabilitaciji koji razlikuje slučajeve seksualne disfunkcije koje je potrebno uputiti seksualnom terapeutu od onih koje može provoditi rehabilitacijski tim davanjem savjeta prema smjernicama. [26] U istraživanju koje su proveli Eyada i Atwa utvrđeno je da pacijenti koji su završili kardiovaskularnu rehabilitaciju imaju 3.77 puta veću vjerojatnost da ponovno uspostave seksualnu aktivnost, u usporedbi s onima koji nisu obavili kardiovaskularnu rehabilitaciju. [20] Međutim, broj je pacijenata koji koriste kardiovaskularnu rehabilitaciju nakon IM, prema istraživanju koje su proveli Drory i Gerber, 20%. Povratak radnim i seksualnim aktivnostima ostvarilo je njih 83%, odnosno 87%. [31] Upućivanje na kardiovaskularnu rehabilitaciju može biti od velike koristi za pacijente, ne samo u sekundarnoj prevenciji bolesti, već i poboljšanju kvalitete života. [30] Naglašava se i važnost komunikacije liječnika i pacijenta o seksualnom životu u rutinskoj skrbi jer seksualna disfunkcija u žena može uputiti na postojanje komorbiditeta te omogućiti njihovo rano otkivanje. [25,27] Jackson navodi kako seksualna disfunkcija u muškaraca može biti predpokazatelj kardiovaskularnih bolesti, dok seksualna disfunkcija u žena nije povezana s bolešću koronarnih arterija. Nadodaje i kako seksualna aktivnost ne predstavlja težak oblik kardijalnog stresa zbog čega je rizik od akutnog incidenta nizak. [28] Rezultati dobiveni u istraživanju McCall-Hosenfelda ne ukazuju na povećanu incidenciju kardiovaskularnih bolesti u žena koje su prijavile nezadovoljstvo u seksualnoj aktivnosti, no uočena je povećana incidencija bolesti perifernih arterija. [29]

ZAKLJUČAK

Seksualne disfunkcije čest je nalaz u žena nakon preboljenog IM. Liječnici ju zanemaruju, a otežana komunikacija i manjak informacija u vezi nastavka seksualne aktivnosti dovode do osjećaja nesigurnosti i straha ne samo u pacijenata, već i u njihovih partnera. Smjernice za liječnike su oskudne, a time i informacije koje pacijenti primaju vrlo raznolike. Seksualnost kao dio kardiovaskularne rehabilitacije pokazala se poželjnom zbog svog pozitivnog učinka na nastavak seksualne aktivnosti nakon IM. Postoje i naznake kako bi seksualna disfunkcija mogla uputiti na postojanje komorbiditeta u pacijentica, iako čvrstih dokaza da je povezana uz incidenciju kardiovaskularnih bolesti nema. S obzirom na to da seksualne disfunkcije imaju negativan utjecaj na kvalitetu života žena, potrebna su daljnja istraživanja i otvorena komunikacija kako bi se uzroci ovog problema razriješili, a normalan život žena nakon IM nastavio.

LITERATURA

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases. [Internet]. 2021. [pristupljeno 23. 2.2022.]. Dostupno na: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
2. Simpson E, Quality PL. Of life after acute myocardial infarction: a comparison of diabetic versus non-diabetic acute myocardial infarction patients in Quebec acute care hospitals. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:80. doi: 10.1186/1477-7525-3-80.
3. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2007;16(2):391-401.
4. Miner MM. Sexual activity after myocardial infarction: when to resume the use of erectogenic drugs. *Curr Sex Health Rep*. 2006; 3(1):30-34.
5. Fogari R, Zoppi A. Effects of antihypertensive therapy on sexual activity in hypertensive men. *Curr Hypertens Rep*. 2002;4(3):202-210.
6. Schumann J, Zellweger MJ, Di Valentino M, Piazzalunga S, Hoffmann A. Sexual dysfunction before and after cardiac rehabilitation. *Rehabil Res Pract*. 2010;2010:823060.
7. Özdemir L, Akdemir N. Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: implications for training. *Aust J Adv Nurs*. 2008; 26(1):42-52.
8. Oskay U, Can G, CamcN G. Effect of myocardial infarction on female sexual function in women. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291(5):1127-1133.
9. Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2000;85:1283-1287.
10. Byrne M, Doherty S, McGee HM, Murphy AW. General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. *BMC Fam Pract*. 2010;11:40.
11. Emami Zeydi A, Sharafkhani M, Armat MR, Gould KA, Soleimani A, Hosseini SJ. Women's Sexual Issues After Myocardial Infarction: A Literature Review. *Dimens Crit Care Nurs*. 2016 Jul-Aug;35(4):195-203. doi: 10.1097/DCC.000000000000187. PMID: 27258956.
12. Wakai AP. Myocardial infarction (ST-elevation). *BMJ Clin Evid*. 2011 Jan 7;2011:0202. PMID: 21477402; PMCID: PMC3217814.
13. Boateng, S., & Sanborn, T. (2013). Acute myocardial infarction. *Disease-a-Month*, 59(3), 83–96. doi:10.1016/j.disamonth.2012.12.
14. Ralston, S. H., Penman, I. D., Strachan, M. W. J., & Hobson, R. (Eds.). (2018). *Davidson's principles and practice of medicine* (23rd ed.). Elsevier Health Sciences.
15. Guedeney P, Collet JP. Diagnosis and Management of Acute Coronary Syndrome: What is New and Why? Insight From the 2020 European Society of Cardiology Guidelines. *J Clin Med*. 2020 Oct 28;9(11):3474. doi: 10.3390/jcm9113474. PMID: 33126578; PMCID: PMC7692678.
16. Söderberg LH, Johansen PP, Herning M, Berg SK. Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2013 Dec;22(23-24):3532-40. doi: 10.1111/jocn.12382. Epub 2013 Oct 11. PMID: 24118632.
17. Arenhall E, Eriksson M, Nilsson U, Steinke EE, Fridlund B. Decreased sexual function in partners after patients' first-time myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018 Aug;17(6):521-526. doi: 10.1177/1474515117751904. Epub 2018 Jan 2. PMID: 29291637.
18. Yıldız H, Pinar R. Miyokard infarktüsü hastalarda cinsel disfonksiyon [Sexual dysfunction in patients with myocardial infarction]. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2004 Dec;4(4):309-17. Turkish. PMID: 15590359.
19. Abramsohn EM, Decker C, Garavalia B, Garavalia L, Gosch K, Krumholz HM, Spertus JA, Lindau ST. "I'm not just a heart, I'm a whole person here": a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction. *J Am Heart Assoc*. 2013 Jul 24;2(4):e000199. doi: 10.1161/JAHA.113.000199. PMID: 23885024; PMCID: PMC3828784.
20. Eyada M, Atwa M. Sexual function in female patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction. *J Sex Med*. 2007 Sep;4(5):1373-80. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00473.x. Epub 2007 Apr 19. PMID: 17451489.
21. Begić D. Poremećaji seksualnog nagona. U: Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015. Str. 276-284.
22. Shafer LC. Sexual Disorders or Sexual Dysfunction. U: Stern TA, Freudreich O, Smith FA, Fricchione GL, Rosenbaum JF, ur. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 7. izd. Elsevier; 2018. Vol. 2, str. 279-290.
23. ClinicalKey [Internet]. Anthony AG. Sexual Dysfunction in Women; 2022 January 1 [pristupljeno 5.3.2022.]. Dostupno na: https://www.clinicalkey.com/#/content/derived_clinical_overview/76-s2.0-B9780323755702008274
24. Arbanas G. Novosti u MKB-11 u području seksualnog zdravlja. *Liječ Vjesn* 2020;142:414-419. doi: 10.26800/LV-142-11-12-62.
25. Lindau ST, Abramsohn EM, Bueno H, D'Onofrio G, Lichtman JH, Lorenze NP, Mehta Sanghani R, Spatz ES, Spertus JA, Strait K, Wroblewski K, Zhou S, Krumholz HM. Sexual activity and counseling in the first month after acute myocardial infarction among younger adults in the United States and Spain: a prospective, observational study. *Circulation*. 2014 Dec 23;130(25):2302-9. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012709. Epub 2014 Dec 15. PMID: 25512442; PMCID:PMC4322946.
26. Seidl A, Bullough B, Haughey B, Scherer Y, Rhodes M, Brown G. Understanding the effects of a myocardial infarction on sexual functioning: a basis for sexual counseling. *Rehabil Nurs*. 1991 Sep-Oct;16(5):255-64. doi:10.1002/j.2048-7940.1991.tb01230.x. PMID: 1891650.
27. Pollard AR, Davis M, Zeymo A, Iglesia CB. Association between comorbidities and female sexual dysfunction: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Int Urogynecol J*. 2019 Mar;30(3):377-383. doi: 10.1007/s00192-018-3739-7. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30178126.
28. Jackson G. Sexual response in cardiovascular disease. *J Sex Res*. 2009 Mar-Jun;46(2-3):233-6. doi: 10.1080/00224490902747693. PMID: 19308845.
29. McCall-Hosenfeld JS, Freund KM, Legault C, Jaramillo SA, Cochrane BB, Manson JE, Wenger NK, Eaton CB, McNeely SG, Rodriguez BL, Bonds D. Sexual satisfaction and cardiovascular disease: the Women's Health Initiative. *Am J Med*. 2008 Apr;121(4):295-301. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.11.013. PMID: 18374688.
30. Thorson AI. Sexual activity and the cardiac patient. *Am J Geriatr Cardiol*. 2003 Jan-Feb;12(1):38-40. doi: 10.1111/j.1076-7460.2003.01755.x. PMID: 12502914.
31. Drory Y, Gerber Y. [Clinical outcome and psychosocial adjustment 10-13 years after a first acute myocardial infarction: preliminary findings]. *Harefuah*. 2009 Oct;148(10):688-93. 734. Hebrew. PMID: 20073396.

Sigurnost pacijenata - pogled iz studentske perspektive

Mirta Peček¹, Danijela Mosковиć,¹ Luka Pavlinac¹, Jelena Rakić Matić²

¹ studentica/student, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² specijalistica obiteljske medicine, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine DZ Zagreb Zapad

SAŽETAK

Uvod:

Sigurnost pacijenata je temeljno načelo zdravstvene zaštite koje obuhvaća prevenciju, sanaciju štete i unaprjeđenje zdravstvene zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi.

Cilj:

Cilj je rada utvrditi znanje i stavove studenata medicine 4., 5. i 6. godine studija medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu o pojmu sigurnosti pacijenata.

Metode:

U istraživanju je sudjelovalo 80 studenata 4., 5. i 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Odgovori su prikupljeni putem anonimne ankete u obliku Google Form obrasca.

Rezultati:

Anketu je ispunilo 80 studenata, 56 (70%) žena i 24 (30%) muškaraca, odnosno 33 (41.3%) studenata 4. godine, 30 (37.5%) studenata 5. godine i 17 (21.3%) studenata 6. godine. 60% ispitanika dosad se susrelo s pojmom sigurnost pacijenta, no tek 17.5% njih samostalno i u potpunosti može definirati značenje tog pojma. Gotovo svi (98.8%) ispitanici smatraju da je sigurnost pacijenta važna te da u tome važnu ulogu ima i komunikacija s kolegama i radno okruženje. Većina ispitanika slaže se sa svim tvrdnjama u upitniku. 97.5% ispitanika smatra da su medicinske sestre/tehničari važan u osiguranju sigurnosti pacijenta, 96.3% da su u sigurnost pacijenta uključeni i studenti medicine faktor i srodnih zanimanja, 91.5% da zdravlje liječnika utječe na sigurnost pacijenta, 86.3% da timovi bez nositelja negativno utječu na sigurnost pacijenta, a 83.8% da administrativni poslovi troše vrijeme liječnika namijenjeno skrbi pacijenta i tako negativno utječu na sigurnost pacijenta. 92.5% ispitanika smatra da je rizik da pacijent umre od medicinske nezgode veći od rizika smrti u zrakoplovnoj nesreći, 71.3% slaže se s tvrdnjom da 80% informacija koje pacijenti dobiju kod liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odmah zaborave, što izravno dovodi u pitanje sigurnost pacijenta, dok tvrdnju 1 od 9 prijema u hitnoj službi povezano je sa štetnim učincima lijekova, što je pokazatelj loše sigurnosti pacijenata 53.8% ispitanika smatra točnom.

Zaključak:

Prema prikupljenim podacima i s obzirom na slab odaziv, studentima medicine pojam sigurnosti pacijenata je nepoznat i ne mogu ga u potpunosti samostalno definirati, ali ga smatraju iznimno važnim za pružanje optimalne zdravstvene zaštite. Stoga je potrebno educirati studente i razviti svijest o sigurnosti pacijenata kako bi se stvorilo sigurno okruženje i omogućila učinkovita skrb za pacijente.

Ključne riječi: sigurnost pacijenta, studenti medicine

PATIENT SAFETY - A STUDENTS' PERSPECTIVE

Introduction:

Patient safety is a fundamental principle of health care which includes prevention, remediation of damage and the improvement of health care from adverse events during the health care process.

Aim:

This study aims to determine 4th, 5th and 6th year medical students' at the School of Medicine, University of Zagreb knowledge and attitudes on the concept of patient safety.

Methods:

An anonymous online questionnaire was created on Google Forms and distributed to 4th, 5th, and 6th-year medical students at the School of Medicine, University of Zagreb. There were 80 completed questionnaires.

Results:

80 medical students filled out the questionnaire, of which 56 (70%) were women and 24 (30%) men, respectively 33 (41.3%) 4th, 30 (37.5%) 5th, and 17 (21.3%) 6th-year medical students. So far, 60% of respondents have encountered the concept of patient safety, but only 17.5% of them have adequate knowledge of patient safety. Almost all (98.8%) respondents believe that patient safety is important and that communication with colleagues and the work environment play an important role. Interestingly, no statements were perceived with a negative attitude. 97.5% of respondents believe that nurses/male nurses are an important factor in ensuring patient safety, 96.3% that medical and related professions students are involved in patient safety, 91.5% that doctors' health affects patient safety, 86.3% that general practitioners' (GP) offices without permanent GP negatively affect on patient safety, and 83.8% that administrative work wastes GP's time devoted to patient care and also negatively affects patient safety. 92.5% of respondents believe that the risk of a patient dying from a medical accident is higher than the risk of dying in a plane crash, 71.3% agree that 80% of information that patients receive from their GP immediately forget, which negatively affects patient safety. 53.8% consider the statement 1 out of 9 admissions in the emergency department is related to the harmful effects of drugs, which is an indicator of poor patient safety as truth.

Conclusion:

According to the collected data and due to the poor response to the questionnaire, medical students are unfamiliar with the concept of patient safety and cannot fully define it, but they consider it extremely important for providing optimal health care. It is therefore necessary to educate students and develop patient safety awareness in order to create a safe environment and enable effective patient care.

Keyword: patient safety, medical students

UVOD

Sigurnost pacijenata je temeljno načelo zdravstvene zaštite koje, prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), obuhvaća prevenciju, sanaciju štete i unaprjeđenje zdravstvene zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi. [1] O njejoj iznimnoj važnosti svjedoče brojne aktivnosti i programi SZO-a koji se provode unatrag više od dva desetljeća, a čiji je glavni cilj ukazati na problem pacijentove sigurnosti u svrhu njenog unaprjeđenja. [2] Tijekom svoje medicinske naobrazbe, studenti medicine se uglavnom ne susreću s ovom temom, što može dovesti do nedovoljne osviještenosti o važnosti ovog koncepta, kao i do brojnih posljedica po zdravlje pojedinca, ali i zdravstveni sustav u cjelini.

CILJ RADA:

Cilj je rada utvrditi znanje i stavove studenata medicine 4., 5. i 6. godine studija medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu o pojmu sigurnosti pacijenata.

METODE RADA

U istraživanju je sudjelovalo 80 studenata 4., 5. i 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Odgovori su prikupljeni od 2.2.2022. do 27.2.2022. Odgovori su prikupljeni putem anonimne ankete u obliku Google Form obrasca. Anketa je sadržavala 14 pitanja.

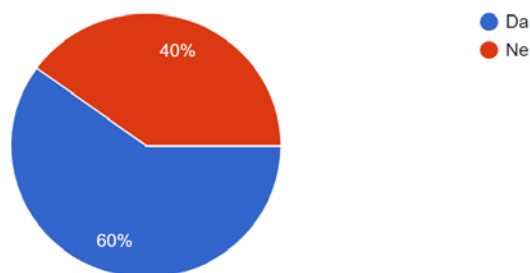
REZULTATI

Anketu je ispunilo 80 studenata, 56 (70%) žena i 24 (30%) muškaraca, odnosno 33 (41.3%) studenata 4. godine, 30 (37.5%) studenata 5. godine i 17 (21.3%) studenata 6. godine.

60% ispitanika dosad se susrelo s pojmom sigurnost pacijenta, no tek 17.5% njih samostalno i u potpunosti može definirati značenje tog pojma. Gotovo svi (98.8%) ispitanici smatraju da je sigurnost pacijenta važna te da u tome važnu ulogu ima i komunikacija s kolegama i radno okruženje.

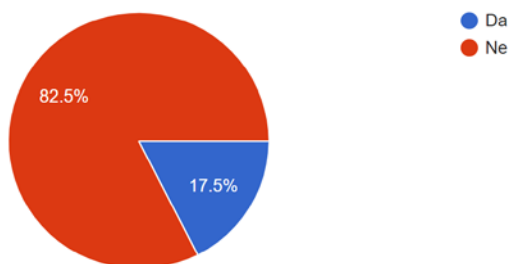
Prikaz 1. Dosadašnje susretanje studenata s pojmom sigurnost pacijenta

Dosad sam se susreo/la s pojmom sigurnost pacijenta.
80 odgovora



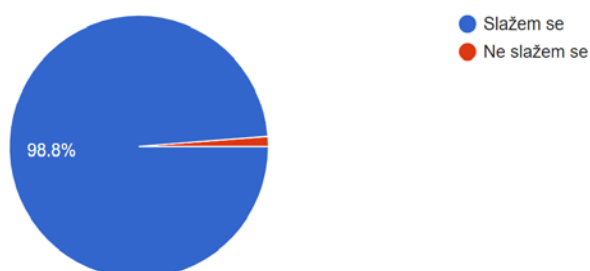
Prikaz 2. Sposobnost studenata da definiraju pojam sigurnost pacijenta

Samostalno i u potpunosti mogu definirati pojam sigurnost pacijenta.
80 odgovora



Prikaz 3. Stav studenata o važnosti sigurnosti pacijenta

Sigurnost pacijenta je važna.
80 odgovora



Većina ispitanika slaže se sa svim tvrdnjama u upitniku. 97.5% ispitanika smatra da su medicinske sestre/tehničari važan u osiguranju sigurnosti pacijenta, 96.3% da su u sigurnost pacijenta uključeni i studenti medicine faktor i srodnih zanimanja, 91.5% da zdravlje liječnika utječe na sigurnost pacijenta, 86.3% da timovi bez nositelja negativno utječu na sigurnost pacijenta, a 83.8% da administrativni poslovi troše vrijeme liječnika namijenjeno skrbi pacijenta i tako negativno utječu na sigurnost pacijenta. 92.5% ispitanika smatra da je rizik da pacijent umre od medicinske nezgode veći od rizika smrti u zrakoplovnoj nesreći, 71.3% slaže se s tvrdnjom da 80% informacija koje pacijenti dobiju kod liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odmah zaborave, što izravno dovodi u pitanje sigurnost pacijenta, dok tvrđnju 1 od 9 prijema u hitnoj službi povezano je sa štetnim učincima lijekova, što je pokazatelj loše sigurnosti pacijenata 53.8% ispitanika smatra točnom.

RASPRAVA

Anketu je ispunilo 80 studenata, od toga 33 (41.3%) studenata 4. godine, 30 (37.5%) studenata 5. godine i 17 (21.3%) studenata 6. godine. Analizirajući odgovore ispitanika prema godini studija, 16 (48.5%) studenata 4. godine, 10 (33.3%) studenata 5. godine i 6 (35.3%) studenata 6. godine dosad se nije susrelo s pojmom sigurnost pacijenta, dok 6 (18.2%) studenata 4. godine, 4 (13.3%) studenata 5. godine i 4 (23.5%) studenata 6. godine u potpunosti i samostalno može definirati pojam sigurnost pacijenata. Analizirajući odgovore ispitanika prema spolu, 20.8 % studenata i 16.1% studentica samostalno i u potpunosti može definirati pojam sigurnost pacijenta.

Obrazovanje na medicinskom fakultetu igra važnu ulogu u promicanju sigurnosti pacijenata. [9] U istraživanjima provedenima u Pakistanu i Saudijskoj Arabiji studenti su kao najvažniji faktor u postizanju sigurnosti pacijenata naveli timski rad, što je slično podacima dobivenim u ovom istraživanju, gdje gotovi svi ispitanici smatraju da važnu ulogu u osiguranju sigurnosti pacijenata imaju radno okruženje i komunikacija s kolegama. [3,4] Slični rezultati dobiveni u ovim istraživanjima samo potvrđuju potrebu za jačanjem timskog rada, kako u podučavanju studenata medicine tako i u radu u zdravstvenim ustanovama. [4] Iako je teorijsko znanje o sigurnosti pacijenata važno, potrebno je tijekom obrazovanja više puta evaluirati studentske stavove o sigurnosti pacijenata jer stavovi mogu značajno utjecati na ponašanje [10]. Procjena studentskih stavova pouzdana je mjera za procjenu učinkovitosti provođenja programa obrazovanja o sigurnosti pacijenata [11].

Rezultati provedenih istraživanja doveli su do pretpostavke da se znanja i vještine potrebne za uspješno prepoznavanje i provođenje koncepta osiguranja sigurnosti pacijenta stječu kroz kliničko iskustvo i rad s pacijentima, a manje kroz teorijska znanja namijenjena pretkliničkim godinama studija. [5] Iskustva studenata medicine tijekom kliničkih rotacija mogu utjecati na njihov stav prema sigurnosti pacijenata i njihovo buduće ponašanje. Dok pozitivna iskustva povećavaju sigurnost pacijenata, negativna iskustva mogu dovesti do veće štete za pacijente. [9] Ipak, uvođenje programa u kurikulum medicinskih fakulteta, koji bi i na pretkliničkim godinama studija obrađivali koncept sigurnosti pacijenta, dodatno bi pripremilo studente na situacije u kojima je važno prepoznati potencijalne rizike koji ugrožavaju sigurnost pacijenata. [6,7]

Istraživanja provedena u SAD-u, Pakistanu, Koreji, Singapuru i Hong Kongu pokazala su nedovoljnu svijest o prijavljivanju liječničkih pogrešaka, kao i nepostojanje ili nepotpuni kurikulum o sigurnosti pacijenata na medicinskim fakultetima. [11-18]

2009. godine Svjetska zdravstvena organizacija priredila je vodič za izradu kurikuluma koji obrađuje koncept sigurnosti pacijenata, namijenjen medicinskim fakultetima diljem svijeta. U njemu je, između ostalog, istaknuto učenje iz vlastitih, ali i tuđih pogrešaka, važnost timskog rada, kao i razumijevanje ljudskih faktora koji utječu na sigurnost pacijenata. [19,20]

BOX 1. Teme koje obrađuje vodič za izradu kurikuluma Svjetske zdravstvene organizacije, 2009.

- Što je sigurnost pacijenta?
- Koji ljudski faktori utječu na sigurnost pacijenta i zašto su važni?
- Razumijevanje zdravstvenog sustava i utjecaja njegove složenosti na sigurnost pacijenata
- Timski rad
- Razumijevanje i učenje iz pogrešaka
- Razumijevanje i upravljanje kliničkim rizikom
- Metode za unaprjeđenje kvalitete
- Suradnja s pacijentima i njegovateljima
- Smanjivanje infekcije pomoću poboljšanje kontrole infekcije
- Sigurnost pacijenata i invazivni zahvati
- Poboljšanje sigurnosti korištenja lijekova

Modificirano prema World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.

Studenti sestrinstva, za koje se smatra da im je koncept sigurnosti pacijenta poznatiji nego studentima medicine, smatraju kako se o sigurnosti pacijenta ne uči dovoljno i da se premalo pažnje i vremena posvećuje osiguranju kvalitetne njege i skrbi o pacijentima. [8]

ZAKLJUČAK:

Sigurnost pacijenta temelj je optimalne zdravstvene zaštite, stoga je potrebno neprestano isticati njezinu važnost. Analizirajući rezultate provedene ankete može se zaključiti da su studenti medicine svjesni značaja sigurnosti pacijenta, ali da se tijekom medicinskog obrazovanja premalo skreće pozornost na koncept sigurnosti. S obzirom da se većina nije susretala s pojmom niti ga zna u potpunosti definirati, trebalo bi sigurnost pacijenta kontinuirano integrirati u obrazovanje liječnika, kako teoretski na pretkliničkim godinama, tako i praktično uz stjecanje iskustva kroz rad s pacijentima na višim godinama studija. Timski rad, učenje iz pogrešaka i uočavanje mogućih rizika, samo su neke od metoda kojima se može postići viša razina sigurnosti. Sigurno radno okruženje i kvalitetna komunikacija znače i siguran pacijent, što je preduvjet za kvalitetnu zdravstvenu uslugu i učinkovitu skrb za pacijente.

LITERATURA

1. World Health Organization. Patient Safety. Dostupno na: <https://www.euro.who.int/en/healthtopics/Health-systems/patient-safety>. Pristupljeno 26.2.2022.
2. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, et al. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2018 Jun;19(1):104.
3. Kamran R, Bari A, Khan RA, Al-Eraky M. Patient safety awareness among undergraduate medical students in Pakistani Medical School. *Pak J Med Sci*. 2018;34:305–9. doi: 10.12669/pjms.342.14563.
4. Alshahrani, S., Alswaidan, A., Alkharaan, A., Alfawzan, A., Alshahrani, A., Masuadi, E., & Alshahrani, A. (2021). Medical Students' Insights Towards Patient Safety. *Sultan Qaboos University medical journal*, 21(2), e253–e259. <https://doi.org/10.18295/squmj.2021.21.02.014>
5. Wu AW, Busch IM. Patient safety: A new basic science for professional education. *GMS J Med Educ*. 2019;36 doi: 10.3205/zma001229. Doc21.
6. Makary MA, Daniel M. Medical error-The third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139
7. Andel C, Davidow SL, Hollander M, Moreno DA. The economics of health care quality and medical errors. *J Health Care Finance*. 2012;39:39–50.
8. Vaismoradi M, Salsali M, Marck P. Patient safety: Nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *Int Nurs Rev*. 2011;58:434–42. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00882.x.
9. Nadarajan, S. P., Karuthan, S. R., Rajasingam, J., & Chinna, K. 2020. Attitudes Toward Patient Safety among Medical Students in Malaysia. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7721. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217721>
10. Bentler P.M., Speckart G. Attitudes "cause" behaviors: A structural equation analysis. *J. Pers. Soc. Psychol*. 1981;40:226–238. doi: 10.1037/0022-3514.40.2.226.
11. Saberi M., Jamshidi E., Rajabi F., Seydali E., Bairami F. Attitude of Nurses toward the Patient Safety Culture: A Cross-Sectional Study of the Hospitals in Tehran, Iran. *J. Patient Saf. Qual. Improv*. 2017;5:554–560.
12. Leung G.K.K., Ang S.B.L., Lau T.C., Neo H.J., Patil N.G., Ti L.K. Patient safety culture among medical students in Singapore and Hong Kong. *Singap. Med. J*. 2013;54:501–505. doi: 10.11622/smedj.2013172.
13. Liu H., Li Y., Zhao S., Jiao M., Lu Y., Liu J., Jiang K., Fang H., Sun P., Li P., et al. Perceptions of patient safety culture among medical students: A cross-sectional investigation in Heilongjiang Province, China. *BMJ Open*. 2018;8:e020200. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020200.
14. Kamran R, Bari A., Khan R.A., Al-Eraky M. Patient safety awareness among Undergraduate Medical Students in Pakistani Medical School. *Pak. J. Med. Sci*. 2018;34:305–309. doi: 10.12669/pjms.342.14563.
15. Liao J.M., Etchegaray J.M., Williams S.T., Berger D.H., Bell S.K., Thomas E.J. Assessing Medical Students' Perceptions of Patient Safety. *Acad. Med*. 2014;89:343–351. doi: 10.1097/ACM.0000000000000124.
16. Kiesewetter J., Kager M., Lux R., Zwissler B., Fischer M.R., Dietz I. German undergraduate medical students' attitudes and needs regarding medical errors and patient safety—A national survey in Germany. *Med. Teach*. 2014;36:505–510. doi: 10.3109/0142159X.2014.891008.
17. Park K.H., Park K.H., Kang Y., Kwon O.Y. The attitudes of Korean medical students toward patient safety. *Korean J. Med. Educ*. 2019;31:363–369. doi: 10.3946/kjme.2019.146.
18. Wetzel A.P., Dow A.W., Mazmanian P.E. Patient Safety Attitudes and Behaviors of Graduating Medical Students. *Eval. Heal. Prof*. 2011;35:221–238. doi: 10.1177/0163278711414560.
19. Walton M, Woodward H, Van Staaldin S, et al. Republished paper: The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. *Postgrad Med J* 2011; 87(1026):317–21.
20. WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. 2019. Dostupno na: https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/.

Asertivna komunikacija u obiteljskoj medicini

Mirjana Resanović
Dom zdravlja Sisak

SAŽETAK

Razlikujemo nekoliko komunikacijskih stilova: agresivni, pasivni, pasivno-agresivni i asertivni. Asertivnost nije na sredini između pasivnog i agresivnog. Biti asertivan ne znači biti umjereno pasivan i agresivan. Asertivnost je posebna dimenzija. Asertivno komuniciranje je sposobnost izražavanja mišljenja, prava, želja, emocija, poštujući druge osobe i samoga sebe bez osjećaja anksioznosti i osjećaja krivnje i bez napada na druge osobe i vrijeđanje drugih. Asertivnost je socijalna sposobnost koja nam omogućuje da komuniciramo s drugima na efikasan način. Postati asertivan se može naučiti.(8)

Komunikacija u medicini izrazito je široko područje koje obuhvaća odnos zdravstvenog profesionalca, bolesnika i njegove obitelji, ali i komunikaciju među članovima medicinskoga tima.(2) Kao liječnici obiteljske medicine nismo uvijek u mogućnosti birati sugovornike (bolesnike), ali zato možemo izabrati način na koji ćemo prenijeti poruku da bi ona postigla svoj cilj. Dobra komunikacija između specijalista obiteljske medicine (SOM) i bolesnika, ali i zdravstvenih djelatnika, temelj je uspješnog dijagnosticiranja i liječenja.

Ključne riječi: asertivna komunikacija, liječnik obiteljske medicine

Liječnik obiteljske medicine (LOM) često je prva osoba s kojom bolesnik uspostavlja kontakt, od koje traži pomoć i rješenje svojih problema. Dobrom komunikacijom postiže se zadovoljavajuća suradljivost s bolesnikom, razvija se odnos povjerenja između liječnika i bolesnika te njegove obitelji, što sve zajedno pridonosi boljem ishodu dijagnostike i liječenja.(2)

Cilj je rada prikazati značenje asertivne komunikacije u svakodnevnomu radu SOM.

Stilovi komunikacije: Pretpostavka je da većina LOM u svom radu imaju iskustva sa pacijentima koji dolaze na pregled bez prethodno zakazanog termina ili kasne, ne učine dijagnostičke pretrage koje smo preporučili a traže pomoć, inzistiraju na receptu za lijek na koji nemaju pravo. Možda ne slažemo se s kolegom/icom ili medicinskom sestrom/tehničarem, mislimo da radimo više nego što bismo trebali. Manje više svatko bi se u tim situacijama osjećao neugodno, međutim neće svatko reagirati isto. Razlikujemo tri najčešća tipa reagiranja ljudi ili stila komunikacije.(3)

Agresivni stil komunikacije: Kod agresivnog stila komunikacije osoba slobodno izražava svoje misli, osjećanja i uvjerenja, ali na način koji je često neiskren, neadekvatan i uvijek ugrožava prava drugih.

Cilj agresivnog stila komunikacije jest uspostavljanje kontrole nad situacijom i ljudima, demonstriranje moći, dominiranje i postizanje pobjede nad drugima.

Osoba sa agresivnim stilom komunikacije krši prava drugih da izvuče korist, postiže svoje ciljeve na račun drugih, ratoborna je i s obrambenim stilom, ponižava druge i podcjenjuje ih, impulzivna je, razdražljiva, neprijateljski raspoložena, upliće se u tuđe odluke (izbore).(8) Agresivna osoba zahtijeva i naređuje, optužuje i krivi druge, ne priznaje svoje greške. Usmjerena je na osobu, ne na ponašanje.(7) Ne sluša i prekida druge. Glasno govori, agresivno gestikulira i „pilji“ u sugovornika. Npr. pacijent koji ulazi u ordinaciju preko reda bez zakazanog termin jer on je bolesniji od ostalih u čekaonici.

Uzroci agresivnoga stila komunikacije mogu biti različiti. Osoba je možda prethodno dugo akumulirala nezadovoljstvo, povrijeđenost, bijes pa sebe „čisti“ agresivnim ispadom, ili ne zna za drugi način iskazivanja sebe osim agresivnoga. Može imati skrivene motive (demonstriranje moći, uspostavljanje kontrole i dominiranje nad situacijom). Čest je slučaj da dođe do tzv. pomicanja (osoba je ljuta na jednu osobu, ali zato trpi druga). Također, moguće je da je u prošlosti ta osoba dobivala više potkrepljenja za agresivno ponašanje (prije je dolazila na red

bez čekanja, dobivala ranije termine za dijagnostičke pretrage i sl.).

Iako u nekim situacijama osoba prakticirajući takvo ponašanje i dobije to što želi, ali za posljedicu gotovo uvijek trpe njezini odnosi. Drugi ljudi obično izbegavaju kontakt s osobom sklonom tom tipu ponašanja, što za rezultat ima čest osjećaj usamljenosti.

Česte su fizičke tegobe u obliku visokog arterijskoga tlaka, gastrointestinalnih tegoba i sl.(7) Kao posljedica agresije često se mogu pojaviti nezdrave emocije, poput osjećaja krivnje ili srama povodom agresivnoga reagiranja, što vodi u povlačenje i samoizolaciju.

Pasivni stil komunikacije: Kod pasivnog stila komunikacije osoba narušava svoja prava i vrijednosti, ne poštuje svoje potrebe i želje, ne postavlja granice. U komunikaciji je nesigurna, ne preuzima odgovornost.

Njezin je cilj zadovoljiti drugog i po svaku cijenu izbjeći konflikt.(5) Osoba sa pasivnim stilom komunikacije dopušta drugima da krše njezina prava i izvlače korist, ne postiže svoje ciljeve, osjeća se tjeskobnom, frustriranom i tužnom, zakočena je i depresivna i dopušta drugima da odlučuju za nju.(8) Npr. pri dolasku na posao ostavljena Vam je poruka da pregledavate pacijente iz još dvije ambulate uz svoju jer nema tko drugi, a Vi ste to već mogli i prije pa ćete i ovaj put. Naporno Vam je, ali ne komentirate.

Kratkoročno je u redu pokraj sebe imati pasivnu osobu, ali dugoročno shvaćamo da osoba nema svoje JA, njezino ugađanje počinje nas iritirati. Osoba s takvim stilom komunikacije očekuje da će se stvari same po sebi promijeniti, da je tako još samo ovaj put, da će druga strana sama uvidjeti svoja problematična ponašanja i nešto promijeniti. U realnosti, to se gotovo nikad ne zbiva samo po sebi. Drugi ne mogu čitati naše misli i najčešće im je potrebno reći što nam smeta da bi oni uzeli u razmatranje hoće li netko svoje ponašanje promijeniti ili neće.

Uzroci pasivnoga ponašanja mogu biti razni. Osobi može svako zauzimanje za sebe djelovati grubo i agresivno. Možda ne prepoznaje svoja prava ili ima teškoće da se pozove na njih. Katkad je problem što osoba nema razvijene socijalne vještine ili je naučena da potrebe drugih stavlja ispred svojih. Ipak, najčešći su uzroci da se osoba plaši narušavanja slike o sebi (u očima drugih želi po svaku cijenu biti „dobar“, „najbolji“, „pristojan“, „idealan“) i jako se plaši ishoda zauzimanja za sebe (kazna, odbijanje, neprihvatanje).

Kad se osoba dugoročno ponaša na ovako opisan način, trpe njezine potrebe, želje i ciljevi. Akumulira negativne, često i nezdrave emocije (povrijeđenost, bijes, anksioznost), gubi samopoštovanje te se pojavljuju konkretne fizičke i psihičke tegobe poput glavobolje, osjećaja gušenja, napadaja panike, depresije.(3) Osoba obično ne gubi odnose u kojima se nalazi, ali je njihova kvaliteta često nezadovoljavajuća. Njezino pasivno ponašanje vodi do nerazmjernoga davanja i dobivanja u odnosu (ona je ta koja puno više daje), a naponi da je drugi prihvate obično imaju kontraefekt pa drugi sve češće zanemaruju njezine potrebe.

Pasivno agresivni stil komunikacije: Kod pasivno agresivnoga stila komunikacije osoba reagira sarkazmom, upućuje ironične primjedbe, rijetko iznosi svoje mišljenje javno, „general je poslije bitke“, uvijek je „žrtva“ (Naravno, uvijek ja ...). Optužuje druge za svoje frustracije, veže se uz laži, prijevare, tračeve, ignoriranje, povlačenje. Propušta ispuniti dogovor s drugima s dobrim izgovorom: „zaboravio je ...“, „bio je spriječen ...“ i ne prihvaća osobnu odgovornost zbog toga.(5) Npr. pacijent koji traži lijek na recept iako mu je u više navrata objašnjeno da mora sudjelovati u nadoplati. Osobe pasivno agresivnoga stila komunikacije trude se izgledati socijalizirano, izazivaju osjećaj krivnje u drugih, optužuju druge za svoje frustracije.

Za razliku od tri prethodno opisana stila komunikacije asertivni stil komunikacije ili asertivnost jest izražavanje misli, osjećanja i uvjerenja na izravan, iskren (pošten) i socijalno odgovarajući način, uz uvažavanje prava drugih ljudi.

Asertivna komunikacija ili asertivnost: Asertivna osoba postiže ostvarenje svojih prava, ali poštuje i prava drugih, postiže svoje ciljeve bez da vrijeđa druge osobe, ima dobru sliku o sebi i izraženo samopoštovanje, izražava se na jasan, razumljiv način i samostalno, odlučuje sama za sebe.(8) Asertivnost je samopoštovanje uz poštovanje drugoga.6 Asertivnim ponašanjem čuvamo svoje granice i dostojanstvo.(7)

Osoba asertivnoga stila komunikacije aktivno sluša druge, poštuje druge i to traži i za sebe. Jasno, konkretno i izravno govori, ne okoliša. Kritizira ponašanje uz uvažavanje osobnosti drugih. Osoba asertivnoga stila komunikacije zna pohvaliti druge, preuzima odgovornost za svoje ponašanje, spremna je ispričati se, iskazuje svoja očekivanja i osjećanja, zna tolerirati neugodnost, gleda sugovornika u oči i izražava osjećanja, glas prilagođuje situaciji. Asertivna osoba ulazi u sukob mišljenja, a ne osoba (zbog toga nema vrijeđanja pri komunikaciji), doživljava neprijatnost, ali ne dopušta da ju to spriječi u postizanju vlastitih ciljeva.(6) Razlikuje svoje postupke od toga kakve je osobnosti i nema problem upustiti se u konflikt, jer zna da je to zaradi dobrog odnosa. Asertivne osobe češće dobivaju ono što žele, poštuju same sebe i svoju energiju. Znaju se kontrolirati, sanirati stres, snalaze se i balansiraju u konfliktima. Otvoreno izražavaju neslaganje. Znaju podijeliti pobjedu, otvoreni su za nova rješenja, iskustva i učenje.(5)

Da bismo bili asertivni, nužno je da sebi i drugima damo izvjesna prava. Neka od njih osobito su važna.

Asertivna prava: Dajući sebi pravo na granice, dajemo istodobno sebi i pravo drugima reći Ne! uviđajući pozitivne posljedice takvog našeg odgovora i za nas i za druge.(6) Također, važno je sebi dati pravo da se ne moramo po svaku cijenu svidjeti drugima. Koliko god se trudili, uvijek će biti onih kojima se nećemo svidjeti. Lakše ćemo doći do onih s kojima se autentično preklapamo ako budemo ono što zaista jesmo, jasni u svojim željama i potrebama i bez bojazni komunicirati s drugom stranom. Važno je napomenuti i da imamo pravo biti vlastiti sudac u svojem životu.(5,6) To pravo uvijek ide u paketu s preuzimanjem osobne odgovornosti. Drugačije rečeno, imamo pravo biti prema svojoj, a ne tuđoj mjeri, što podrazumijeva da stojimo iza svojih odluka kad smo u pravu, ali i kad smo u krivu. Jedno: „Točno, pogriješio/ la sam!“, često je važnije za naš rast i razvoj od mnogo životnih uspjeha.

Vrste asertivnosti: Konkretno pacijentu koji ulazi preko reda, nenajavljen rekli bismo: „Oprostite, pregled se prethodno zakazuje“ ili „Smeta mi kad kasnite“. To čini **bazičnu vrstu asertivnosti** u kojoj se izjašnjavamo izravno i otvoreno bez ustručavanja, koristeći se kratkim i jasnim rečenicama. Kolegi/ ici čiji posao trebate raditi, a da Vas prethodno nisu obavijestili ili konzultirali se s Vama, mogli biste reći: „Vjerujem da niste mislili ništa loše, ali bih voljela da ste me prije o tome obavijestili“ ili „Možda ne primjećujete, ali smeta mi što se prethodno sa mnom niste dogovorili“ ili „Zaista ne volim takve situacije, ali moram reći da Vas ovaj put ne mogu mijenjati“. Ovo je primjer **empatičke vrste asertivnosti** koja podrazumijeva bazičnu asertivnost uz dodatak izražavanja vlastitih osjećaja povodom određene situacije.

Za pacijenta koji nije učinio predloženu dijagnostičku obradu, a traži pomoć, možemo primijeniti **konfrontativnu vrstu asertivnosti** da bismo se drugoj osobi suprotstavili ili je suočili s njezinom nedosljednošću i ponašanjem: „Rekli ste da ćete učiniti taj pregled, ali niste. Želim da napravimo novi dogovor, da se to ne bi ponovilo ili imate ideju kako bismo riješili tu situaciju?“. Možemo se koristiti i

tzv. Ja asertivnošću koja se odnosi na Ja poruke kao način priopćivanja s pomoću kojega otvoreno i jasno iskazujemo svoje opažanje situacije, kao i naša osjećanja i potrebe vezano uz danu situaciju npr.: „Ja mislim da imamo neki problem u komunikaciji. Želite li razgovarati o tome?“, „To ne mora biti točno, ali ja mislim da taj način rada neće dati dobar rezultat“, „Ja imam doživljaj da se Vi ne slažete s našim prijedlogom daljnje liječenja“. U situacijama s nametljivim i agresivnim osobama koje izravno krše naša prava primjenjujemo **eskalirajuću vrstu asertivnosti**. Poruku započinjemo minimalnim asertivnim odgovorom, s postupnim povećanjem asertivnosti do potpuno čvrstoga stava. Na primjeru pacijenta koji traži lijek na recept, a za koji mu je rečeno da treba nadoplatu to bi izgledalo ovako: „Objasnio/ la sam Vam prošli put da pravo na taj lijek imaju samo pacijenti s određenom dijagnozom“, zatim „Ponovo Vam kažem da postoje određena pravila propisivanja recepata“ i na kraju „Posljednji Vam put kažem da Vaše zdravstveno osiguranje ne pokriva nadoplatu za taj lijek, molim Vas nemojte više pitati“.

Međutim, ne treba zaboraviti da spomenuta prava imaju i drugi ljudi.(6) Zato je važno ostaviti drugima mogućnost da nama postave granice, da ne žele po svaku cijenu da nam se sviđaju tako što će se uvijek slagati s nama, našim pogledima na život i našim izborima. Na kraju krajeva, i ti drugi imaju pravo biti vlastiti sudci u svojim životima i biti prema svojoj, a ne našoj mjeri.

Mnogobrojna istraživanja iz te oblasti pokazala su da osobe s asertivnim stilom komunikacije češće dobivaju ono što žele.(7) Poglavitito zato što traže ono što žele (za razliku od pasivnog stila komuniciranja),

a zatim to rade na način koji je ugodan i ne ugrožava drugu stranu (za razliku od osoba s agresivnim stilom komuniciranja). Osobe s asertivnim stilom komunikacije ne bježe od konflikta, jer na konflikt ne gledaju kao na nešto što neminovno mora prerasti u svađu, već kao prostor potencijalnoga rasta i razvoja samog odnosa komuniciranjem osobnih potreba. Zato su njihovi odnosi često visoko kvalitetni. Općenito gledano, asertivne osobe imaju znatno veće samopoštovanje, kao i veće poštovanje prema drugima, a sve to potječe iz stava s kojim stupaju u komunikaciju, a to je: „Ja sam dobro, ti si dobro!“. Asertivna komunikacija povećava obostrano zadovoljstvo u komunikaciji – ugodnije se osjećate i vi i vaš sugovornik, kako kratkoročno (u jednome razgovoru), tako i dugoročno (u međusobnom odnosu).

Zaključak: Komunikacijska vještina je bazična liječnička vještina, gotovo jednako važna kao znanje i kliničko prosuđivanje. Osim u svakodnevnomu kontaktu s bolesnikom, asertivna komunikacija korisna je u suradnji s kolegama i s članovima tima, a pokazala se i važnim čimbenikom u konačnom ishodu liječenja. Dugoročno, osigurava kvalitetne međuljudske odnose. Nijedna osoba na svijetu nije stalno agresivna, pasivna, pasivno agresivna ili asertivna. Svi mi u repertoaru svojega ponašanja imamo sve navedene tipove reagiranja i to je u redu. Cilj ovoga teksta nije da budete uvijek asertivni, već da osvijestite navedene tipove ponašanja te da se lakše orijentirate u kojemu bi se smjeru trebali kretati u određenoj situaciji.

LITERATURA

1. Braš M, Đorđević V, Miličić D. Komunikacija liječnika i bolesnika. *Medix*. 2011;92/93(17):38-9.
2. Đorđević V, Braš M. Komunikacija u medicini. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
3. Sorta-Bilajac I, Sorta J. Primjena teorije komunikacije Paula Watzlawicka na praksu komuniciranja u medicini i zdravstvu. *JAHN-Eur J Bioet*. 2013;4(1):583-90.
4. Lučanin D, Lučanin J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
5. Krnetić I. Priručnik za asertivni trening. 2004. Available from: http://www.krnetic.com/download/psk_izvod_iz_prirucnika_za_asertivni_trening.pdf.
6. Tovilović S. Asertivni trening: efekti tretmana, održivost promena i udeo terapeuta u terapijskom ishodu. *Psihologija*. 2005;38(1):35-54.
7. Lange AJ, Jakubowski P. Responsible Assertive Behavior: Cognitive/Behavioral Procedures for Trainers. Champaign Research Press. 1976.
8. Kostelić –Martić A. Napadaj panike ili neka teška bolest? Zagreb: Medicinska naklada; 2017.

Suvremeni pristup patронаžnih sestara doma zdravlja pgž u zbrinjavanju kroničnih rana - prikaz slučaja

Martina Rosović, bacc.med.techn.

Barbara Malašević, bacc.med.techn., mag.nutr.clin.

Dom zdravlja, Krešimirova 52a, Rijeka

UVOD

Kronične rane su rastući socioekonomski problem u razvijenim zemljama, javljaju se u 1-2% populacije, a na njihovo zbrinjavanje troši se 2-4% proračuna za zdravstvo. S obzirom na etiološke čimbenike kronična rana zahtjeva multidisciplinarni pristup. Patронаžna sestra važan je član multidisciplinarnog tima za pružanje skrbi bolesnicima sa kroničnim ranama, te je ponekad jedina spona između bolesnika i liječnika obiteljske medicine. Obloge za rane u današnje vrijeme razvijene su u tolikoj mjeri da zadovolje sve specifične zahtjeve za optimalnim uvjetima u svim fazama cijeljenja. Veliki broj i generički potpuno različitih obloga razvile su se kao rezultat razvoja tehnologije s jedne strane i rezultata mnogobrojnih kliničkih studija.

Ovim radom se želi prikazati slučaj iz prakse u patронаžno zdravstvenoj zaštiti Doma zdravlja PGŽ, važnost kontinuiranih edukacija patронаžnih sestara, važnost komunikacije između liječnika obiteljske medicine te patронаžnih sestara i bolesnika. Prikazat će se slučaj uvidom u medicinsku dokumentaciju, praćenjem kroničnih rana redovitim kućnim posjetama patронаžne sestre te foto dokumentiranjem kroničnih rana.

PRIKAZ SLUČAJA

Kućna posjeta patронаžne sestre na zahtjev liječnika obiteljske medicine zbog uvida u zdravstveno stanje bolesnice. Uvidom u medicinsku dokumentaciju, 82-godišnja bolesnica boravila je na Zavodu za ortopediju i traumatologiju KBC Rijeka u periodu od 13.12.2022.god.-29.12.2022.god. zbog višekomdnog prijeloma distalnog dijela desne bedrene kosti. Operativni zahvat učinjen je 20.12.2022.god.

Bolesnica živi sa suprugom. Svakodnevno joj dolazi gospođa koja brine o njezinoj higijeni, pripremanju svježih obroka, te održavanju kućanstva.

Bolesnica je orijentirana u vremenu i prostoru. Po stanu se kreće uz pomoć druge osobe.

Kod bolesnice vidljiv dekubitus na peti lijevog stopala veličine 3x3x3cm, srednje sekrecije. Dekubitus neodređenog stupnja uz prisutnost eshare i nekrotičnog tkiva koje ne dopušta uvid u dubinu dekubitalne promjene. (Slika 1.)



Slika 1: Neodređeni stupanj dekubitusa (11. veljače 2022.g.)

Bolesnica odbija zdravstvenu njegu u kući, no pristaje na zbrinjavanje dekubitalne rane od strane patronažne sestre, te edukaciju obitelji oko toaleta i zbrinjavanja dekubitusa. O zdravstvenom stanju bolesnice obavještena liječnica obiteljske medicine te su joj savjetovane obloge za rane (Granugel, Kaltostat, Granuflex). (Slika 2-4)



Slika 2: Granugel



Slika 3: Granuflex



Slika 4: Kaltostat

Kroz tri dana od učinjene prve kućne posjete počinje se sa tretiranjem dekubitalne rane navedenim oblogama uz kontinuiranu edukaciju obitelji oko toaleta i zbrinjavanja dekubitusa.



Slika 5: Fibrinske naslage nakon odstranjenja nekroznog tkiva odgovarajućom oblogom (21. ožujka 2022.g.)



Slika 6: Prisutnost fibrinskih naslaga i granulacijskog tkiva (1. travnja 2022.g.)

REZULTATI

Pokazalo se da je za cijeljenje kronične rane važna kako pravilna priprema i procjena rane tako i poznavanje mehanizama djelovanja modernih obloga te njihov pravilan odabir. Redovitim patronažnim posjetama uz tretiranje odgovarajućim oblogama 1 puta tjedno, bolesnici je ostao manji defekt tkiva-granulacijsko tkivo bez fibrinskih naslaga i znakova infekcije. (Slika 7).



Slika 7: Granulacijsko tkivo, bez fibrinskih naslaga i znakova infekcije (5. svibnja 2022.g.)

ZAKLJUČAK

Od iznimne je važnosti pravovremena procjena rane od strane patronažne sestre kao i spremnost obitelji za edukaciju i provedbu sugeriranih rješenja kod liječenja rana. Uz ovakav pristup koji ide u prilog bolesniku, uštedjelo bi se i vrijeme i novac. Patronažna sestra je važna karika u multidisciplinarnom timu kod rješavanja ovakvih slučajeva stoga ne bi trebala biti podcijenjena u niti jednom segmentu.

KLJUČNE RIJEČI: Kronične rane, multidisciplinarni tim, patronažna sestra

LITERATURA

1. Jones SA, Bowler PG, Walker M, Parsons D. Controlling wound bioburden with a novel silver-containing Hydrofiber dressing. *Wound Repair Regen.* 2004;12(3):288-294.
2. Bowler PG, Jones SA, Walker M, Parsons D. Microbicidal properties of a silver-containing hydrofiber dressing against a variety of burn wound pathogens. *J Burn Care Rehabil.* 2004;25(2):192-196.
3. Bowler P. Progression toward healing: wound infection and the role of an advanced silver-containing Hydrofiber dressing. *Ostomy Wound Manage.* 2003;49(suppl 8A):2-5.
4. Soldo-Belić A, Bulat V, Rajačić N, Tunuković S. Kronična rana – zdravstveni, socijalni i ekonomski problem. U: Šitum M, Soldo-Belić A, ur. *Kronične rane.* Zagreb: Naklada Slap, 2006, 9-17.
5. Malašević, B. Bolne rane, *Narodni zdravstveni list, Rijeka*, 2015; 8-9
6. Hrvatska komora medicinskih sestara, smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti. Zagreb, 2013; 35-40.

Patronažne sestre doma zdravlja PGŽ u borbi s COVID-19 pandemijom

Rozmari Tusić, mag. med. techn.
Ivanka Peranić, mag. med. techn.
Dom zdravlja PGŽ

UVOD

1.1. Patronažna zdravstvena zaštita

Patronažna zdravstvena zaštita je medicinsko socijalna djelatnost, s ciljem očuvanja zdravlja pojedinca, obitelji i zajednice. Djelatnost patronažne zdravstvene zaštite je preventivna zdravstvena djelatnost unutar primarne zdravstvene zaštite. Omogućava pojedincima, obiteljima ili skupinama ljudi sestrinsku skrb u vlastitu domu ili na drugim mjestima na kojima žive. Skrb je namijenjena bolesnim i zdravim članovima zajednice. Koristi se načelima holističkog pristupa, poštujući kulturološke i okolišne čimbenike.

Obitelj kao temelj zajednice ciljana je skupina patronažne službe i u njoj isključivoj i ekskluzivnoj nadležnosti. Nadležna patronažna sestra treba napraviti zdravstveno-socijalnu procjenu i stvoriti sliku obitelji o kojoj skrbi. Svoj rad planira temeljem Plana i programa mjera zdravstvene zaštite u suradnji s obiteljskim liječnikom, pedijatrom i ginekologom te na temelju dojava drugih zdravstvenih ustanova, socijalne službe, pojedinih obitelji ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena.

Zadaća patronažne sestre je prikupljanje podataka, otkrivanja i zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te očuvanje, unapređenje i zaštita zdravlja pučanstva na teritoriju za koji je zadužena. Ona mora uočavati čimbenike koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva. U suradnji s zdravstvenim radnicima iz primarne zdravstvene zaštite, socijalnom službom, drugim zdravstvenim ustanovama, društvenim organizacijama i karitativnim ustanovama, kao i vlastitim terenskim radom, pomaže u rješavanju problema i štite interes pacijenata. Osim edukativne uloge (organizacija tečajeva i rada u malim grupama, provođenje zdravstveno preventivnih i promotivnih programa,) rade i na edukaciji novog sestrinskog kadra kao i mentoriranju pripravnika te nadziru provedbu rada zdravstvene njege u kući. Patronažne sestre moraju raspolagati s širokim spektrom stručnog znanja, vještinama komunikacije, vještinama pružanja utjehe, podrške, savjeta i edukacije, uz poznavanje i poštivanje etičkih principa. Svoj rad planiraju temeljem Plana i programa mjera zdravstvene zaštite i u suradnji s obiteljskim liječnikom, pedijatrom i ginekologom te na temelju dojava drugih zdravstvenih ustanova, socijalne službe, pojedinih obitelji ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena.

Zadaća patronažne sestre je prikupljanje podataka, otkrivanja i zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te očuvanje, unapređenje i zaštita zdravlja pučanstva na teritoriju za koji je zadužena. U tu svrhu ona mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva.

Djelokrug rada i odgovornost patronažnih sestara definirani su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o sestrinstvu.

Zanimanje patronažna sestra jedno je od rijetkih zanimanja u sustavu zdravstvene zaštite koje se bavi procjenom potreba zdravog ili bolesnog čovjeka te njegove obitelji, edukacijom u svrhu očuvanja zdravlja, prevencijom bolesti i komplikacija, postizanje oporavka ili mirne i dostojanstvene smrti.

1.2. Organizacija patronažne službe Doma zdravlja PGŽ u vrijeme pandemije Covid 19 bolesti

Kineske vlasti obavijestile su Svjetsku zdravstvenu organizaciju o prvom slučaju bolesti COVID-19 31. prosinca 2019. Izbijanje pandemije COVID-19 bolesti proglašeno je 11. ožujka 2020. Prvi pacijent kojem je potvrđen COVID-19 u Republici Hrvatskoj zabilježen je 25. veljače 2020. godine.

Prve odluke Stožera civilne zaštite Republike Hrvatske donesene su 19. ožujka 2020. godine s kojima je na snagu stupio čitav niz mjera u svrhu sprječavanja širenja COVID-19.

U vrijeme pandemije COVID-a 19 i rad patronažnih sestara Doma zdravlja PGŽ se promijenio.

Prema preporuci Nacionalnog stožera i Ministarstva zdravstva za patronažnu djelatnost preporučeno je odgoditi

redovite obilaske bolesnika/štićenika, naročito bolesnika starije životne dobi u njihovim domovima koji nisu nužni, uz osiguranje drugih načina komunikacije. Obustavljeno je provođenje grupnih aktivnosti poput tečaja za trudnice, grupa za potporu dojenju i male škole dojenja.

Uvele su se aktivnosti obavješćavanja, zdravstvenog prosvjećivanja, podrške i edukacije korisnika telefonskim putem, internetom ili putem društvenih mreža. Patronažne sestre kontaktirale su svoje korisnike i provjeravale njihovo zdravstveno stanje, pružale podršku te odgovarala na pitanja vezana uz trenutne zdravstvene poteškoće ili COVID-19 uglavnom on line. Kućne posjete obavljale su se samo nakon otpusta iz bolnice, npr. babinjače i novorođenčeta ili osobe koja zbog svog zdravstvenog stanja zahtijeva veću zdravstvenu njegu a ukućani je nisu znali ili nisu mogli pružiti. Kućna posjeta bila je telefonski najavljena i dogovorena s obitelji ili pacijentom/korisnikom. Ukoliko osoba nije željela primiti patronažnu sestru iz straha od prijenosa COVID-a 19 posjet se nije obavio ali se konzultacija obavila putem telefona ili društvenih mreža koje su omogućavale uporabu kamera kako bi patronažna sestra mogla vidjeti pacijenta/korisnika.

Uz odlaske u kućne posjete babinjačama i novorođenčadi patronažne sestre su od 21.03.20. započele s samostalnim dežurstvom u COVID ambulanta u kojima su radile trijažu i telefonska savjetovanja. Na raspolaganju za pomoć su im bili liječnici opće/obiteljske medicine i epidemiolozi NZZJZ PGŽ.

Patronažne sestre u suradnji s Pomoćnikom ravnatelja za sestrinstvo izradile su postupnik za izolacijsku jedinicu Studentski centar u Rijeci koji bi bio po potrebi bio alternativni centar za smještaj zaraženih ukoliko bi se popunili bolnički kapaciteti na području PGŽ.

Obzirom da se povećao broj zahtjeva za PCR u kućnim uvjetima, a da se ne bi koristio i dodatno opterećivao sanitetski prijevoz a time i sam pacijent u periodu od 08.-24.04.20. u 9 Ispostava Doma zdravlja PGŽ provela se edukacija 38 patronažnih sestara za uzimanje PCR testa. Dogovoreno je s liječnicima opće/obiteljske medicine na području PGŽ i NZZJZ PGŽ da se svi zahtjevi za kućno PCR testiranje dostave na e maila Pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo DZ PGŽ koja je zahtjeve prosljedila obučanim patronažnim sestrama kako bi one provele kućno testiranje. Nalazi PCR testa istoga su dana ili najkasnije sljedećeg dana bili dostavljeni izabranim liječnicima od strane NZZJZ PGŽ.

20.04.20. započeli smo s prvim on line tečajem za trudnice. Odaziv trudnica bio je iznenađujuće dobar te su se tečajevi nastavili održavati jednom mjesečno.

03.12.20. je napravljena on line edukacija svih 64 patronažnih sestara DZ PGŽ o primjeni brzih antigenskih testova. Naknadno je napravljena i edukacija o upisu rezultata u informatički program platformu. Tokom godine patronažne sestre su testirale na 23 testna mjesta.

Prvo cijepljenje protiv Covida 19 patronažnih sestara kao i nekoliko ostalih zdravstvenih radnika provedeno je od strane NZZJZ PGŽ 30.12.20.

U periodu od 19.12.2020 do 06.01.21 6 patronažnih sestara je preraspoređeno je na ispomoć u Psihijatrijsku Bolnicu Lopača zbog velikog broja zaraženih medicinskih sestara/tehničara Covidom 19 u toj ustanovi. Birane su sestre koje su u DZ PGŽ došle iz KBC-a Rijeka i imale su iskustva u radu s psihički bolesnim osobama.

10 patronažnih sestara je također bilo preraspoređeno na rad u KBC Rijeka od 08.11.21. do 30.12.21.

Datuma 17.02.21. kreće masovno cijepljenje protiv Covida 19, najprije u dva najveća makrocentra Zamet i Vežica u Rijeci te na 16 cjepnih punktova u ostalih 8 Ispostava Doma zdravlja PGŽ. Tim za cijepljenje sastojao se od 1 liječnika specijalizanta i 3 patronažne sestre u Rijeci dok su se cjepni timovi u Ispostavama sastojali od jednog liječnika opće/obiteljske medicine, medicinske sestre iz tima i patronažne sestre koja pripada prostoru na kojem je cjepno mjesto. Cijepljenje je organizirano po principu da je svaka ordinacija opće/obiteljske medicine obavijestila 6 svojih pacijenata o mjestu i vremenu dolaska na cijepno mjesto kako se ne bi stvarale gužve. Nakon toga masovno cijepljenje se seli u sportsku dvoranu Zamet unutar koje je bilo 7 cjepnih mjesta u dvije smjene. Doma zdravlja PGŽ u jednoj smjeni šalje na cijepna mjesta timove opće/obiteljske medicine, dentalne medicine, medicinske sestre i tehničare sanitetskog prijevoza kao i administrativno osoblje uprave Doma zdravlja PGŽ. U cijepljenju sudjeluju i liječnici opće/obiteljske i dentalne medicine koji su u koncesiji, privatni stomatolozi, ugovorni specijalisti medicine rada i sporta te po jedan tim iz Zavoda za hitnu medicinu PGŽ. Potporu pri cijepljenju daju i zaposlenici NZZJZ PGŽ. U cijepljenje su uključeni i studenti Fakulteta zdravstvenih studija Rijeka smjer sestrinstvo kao administrativni radnici. U svakom od 7 timova bila je po jedna patronažna sestra. U Domu zdravlja PGŽ s danom 16.11.2021 započinje s radom COVID ambulanta koja radi subotom, nedjeljom i blagdanom. Organizirana je po principu dežurstva liječnika obiteljske medicine, medicinske sestre iz tima i patronažne sestre.

Do danas patronažne sestre rade PCR testiranja u kući nepokretnih i teško pokretnih pacijenata.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Prikazati rad patronažnih sestara Doma zdravlja Primorsko-goranske županije u vrijeme COVID-19 pandemije.

3. ISPITANICI I METODE

Deskriptivnom metodom prikazala se vrsta i količina rada 64 patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ na njihovim radilištima u periodu od 25.04.2020. do 01.03.2022. godine

4. REZULTATI

Tablica 1. prikazuje broj uzetih uzoraka PCR testom u kućnim uvjetima. Iz tablice je vidljivo da je najviše testiranja bilo u mjesecu prosincu 2020. godine na vrhuncu drugog vala COVIDA- 19 .U 22 analizirana mjeseca ukupno su obavljena 5127 PCR testa u kućnim uvjetima a patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ za te potrebe su prešle 51 001 kilometar.

Tablica 1 Broj uzorkovanih PCR testom u kući i broj prijeđenih kilometara u tu svrhu

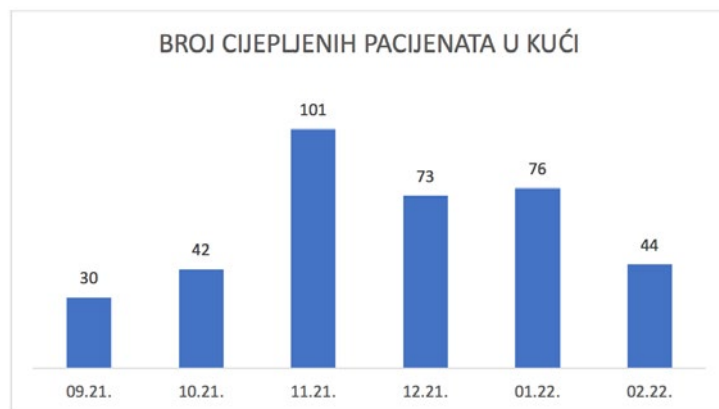
MJESEC/GODINA	BROJ UZORKOVANIH	PRIJEĐENO KILOMETARA
04.20.	50	27
05.20.	29	15
06.20.	24	20
07.20.	69	297
08.20.	69	297
09.20.	102	745
10.20.	428	1406
11.20.	378	2143
12.20.	609	4535
01.21.	555	4434
02.21.	175	2866
02.21.	158	2556
03.21.	283	3769
04.21.	453	4763
05.21.	177	2094
06.21.	89	1489
07.21.	63	1173
08.21.	82	1168
09.21.	90	1524
10.21.	168	2333
11.21.	316	3993
12.21.	234	3156
01.22.	320	3544
02.22.	206	2654
UKUPNO	5127	51001

Tablica 2. prikazuje broj cijepljenih protiv Covida 19 na području Grada Rijeke i prigrada. Najviše cijepljenih njih 32 091 bilo je u svibnju 2021. godine na lokalitetu sportske dvorane Zamet u Rijeci.

Tablica 2 Broj cijepljenih protiv Covida 19 na području Grada Rijeke i prigrada

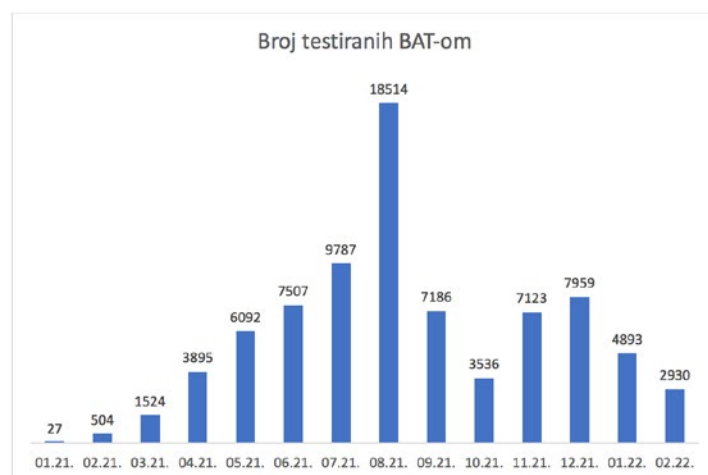
MJESEC/GODINA	ZAMET	VEŽICA	SPORTSKA DVORANA ZAMET	UKUPNO
02.21.	920	792	0	1712
03.21.	4894	4724	1875	11493
04.21.	522	544	11297	12363
05.21.	0	0	32091	32091
06.21.	0	0	15289	15289
07.21.	0	0	9212	9212
UKUPNO	6336	6060	69764	82160

Iz slike 1. vidljivo je da je najviše cijepljenih u kući bilo u 11.21. te da je potreba i interes za cijepljenjem u kući nakon toga opao.



Slika 1 Broj cijepljenih pacijenata protiv Covida 19 u kući

Slika 2. prikazuje broj testiranih građana Republike Hrvatske kao i turista koji su posjetili Hrvatsku u period od siječnja 2021. do veljače 2022. Vidljivo je da je najveći broj testiranja bio u kolovozu 2021. kad je zbog nemogućnosti vraćanja turista u domicilnu zemlju bez negativnog BAT-a značajno bio povećan broj testiranja. Ukupno je u promatranom razdoblju bilo 81477 testiranja.



Slika 2 . Broj testiranih BAT-om

5.RASPRAVA

Najviše testiranja PCR testom u kući bilo je u mjesecu prosincu 2020. godine na vrhuncu drugog vala COVIDA-19. Broj testiranja u kući ovisio je o pojavi i jakosti svakog epidemijskog vala. U 22 analizirana mjeseca ukupno su obavljena 5127 PCR testa u kućnim uvjetima a patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ za te potrebe su prešle 51 001 kilometar.

Cijepljenje protiv Covida 19 na području Grada Rijeke i prigrada obavljalo se na tri lokaliteta. U početku kada nije bila dostatna količina cjepiva cijepljenje se vršilo u dva makrocentra Zamet i Vežica a nakon toga masovna cijepljenja vršila su se u Sportskoj dvorani Zamet. Najviše cijepljenih njih 32 091 bilo je u svibnju 2021. godine na lokalitetu Sportske dvorane Zamet u Rijeci.

Najviše cijepljenih u kući od strane patronažnih sestara bilo je u studenom 2021. kada su patronažne sestre uglavnom pacijente cijepile prvom dozom cjepiva. Nakon toga smanjila se potreba i interes za cijepljenjem u kući. Patronažne sestre vršile su testiranje građana Republike Hrvatske kao i strane turista koji su posjetili Hrvatsku u period od siječnja 2021. do veljače 2022. Iz podataka je vidljivo da je najveći broj testiranja bio u kolovozu 2021. kad je zbog nemogućnosti vraćanja turista u domicilnu zemlju bez negativnog BAT-a značajno bio povećan broj testiranja. Ukupno je u promatranom razdoblju bilo ukupno 81477 testiranja.

6.ZAKLJUČAK

Patronažne sestre su uvijek na prvoj liniji brige o bolesnicima u zajednici stoga su imale i važnu ulogu i odgovornosti tijekom pandemije COVID-19 bolesti. One su vodile brigu o štićenicima i bolesnicima u zajednici kada oni nisu mogli zbog opasnosti od zaraze do svojih liječnika. Bez obzira što je bilo ugroženo njihovo zdravlje aktivno su sudjelovale u preventivnim aktivnostima na sprečavanju širenja Covida 19. Patronažne sestre su osigurale da svi bolesnici dobiju personalizirane, visokokvalitetne usluge, bez obzira što su mnogi od njih bili zaraženi COVID-om 19. Također su pomogle da zdravstveni sustav Primorsko Goranske županije ne osjeti nedostatak zdravstvenog kadra bilo zbog skrbi za veliki broj oboljelih pacijenata ali i velikog broja oboljelih zdravstvenih radnika.

Patronažne sestre u ovoj bitci protiv COVID-19 bolesti bile su izrazito opterećene poslom, radeći na više lokacija, ali i opterećene strahom da ne zaraze članove svoje obitelji. Unatoč osjećaju straha i ranjivosti u vrijeme pandemije COVID-a-19 profesionalno su i visoko etički provodile preventivne mjere kako bi spriječile širenje COVID-19 infekcije kod pojedinaca i u zajednici.

SAŽETAK

UVOD: Patronažna zdravstvena zaštita je medicinsko-socijalna djelatnost koja provodi mjere specifične zdravstvene njege u svrhu promicanja i očuvanja zdravlja pojedinca, obitelji i zajednice.

CIJL: Prikazati rad patronažnih sestara Doma zdravlja Primorsko-goranske županije u vrijeme COVID-19 pandemije.

METODE: Deskriptivnom metodom prikazala se vrsta i količina rada 64 patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ na njihovim radilištima u periodu od 25.04.2020. do 01.03.2022. godine

REZULTATI: Patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ u periodu od 25.04.2020. do 01.03.2022. obavile su 5.127 PCR testiranja na COVID-19 u kući pacijenata. Od veljače 2021. do srpnja 2021. kroz cijepne timove procijepile su 82.160 pacijenata. U periodu od rujna 2021. do ožujka 2022. u kući su cijepile 366 pacijenta, dok su od siječnja 2021. do ožujka 2022. obavile 81.477 testiranja brzim antigenskim testovima na 23 testna mjesta. Osim navedenog radile su u COVID ambulanti, na ispomoći u Psihijatrijskoj bolnici Lopača i u KBC-u Rijeka. Provodile su online tečajeve za trudnice na četiri lokaliteta.

ZAKLJUČAK: Patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ unatoč osjećaju straha i ranjivosti u vrijeme pandemije SARS-CoV-2 profesionalno su i visoko etički provodile preventivne mjere kako bi spriječile širenje COVID-19 infekcije kod pojedinaca i u zajednici.

Ključne riječi: patronažne sestre, COVID-19, Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

PATRONAGE NURSES OF THE COMMUNITY HEALTH CENTRE OF PRIMORJE-GORSKI KOTAR COUNTY IN THE FIGHT AGAINST THE COVID-19 PANDEMIC

INTRODUCTION: Community health care is a medical and social activity that implements measures of specific health care in order to promote and preserve the health of individuals, families and communities.

OBJECTIVE: Review of the work of the patronage nurses of the Community health centre of Primorje-Gorski Kotar county (PGC) during the COVID-19 pandemic.

METHODS: The descriptive method showed the type and amount of work of 64 patronage nurses of the PGC Health Center on their work sites in the period from 25.04.2020. to 01.03.2022.

RESULTS: Patronage nurses of the PGC Health Center performed 5.127 PCR tests on COVID-19 in patients' homes in the period from April 25, 2020 to March 1, 2022.

From February 2021 to July 2021, 82.160 patients were vaccinated by vaccination teams. In the period from September 2020 to March 2022, 366 patients were vaccinated in their homes. From January 2021 to March 2022 nurses performed 81.477 rapid antigen tests at 23 test sites. In addition to the above, they worked at the COVID clinic, assisted at the Psychiatric Hospital Lopača and the Clinical Hospital Center Rijeka. They conducted online courses for pregnant women at four locations.

CONCLUSION: Despite the feeling of fear and vulnerability during the SARS-CoV-2 pandemic, the patronage nurses of the PGC Health Center professionally and highly ethically implemented preventive measures to prevent the spread of COVID-19 infection to individuals and in the community.

Keywords: community nurses, COVID-19, Primorje-Gorski Kotar County Health Center

Značaj otpusnog pisma zdravstvene njege u patронаžnoj zdravstvenoj skrbi

Rozmari Tusić, mag. med. techn.
Larisa Miletić, mag. med. techn.
Dom zdravlja PGŽ

1. UVOD

1.1. Zdravstvena njega

Medicinske sestre do osamdesetih godina prošlog stoljeća bavile su se djelatnošću koje se nazivala njega bolesnika. Obuhvaćala je brigu i skrb za liječenje bolesnih osoba bez upotrebe lijekovitih sredstava, upotrebu lijekova samo pod nadzorom liječnika, s ciljem postizanja ponovnog zdravlja. Osnovna zadaća medicinskih sestara bila je održavanje osobne higijene, briga za prehranu, primjenu terapije, sudjelovanje u dijagnostici, promatranja i prepoznavanje hitnih stanja, pružanje prve pomoći te provođenje zdravstvenog odgoja.

Obzirom da je takva definicija uključivala pomoć samo bolesnoj osobi i zadovoljavanju fizičkih potreba uvidjelo se da je potrebno takvu definiciju mijenjati.

Zdravstvena njega širi je pojam od njege bolesnika. Svjetska zdravstvena organizacija je 1953. godine zauzela stav da je zdravstvena njega osnovni sastavni dio cjelokupne zdravstvene zaštite te da treba biti usmjerena na unapređenje, očuvanje i ponovno uspostavljanje zdravlja.

Zadaća zdravstvene njege je maksimalna prilagođenost krajnjem korisniku i zadovoljavanju njegovih individualnih potreba.

To je stručna disciplina koja se bavi brigom o pojedincu, obitelji i zajednici tijekom njegovih raznovrsnih aktivnosti u različitim stanjima zdravlja. Koristi se istraživanjem, razvija teorije i primjenjuje u praksi.

Nekoliko je osnovnih principa koje treba slijediti u zdravstvenoj njezi bolesnika. Na prvom mjestu to je poštivanje vrijednosti, sklonosti i osobnih potreba svakog pojedinog korisnika. Zadaća je uključivanje pojedinca u donošenje odluka te pravilno i stalno informiranje o mjerama i postupcima koji će se provoditi. Prilagodba okruženja, emocionalna podrška i uključivanje obitelji mogu imati značajan utjecaj na samog korisnika.

Medicinske sestre su svojim izlaznim kompetencijama po završetku školovanja jedine osposobljene za provođenje zdravstvene njege. Samostalne su u svom radu ali nužno surađuju s ostalim članovima zdravstvenog tima. Zajednički cilj sestrinstva i medicine je unapređenje, očuvanje i ponovno uspostavljanje zdravlja. Medicina ima za cilj liječenje i rehabilitacija bolesnih i očuvanje zdravlja zdravih ljudi dok zdravstvena njega ima za cilj zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba (1).

1.2. Sestrinska dokumentacija

Medicinske sestre imaju zakonsku obvezu vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata (Zakon o sestrinstvu, čl. 16). Dokumentacija omogućava evaluaciju kvalitete zdravstvene njege. Ona mora biti pravovremeno napisana, potpuna, istinita i organizirana. Svrha dokumentiranja je osiguranje komunikacije te kronološki pregleda skrbi za pacijenta. Dodatna vrijednost sestrinske dokumentacije je razvoj profesije kroz istraživački rad, analizu sestrinskih teorija i primjenu u praksi te razvoj smjernica i standardnih operativnih postupaka.

Obvezni dio sestrinske dokumentacije su:

- sestrinska anamneza
- sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu
- praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka
- medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci
- trajno praćenje stanja pacijenta
- plan zdravstvene njege

- lista provedenih sestrinskih postupaka
- otpusno pismo zdravstvene njege

Utvrđivanje potreba početni je korak u procesu zdravstvene njege. Ono počinje uzimanjem sestrinske anamneze i statusa. Sestrinska dokumentacija je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege.

1.3. Otpusno pismo zdravstvene njege

Otpusno pismo zdravstvene njege se izdaje za pacijente kod kojih je potreban nastavak zdravstvene njege. Obrazac otpusnog pisma zdravstvene njege, sadrži podatke o socijalnom statusu, provedenoj zdravstvenoj njezi / postupcima u bolnici, podatke o educiranosti bolesnika o svojem novonastalom zdravstvenom stanju, utvrđivanje potreba za kontinuiranom zdravstvenom njegom, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu bolesnika iz bolnice, preporuke zdravstvene njege, potrebni materijali za zdravstvenu njegu, terapija, drugi zdravstveni radnici koji su uz liječnika uključeni u liječenje u bolnici te pacijentovo doživljavanje otpusta.

USTANOVA		OTPUŠNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE			
Pacijent	Datum rođenja	Adresa		Grad/gradsko područje	
Zakonski određen skrbnik	Srodstvo	Adresa skrbnika		Tel.:	
Datum prijama	Vrijeme otpusta (datum, sat)	Klinika/Odjel		Tel.:	
Medicinska dijagnoza kod otpusta				Izabrani obiteljski liječnik	
				Šifra:	
SOCIJALNI STATUS					
Živi sam: ☐ DA ☐ NE ☐ Živi sa:		Socijalno stanje Korisnik socijalne pomoći: ☐ Da ☐ Ne		Tko mu može pružiti pomoć po otpustu iz bolnice: ☐ Suprug-a ☐ Roditelj ☐ Dijeca ☐ Brat-sestra ☐ Prijatelj ☐ Susjed-a ☐ Nijko	
		U skrb su do prijama u bolnicu bili uključeni: ☐ Članovi obitelji ☐ Zdravstvena njega u kući ☐ Neprofitna organizacija ☐ Ostarba hrane iz... ☐ Zdravstvena njega koju sam plaća ☐ Kućna pomoćnica ☐ Nijko, nije trebalo			
U kojem segmentu njege, značajne osobe ne mogu pomoći: ☐ Kod specijalnih postupaka (jetma, nazogastrična sonda, peritonealna dijaliza...) ☐ U opskrbi nane ☐ Kod prevencije komplikacija dugotrajnog ležanja ☐ Kod osobne higijene inkontinentnog pacijenta ☐ Kod kupanja, tuširanja ☐ Drugo:					
PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI					
Koliko je pacijent informiran i educiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju: Informiran: ☐ Potpuno ☐ Djelomično ☐ Nikako Educiran: ☐ Potpuno ☐ Djelomično ☐ Nikako Značajne osobe P: ☐ Značajne osobe P:					
Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja:					
UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI					
☐ Pacijent treba, po otpustu iz bolnice, zdravstvenu njegu u kući ☐ Informacije patronažnoj MS ☐ Informacije MS druge klinike/odjela ili stacionarne ustanove			Vremensko razdoblje - trajanje prvih postupaka ZN u kući: ☐ VRILO HITNO-na dan otpusta ☐ HITNO-prvi dan po otpustu ☐ Drugi dan po otpustu ☐ Treći dan po otpustu ☐ Tjedan dana po otpustu		
Fizičko stanje ☐ Dobro ☐ Srednje ☐ Slabo ☐ Vrlo loše	Mentalno stanje ☐ Pri svijesti ☐ Apatičan, pasivan ☐ Konfuzan ☐ Stuporizan	Aktivnost ☐ Pokretan ☐ Hoda uz pomoć ☐ Vezan na kolica ☐ Vezan na krevet	Pokretljivost ☐ Puna ☐ Ograničena ☐ Vrlo ograničena ☐ Nepokretan	Inkontinencija ☐ Nije ☐ Povremeno ☐ Urin ☐ Kompletno	Poboljšanje ☐ Dobro ☐ Orednije ☐ Slabo ☐ Ne jede
Dehidracija ☐ DA ☐ NE ☐ Lokalizacija: Suprap: Veličina: Sekrecija: Procjena rizika po Braden skali:	Tip nane: Lokalizacija: Veličina: Starost nane: Sekrecija: Kontakt opic:	Specijalne potrebe ☐ Stoma ☐ Kanila ☐ Nazogastrična sonda ☐ Peritonejska dijaliza ☐ Kronična hemodijaliza ☐ Trajna epiduralna analgezija ☐ Urinarni kateter ☐ CVK ☐ Drugo			

Slika 1. Otpusno pismo zdravstvene njege

SESTRINSKE DIJAGNOZE PRI OTPUSTU IZ BOLNICE	
Opis pacijentovih problema, uzroka, simptoma	Kategorija pacijenta ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
PREPORUKE ZDRAVSTVENE NJEGE Preporučeni plan postupaka u ZNUIKoliko puta u tjednu	
POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU ☐ Prevoci, toaletta rane ☐ Inkontinencija ☐ Retencija urina ☐ Klizma ☐ Njega stomaka ☐ Njega kanala ☐ Hranjenje na sondi ☐ Toaletta CIVK ☐ Hranjenje na sondi Drugo: Opis preporučenog materijala/pomagala	
POTREBNA TERAPIJA/LJEKOVI KOD KUĆE Popis propisanih lijekova, dnevna doza, način uzimanja Mogućnosti uzimanja/primjene lijekova ☐ Pacijent može sam redovito uzimati lijekove ☐ Potrebna kontrola kod uzimanja lijekova ☐ Pacijentu treba druga osoba davati lijekove ☐ Potrebna primjena parenteralne terapije	
DRUGI ZDRAVSTVENI RADNICI KOJI SU, UZ LIJEČNIKA, UKLJUČENI U LJEČENJE U BOLNICI ☐ Fizioterapeut ☐ Dijetetičar ☐ Psiholog ☐ Logoped ☐ Drugi: Daljnji tretman ☐ DA ☐ NE Kada: _____ Kome: _____	
PACIJENTOVO DOŽIVLJAVANJE OTPUSTA (i njegovih značajnih osoba)	

Datum:

Potpis VMS odjela:

Telefon:

Slika 1. Otpusno pismo zdravstvene njege

Otpusno pismo zdravstvene njege potrebno je pisati u dva primjerka, jedan primjerak uručiti osobi, instituciji, patronažnoj sestri ili nekoj drugoj strani koja nastavlja zdravstvenu njegu bolesnika, a jedan primjerak obvezno ostaje u sestrinskoj dokumentaciji (Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011).

1.4. Uloga patronažne sestre u planiranju zdravstvene njege bolesnika

Zadatak patronažna sestra je da prema podacima otpusnog pisma zdravstvene njege planira i organizira u suradnji s liječnikom opće/obiteljske medicine zdravstvenu njegu u kući te zajednički provedu evaluaciju provedene zdravstvene njege. Na taj način osigurava se kontinuitet pružanja sestrinske skrbi. Kad spominjemo sestrinsku skrb, ne misli se samo na skrb u smislu zdravstvene njege nego i na skrb za cijelu obitelj koja će brinuti o pacijentovim potrebama u kućnim uvjetima. Uloga otpusnog pisma zdravstvene njege je komunikacija između medicinskih sestara na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite s ciljem nastavka sestrinske skrbi nakon otpusta iz bolnice.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Prikaz uspješnosti slanja otpusnog pisma zdravstvene njege iz KBC-a Rijeka i Psihijatrijske bolnice Rab prema patronažnoj službi Doma zdravlja Primorsko goranske županije.

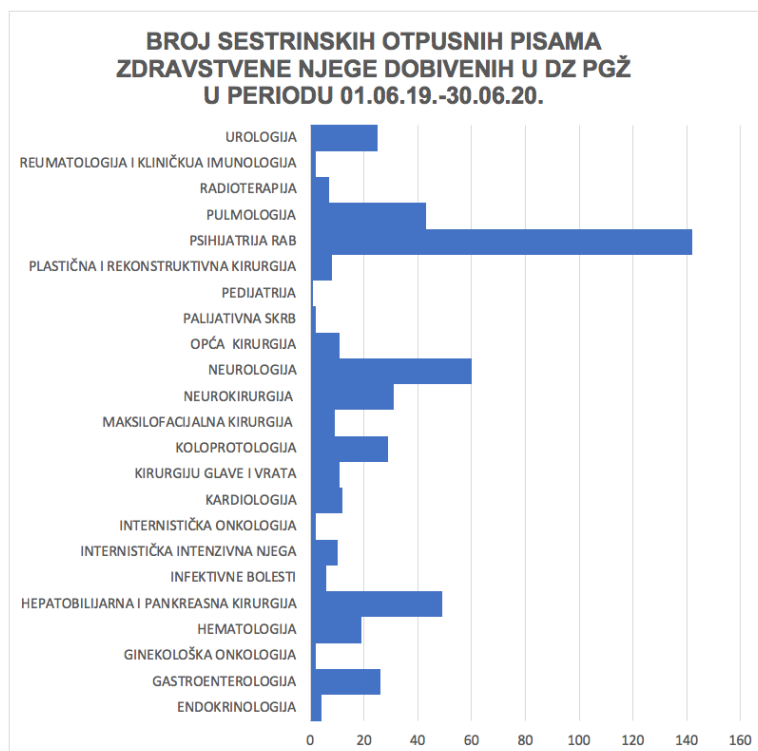
3. ISPITANICI I METODE

3.1. Plan rada i istraživačke metode

Deskriptivnom metodom prikazalo se koliko je otpusnih pisama zdravstvene njege i s kojih odjela došlo do 64 patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ u periodu od 01.06.2019. do 30.06.2020. U istom periodu analizirao se broj posjeta prema vremenu od dobivanja otpusnog pisma zdravstvene njege do realizacije posjeta, te broj posjeta po pacijentu.

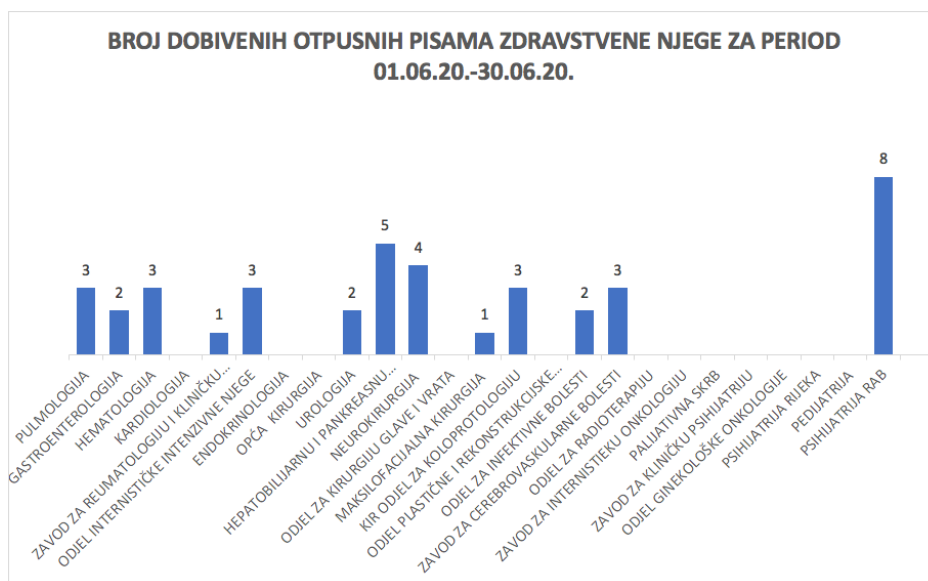
4. REZULTATI

U periodu od 01.06.2019. do 30.06.2020. iz KBC-a Rijeka i Psihijatrijske bolnice Rab u Dom zdravlja PGŽ došlo je 511 otpusnih pisama zdravstvene njege. Najviše otpusnih pisama zdravstvene njege došlo je iz Psihijatrijske bolnice Rab njih 142. Iz KBC-a Rijeka najviše otpusnih pisama zdravstvene njege došlo je iz odjela Neurologije.



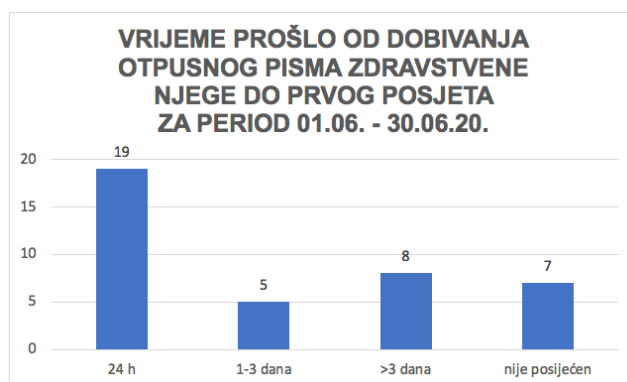
Slika 1. Broj otpusnih pisama zdravstvene njege dobivenih u DZ PGŽ u periodu od 01.06.2019. do 30.06.2020.

U periodu od 01.06.20. do 30.06.20. dobiveno je 40 otpusno pismo zdravstvene njege. Najviše otpusnih pismo zdravstvene njege došlo je iz Psihijatrijske bolnice Rab.



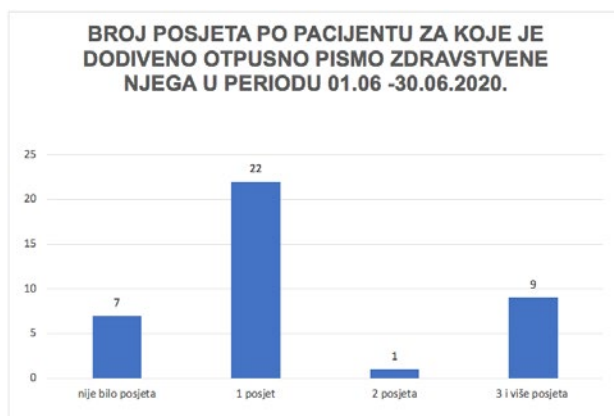
Slika 2. Broj otpusnih pisama zdravstvene njege dobivenih u DZ PGŽ u periodu od 01.06.2020. do 30.06.2020.

Najviše pacijenta njih 19 posjećeno je u roku od 24 sata po dobivanju otpusnog pisma zdravstvene njege pisma. 5 ih je posjećeno u roku od 1 - 3 dana, 8 u periodu dužem od 3 dana dok 7 pacijenata nije posjećeno.



Slika 3. Vrijeme prošli od dobivanja otpusnog pisma zdravstvene njege do prvog posjeta

Jedan posjet po dobivanju otpusnog pisma zdravstvene njege pisma imalo je 22 pacijenata. Njih 9 posjećeno je 3 i više puta dok je 2 posjeta imao jedan pacijent.



Slika 4. Broj posjeta po pacijentu za koje je dodiveno otpusno pismo zdravstvene njege u periodu 01.06. do 30.06.2020.

5. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da sve zdravstvene stacionarne ustanove na području Primorsko-goranske županije ne šalju otpusna pisma zdravstvene njege. Vidljivo je u periodu od 01.06.2019. do 30.06.2020. iz KBC-a Rijeka i Psihijatrijske bolnice Rab u Domu zdravlja PGŽ došlo je 511 otpusnih pisama. Najviše otpusnih pisama došlo je iz Psihijatrijske bolnice Rab njih 142. Iz KBC-a Rijeka najviše otpusnih pisama došlo je iz odjela Neurologije. U periodu od 01.06.20. do 30.06.20. dobiveno je 40 sestrinskih otpusnih pisama. Najviše pacijenta njih 19 posjećeno je u roku od 24 sata po dobivanju otpusnog pisma zdravstvene njege. 5 ih je posjećeno u roku od 1-3 dana, 8 u periodu dužem od 3 dana dok 7 pacijenata nije posjećeno. Jedan posjet po dobivanju sestrinskog otpusnog pisma imalo je 22 pacijenata. Njih 9 posjećeno je 3 i više puta dok je 2 posjeta imao jedan pacijent. Iako je otpusno pismo zdravstvene njege obavezna zdravstvena dokumentacija do patronažne službe putem e maila ili faxom došao je samo dio otpusnih pisama. Otpusna pisma zdravstvene njege nisu došla CEZIH-om jer još uvijek nije prihvaćena elektronska sestrinska dokumentacija u patronaži niti provedena službena informatizacija.

Istraživanje koje je provedeno 2015. godine među patronažnim sestrama u Domu zdravlja Zagreb Centar i Domu zdravlja Zagreb zapad također potvrđuje da je nedostatna suradnja bolničkih i patronažnih medicinskih sestara putem otpusnih pisama zdravstvene njege.(3) I druga istraživanja govore o nedostatnom prijenosu informacija iz bolnice prema zajednici putem dokumentacije, navode neadekvatne, netočne, nejasne te nepotpune podatke (4). Hellesø i suradnici u svojem istraživanju nakon provedbe informatizacije sestrinske dokumentacije upozorili su na prednost uporabe predloška koji nudi informacijski program u sestrinskim bilješkama za otpust te naglašavaju važnost navođenja pojedinosti o prijmu bolesnika, funkcionalni status pri otpustu i preporuke za daljnju njegu, dok potrebu za formalnim planom zdravstvene njege otklanjaju (5).

6. ZAKLJUČAK

U Republici Hrvatskoj još uvijek se za sve bolesnike kojima je indicirana daljnja provedba zdravstvene njege u kući ne dostavlja otpusno pismo zdravstvene njege iz bolnice. Pišu se samo na nekim odjelima i nekim stacionarnim zdravstvenim ustanovama. Pisma koja su i dostavljena nisu dostavljena putem Cezih-a čime bi se osigurala zaštita osobnih podataka pacijenta.

Podatci dobiveni otpusnim pismom zdravstvene njege kao što su opći osobni podatci o bolesniku (mjesto stanovanja, telefonski broj, karakteristike obitelji i socijalni status), provedena zdravstvena njega/postupci u bolnici, trenutačno zdravstveno stanje bolesnika, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu pacijenta iz bolnice te preporuke za nastavak i potreban materijale za zdravstvenu njegu posebno su bili korisni u daljnjoj organizaciji i planiranju zdravstvene njege. Dio otpusnih pisama zdravstvene njege nikada i ne dođe do krajnjeg korisnika – patronažne sestre ili pak dođe prekasno. Razlozi navedenom su prekasno slanje otpusnog pisma zdravstvene njege iz bolnice, zadržavanje u otpusnog pisma zdravstvene njege bolesnikovu zdravstvenom kartonu kod obiteljskog liječnika ili ih pak bolesnik ili obitelj izgubi.

Otpusno pismo zdravstvene njege pismo vrlo je važan dio sestrinske dokumentacije i pomaže u lakšem provođenju zdravstvene njege nakon otpusta pacijenta iz bolnice. Potrebno je omogućiti slanje pisma putem CEZIH-a kako bi u realnom vremenu došlo do patronažne sestre da bi mogla isplanirati zdravstvenu njegu te o tome obavijestiti liječnika obiteljske medicine.

7. SAŽETAK

UVOD: Zakon o sestrinstvu definira otpusno pismo zdravstvene njege kao obavezni obrazac sestrinske dokumentacije koji se piše za sve pacijente kojima je potrebna kontinuirana zdravstvena njega nakon otpusta. Otpusno pismo zdravstvene njege jedan je od indikatora kvalitete zdravstvene njege.

CILJ: Prikaz uspješnosti slanja otpusnog pisma zdravstvene njege iz KBC-a Rijeka i Psihijatrijske bolnice Rab prema patronažnoj službi Doma zdravlja PGŽ.

METODE: Deskriptivnom metodom prikazalo se koliko je otpusnih pisama zdravstvene njege i s kojih odjela došlo do 64 patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ u periodu od 01.06.2019. do 30.06.2020. U istom periodu analizirao se broj posjeta prema vremenu od dobivanja otpusnog pismaa zdravstvene njege do realizacije posjeta, te broj posjeta po pacijentu.

REZULTATI: U periodu od 01.06.2019. do 30.06.2020. sestrinska služba KBC-a Rijeka i Psihijatrijske bolnice Rab prema patronažnoj službi Doma zdravlja PGŽ poslala je 511 otpusnih pisama zdravstvene njege. U tom

periodu elektronskom poštom dobiveno je 39 pisama. Otpusno pismo zdravstvene njege koja su prosljeđena elektronskom poštom do patronažnih sestara Doma zdravlja stigla su u roku od 24 sata. Patronažne sestre koje su zaprimile otpusno pismo zdravstvene njege pismo u roku od 24 sata obavile su 19 posjeta, u periodu od 1 od 3 dana obavile su 5 posjeta, a nakon proteka od tri dana obavile su 8 posjeta, dok 7 pacijenata nije posjećeno.

ZAKLJUČAK: Otpusno pismo zdravstvene njege vrlo je važan dio sestrinske dokumentacije i pomaže u lakšem provođenju zdravstvene njege nakon otpusta pacijenta iz bolnice. Potrebno je omogućiti slanje otpusnih pisama zdravstvene njege putem CEZIH-a kako bi u realnom vremenu došlo do patronažne sestre da bi mogla isplanirati zdravstvenu njegu te o tome obavijestiti liječnika obiteljske medicine.

Ključne riječi: otpusno pismo zdravstvene njege, patronažna sestra

THE SIGNIFICANCE OF NURSING DISCHARGE LETTER IN PATRONAGE HEALTH CARE

INTRODUCTION: The Nursing Act defines nursing discharge letter as a mandatory form of nursing documentation written for all patients who need continuous health care after discharge. Nursing discharge letter is one of the indicators of the quality of health care.

OBJECTIVE: To review the success of sending nursing discharge letters from the Clinical Hospital Center Rijeka and the Psychiatric Hospital Rab to the patronage service of the Primorje-Gorski Kotar (PGC) Health Center.

METHODS: The descriptive method showed from which departments and how many discharge letters came to the 64 patronage nurses of the PGC Health Center in the period from 01.06.2019 to 30.06.2020. Visits in that period were analyzed according to the time of receiving the letter to the realization of the visit, and the number of visits per patient.

RESULTS: In the period from 01.06.2019. to 30.06.2020. the nursing service of the Clinical Hospital Center Rijeka and the Psychiatric Hospital Rab sent 511 nursing discharge letters to the patronage service of the PGC Health Center. In that period 39 letters were received by e-mail. Nursing discharge letters, forwarded by e-mail to the patronage nurses of the Health Center, arrived within 24 hours. Patronage nurses who received a discharge letter within 24 hours made 19 visits, in a period of 1 of 3 days they made 5 visits, and after the expiration of up to three days they made 8 visits, while 7 patients were not visited.

CONCLUSION: Nursing discharge letter is a very important part of the nursing documentation and helps to facilitate the implementation of health care after the discharge of the patient from the hospital. It is necessary to enable sending letters through Central Health Information System of the Republic of Croatia (CEZIH) so that the patronage nurse can be reached in real time and she can plan health care and inform the family doctor about it.

Keywords: nursing discharge letter, community nurse

9. LITERATURA

1. Prlić N. Zdravstvena njega. Zagreb: Školska knjiga ; 1999.str.15-20
2. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište. 2005.
3. Hanžek K, Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara.,2015
4. Graham, J. E. Acute care nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards discharge risk screening and discharge planning., Masters Theses, University of Technology, Sydney. 2010;9.
5. Hellesø R, Sorensen, L, Lorensen M Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. International journal of integrated care. 2005;5

Rad u obiteljskoj medicini za vrijeme pandemije COVID-19

Vučković Sanja¹, Rapić Mirica²

¹specijalizantica Obiteljske medicine, Dom zdravlja Ogulin

²specijalist Obiteljske medicine, Specijalistička ordinacija prim.Mirica Rapić, Karlovac

SAŽETAK

Uvod: Dolaskom pandemije COVID-19 u RH došlo je do velikih promjena u radu obiteljske medicine. Klasičan način rada (većinom „face to face“) počeo se mijenjati i prilagođavati uputama Stožera civilne zaštite RH i HZJZ. Poštujući donesene epidemiološke mjere i upute, obiteljski liječnici čuvali su zdravlje populacije i zdravstveni sustav. Koristeći u tim uvjetima sve moguće dostupne im načine komunikacije, bili su dostupni svojim pacijentima više no ikad.

Cilj rada: istražiti rad u obiteljskoj medicini u 2021. godini u doba COVID-19 pandemije, u odnosu na 2019. godinu kada je nije bilo.

Metode rada: Retrospektivno, iz licenciranog računalnog softvera Softmeda, iz Knjige postupaka, analizirani su neki DTP postupci (Pregledi, Kućne posjete, Kućne posjete u palijativnoj skrbi, Telefonske konzultacije s medicinskom sestrom, Savjeti telefonom bolesniku ili članu obitelji, Psihološka podrška i savjet, e-konzultacije, Timska konzultacija s SKZZ, Cjepljenja) za 2019. i 2021. godinu iz 3 gradske ordinacije obiteljske medicine s područja Karlovačke županije koje skrbu o 4093 osiguranika. Izračunali smo u postotcima za 2021. g. uočene promjene u radu, u odnosu na 2019.g.

Rezultati: Pao je broj Pregleda u ordinaciji za 35%, Kućnih posjeta za 51 %, Savjeta s bolesnikom u ambulantu za 35%, ali je porastao broj kućnih posjeta u palijativnoj skrbi za 25%. Telefonske konzultacije s medicinskom sestrom porasle su za 32%, Savjeta bolesniku telefonom bilo je više za 365%, a Psiholoških podrški i savjeta za 23%. Timske konzultacije sa SKZZ porasle su za 253%, e-konzultacije za 633%, cjepljenja za 588 %.

Zaključak: Zbog pandemije COVID-19, obiteljski liječnici su se prilagodili novom načinu rada i komunikacije s pacijentima. Postupci koje do tada nisu učestalo koristili, sada su se protisnuli među najbrojnije. Zbog manjeg broja posjeta ordinacijama, očekivano su porasli telefonski kontakti s bolesnicima te e-konzultacije. Češće se telefonski konzultirala SKZZ kako bi se kvalitetno zbrinulo pacijente, ali i smanjio pritisak na bolnički sustav. Palijativni pacijenti bili su zbrinuti, a cjepljenja su drastično porasla zbog cjepiva protiv COVID-a. Na kraju, možemo reći da smo uspješno radili zahvaljujući dobroj komunikaciji i dugogodišnjem poznavanju naših pacijenata.

Ključne riječi: obiteljska medicina, COVID-19, komunikacija, konzultacija

WORK IN FAMILY MEDICINE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Introduction: With the arrival of the COVID-19 pandemic in the Republic of Croatia, there have been major changes in the work of family medicine. The classic way of working (mostly „face to face“) began to change and adapt to the instructions of the Croatian Civil Protection Headquarters and the Croatian Institute for Public Health. Respecting the adopted epidemiological measures and instructions, family doctors protected the health of the population and the health system. Using all the means of communication available to them in these conditions, they were available to their patients more than ever.

Aim: to investigate work in family medicine in 2021 at the time of the COVID-19 pandemic, compared to 2019 when it was not.

Methods: Retrospectively, from licensed computer software Softmed, from the Book of Procedures, some Diagnostic and Therapeutic procedures (DTP) were analyzed (Examinations, Home visits, Home visits in palliative care, Telephone consultations with a nurse, Advice by phone to a patient or family member, Psychological support and advice, e-consultations, Team consultation with Secondary Health Care, Vaccinations) for 2019 and 2021 from 3 city family medicine practices from the area of Karlovac County that take care of 4093 insured persons. We calculated in percentages for 2021 the observed changes in work, compared to 2019.

Results: The number of visits to the office decreased by 35%, home visits by 51%, consultations with the patient in the office by 35%, but the number of home visits in palliative care increased by 25%. Telephone consultations with a nurse increased by 32%, Advice to the patient by phone increased by 365%, and Psychological support and advice by 23%. Team consultations with Secondary Health Care increased by 253%, e-consultations by 633%, Vaccinations by 588%.

Conclusion: Due to the COVID-19 pandemic, family physicians have adapted to the new way of working and communicating with patients. Procedures that were not used frequently until then, are now among the most numerous. Due to the smaller number of visits to surgeries, telephone contacts with patients and e-consultations have increased as expected. Secondary Health Care was consulted more often by phone in order to provide quality care to patients, but also to reduce the pressure on the hospital system. Palliative patients were cared for, and vaccinations increased dramatically due to the COVID vaccine. In the end, we can say that we worked successfully thanks to good communication and long-term knowledge of our patients.

Key words: family medicine, COVID-19, communication, consultation

1. UVOD

Koronavirusna bolest 2019 (*engl. coronavirus disease 2019*), skraćeno: COVID-19, virusna je bolest uzrokovana novim koronavirusom SARS-CoV-2. Bolest je službeno potvrđena tijekom prosinca 2019. u gradu Wuhanu, pokrajine Hubei, Kina, dok je prvi slučaj oboljenja zabilježen 17. studenoga 2020. Povodom brzog širenja ove bolesti Svjetska zdravstvena organizacija proglasila je pandemiju. Zabilježene su zaraze diljem zapadnog svijeta i Azijsko-pacifičkog oceana, uglavnom ljudi iz Kine, a kasnije se bolest širi diljem Europe (1).

Prvi slučaj zaraze virusom SARS-CoV-2 u Hrvatskoj potvrđen je 25. veljače 2020. Zbog velikih dnevnih migracija stanovništva između Istre i Italije Vlada Republike Hrvatske donijela je 13. ožujka 2020. godine odluku o zatvaranju vrtića, osnovnih i srednjih škola te fakulteta na području cijele Hrvatske s ciljem sprečavanja širenja bolesti COVID-19 (1).

Slijedom navedenoga dolazi do reorganizacije rada u zdravstvenom sustavu prema uputama Stožera civilne zaštite Republike Hrvatske, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te drugih nadležnih tijela na državnoj i lokalnoj razini. Ministarstvo zdravstva 14. ožujka 2020. godine na temelju članka 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti donosi „Odluku o mjerama mobilizacije, organizacije i rasporeda rada i radnog vremena, promjene mjesta i uvjeta rada zdravstvenih ustanova i njihovih radnika i privatnih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe te korištenja medicinsko-tehničke opreme i ostalih sredstava“ (2). Nastavno na preporučene opće mjere za sprječavanje širenja bolesti izazvane koronavirusom (Covid-19) u zdravstvenom sustavu, a u cilju zaštite zdravlja zdravstvenih radnika i pacijenata trebalo je maksimalno moguće smanjiti dolaske pacijenata u ordinacije te obavljati samo hitne i neodgodive preglede i postupke dok traje pandemija. Preporuča se da se svim palijativnim i kroničnim bolesnicima omogući liječenje kod kuće ili u domu za stare i nemoćne u kojem borave kroz pojačane kućne posjete izabраниh liječnika, zdravstvenu njegu i fizikalnu terapiju u kući te mobilne palijativne timove. Broj dolazaka kroničnih pacijenata bez akutnih zdravstvenih simptoma bilo je potrebno smanjiti aktivnim pristupom kroz nadzor pacijenata putem telefona ili drugih komunikacijskih kanala. Također, kod ordiniranja terapije, trebalo je voditi računa o racionalnom propisivanju lijekova i dostatnoj terapiji za najmanje mjesec dana, kako se pacijenti ne bi nepotrebno vraćali u ordinacije ili ljekarne (2,3).

U slučaju potrebe vađenja krvi, osim u ordinaciji i medicinsko-biokemijskim laboratorijima, imunokomprimiranim pacijentima je bilo potrebno osigurati mogućnost vađenja krvi kod kuće. Ukazuje se na mogućnost korištenja A5 uputnica za konzultaciju s liječnicima u bolničkom sustavu bez prisutnosti pacijenta, a uzimajući u obzir ozbiljnost situacije i radi toga smanjeni opseg rada bolničkih ustanova te bolničke kapacitete koji se oslobađaju za slučaj potrebe hospitalizacije bolesnika zaraženih koronavirusom, u bolnice na pregled ili hospitalizaciju se usmjeravaju samo životno ugroženi bolesnici, neodgodiva zdravstvena stanja i onkološki bolesnici. Pri domovima zdravlja organiziraju se izdvojene ordinacije za pregled bolesnika pod sumnjom na zaraženost koronavirusom, koje su radile 24 sata (2).

Osobu koja se telefonski javila liječniku, a koja je oboljela od COVID-19, trebalo je savjetovati da ostane kod kuće u samoizolaciji, da obavezno telefonom stupili u kontakt s epidemiologom, a ako je potreban liječnički pregled, preporuča se pregled obaviti i uzeti bris za dijagnostiku COVID-19 u kućnoj posjeti ili osobu uvesti u ambulantu na način da ne dolazi u kontakt s drugim pacijentima u čekaonici. Osobama u samoizolaciji bilo je potrebno omogućiti izostanak s radnog mjesta vođenjem privremene nesposobnosti za rad, kao i za one koji

imaju simptome infekcije dišnih putova (povišenu temperaturu, kratak dah i kašalj). Ostali kronični bolesnici, ovisno o njihovim potrebama, naručivali su se na pregled uz stroge mjere zaštite uz prethodnu najavu telefonom izbjegavajući time susret s drugim pacijentima (4).

U prosincu 2020.godine u RH počinje cjepljenje protiv Covida-19 prvo zdravstvenih djelatnika i prioritarnih skupina, a kasnije i svih zainteresiranih putem ordinacija izabranih liječnika i organiziranih punktova za cjepljenje, a kasnije i docjepljivanje također prema preporukama HZZJ-a i nadležnih epidemiologa (5). U konačnici, u siječnju 2022.g od nadležnog ministarstava i HZZJ-a donešena je odluka da će se bolest Covid-19 ubuduće potvrđivati brzim antigenskim testovima u ordinacijama privatne zdravstvene zaštite koje imaju ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO), čemu se također bilo potrebno prilagoditi vremenom i prostorom te na taj način izbjeći mješanje zdravih i potencijalno zaraženih pacijenata(6).

2. CILJ RADA

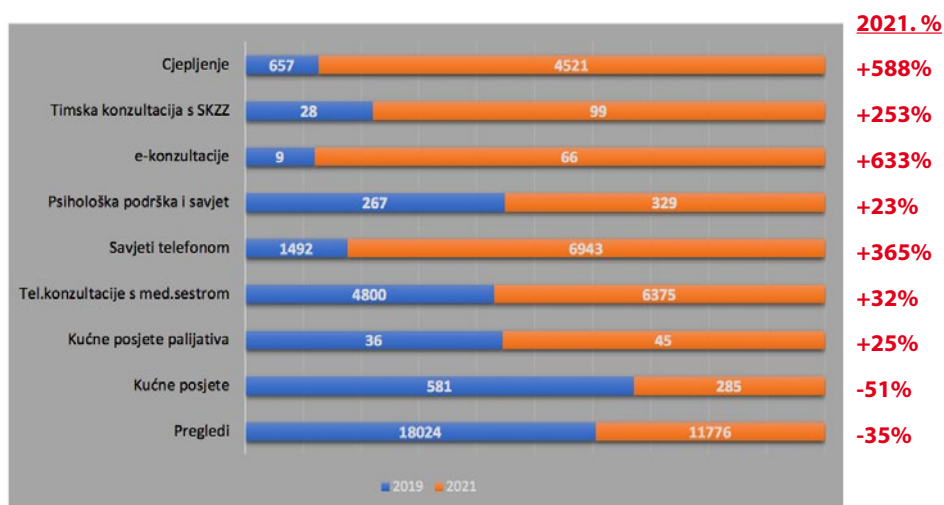
Istražiti promjene u načinu rada uvjetovane pandemijom COVID-19 u obiteljskoj medicini u 2021. godini u odnosu na 2019. godinu kada pandemije nije bilo.

3. METODE RADA

Retrospektivno, iz licenciranog računalnog softvera Softmeda, iz Knjige postupaka, analizirani su neki DTP postupci (Pregledi, Kućne posjete, Kućne posjete u palijativnoj skrbi, Telefonske konzultacije s medicinskom sestrom, Savjeti telefonom bolesniku ili članu obitelji, Psihološka podrška i savjet, e-konzultacije, Timska konzultacija s SKZZ, Cjepljenja) pojedinačno za 2019. i 2021. godinu iz 3 gradske ordinacije obiteljske medicine s područja Karlovačke županije koje podržavaju isti računalni program, a ukupno skrbe o 4093 osiguranika (7,8). Izračunali smo kroz analizirane DTP postupke razlike u radu za 2021. g. kada je pandemija bujala, u odnosu na 2019.g. kada je nije bilo.

4. REZULTATI

Obradom dobivenih podataka iz sve tri ordinacije za svaki pojedinačni DTP postupak dobiven je dolje navedeni grafički prikaz (Graf.1). Kako bismo dobili bolji pregled rada, podatke za 2021. smo izrazili u postotcima u odnosu na dobivene podatke za 2019.godinu. Prema tome, pao je broj Pregleda (ukupno prvi i kontrolni) u ordinaciji za 35%, kućnih posjeta bilo je za 51 % manje, Savjeta s bolesnikom u ambulanti bilo je za 35% manje, ali je porastao broj kućnih posjeta u palijativnoj skrbi za 25%. Telefonske konzultacije s medicinskom sestrom porasle su za 32%, Savjeta bolesniku telefonom bilo je više za 365%, a Psiholoških podrški i savjeta za 23%. Timske konzultacije sa SKZZ porasle su za 253%, e-konzultacije za 633%, cjepljenja za 588 %. (Na Grafu 1. prikazan je brojčano svaki analizirani DTP postupak).



Graf.1. Broj DTP postupaka za 2019. i 2021. godinu te promjene u radu prikazane u postotcima

RASPRAVA

Dolaskom pandemije COVID-19 i reorganizacijom dotadašnjeg načina rada koji je većinom bio „face to face“ došlo je do velikih promjena u radu obiteljske medicine (12). Poštujući donesena pravila i preporuke Stožera civilne zaštite RH i HZZJ-a, bilo se potrebno prilagoditi zahtjevima pandemije. S pacijentima se komuniciralo svim mogućim putevima komunikacije (telefonima, mailovima, privatnim mobitelima) i u bilo koje doba dana. Zbog toga i u našoj analizi rada iz tri ordinacije obiteljske medicine je vidljiv veliki porast broja telefonskih i e-konzultacija s pacijentima (Graf 1.).

Veliki dio pacijenata sa blažom kliničkom slikom zbrinut je samo na primarnoj razini zdravstvene zaštite u obiteljskoj medicini. Obiteljski liječnici na taj način su čuvali zdravstveni sustav, zdravlje populacije i sebe, a istodobno učili o brojnim potencijalno dugoročnim simptomima i kroničnim zdravstvenim problemima koji su proizlazili iz pandemije (9).

Ujedno je to bio i najčešći razlog telefonskih konzultacija. Iako je to i prije bio moguć način komunikacije, on se do sada nije toliko koristio ni od strane liječnika niti od strane pacijenata. Pacijenti bi se javljali telefonom izabranim liječnicima, a liječnici bi ih trijažirali prema navedenim simptomima te upućivali i naručivali na testiranja, upućivali u mjere samoizolacije/izolacije, procjenjivali težinu bolesti, određivali da li su za simptomatsku terapiju, da li je potrebno uvesti antibiotik ili u težim slučajevima uputiti na bolničko liječenje. Vodile su se samoizolacije i privremene nesposobnosti za rad. Potvrde i doznake o privremenoj nesposobnosti su se pacijentima slali mailom, viberom, what's up-om, faxom, što je bilo veliko administrativno opterećenje obzirom da iziskuje dosta vremena. U jedno vrijeme pandemije, zbog preopterećenosti epidemiologa, obiteljski liječnici su bili dužni uvoditi izolacije i „hvataći“ kontakte oboljelog što je također bio veliki administrativni teret.

Rad obiteljskog liječnika sveo se na manji broj direktnih kontakata u ordinaciji, jer su se pregledi naručivali prema stupnju ozbiljnosti problema, što govore i podaci o manjem broju pregleda u ordinaciji u 2021. godini u odnosu na period bez korone u 2019. godini. Isto tako posjete kroničnih bolesnika bile su smanjene zbog preporuka nadležnih tijela, ali i straha ljudi da se ne bi zarazili dolaskom u ordinacije. Zato su i oni često konzultirali telefonom ili e-mailom svog obiteljskog liječnika. Prema istraživanju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo koje je pak provedeno za 2020. godinu je pokazano da od ukupnog broja kontakata sa zdravstvenom zaštitom u 22.1 % slučajeva se radilo o pregledima, a u 31.5 % slučajeva je to bilo savjetovanje što također govori u prilog smanjenih pregleda i pojačanih konzultacija (5). Međutim, svatko tko je trebao zdravstvenu skrb, savjet, terapiju, dobio ju je bilo kroz direktni kontakt u ordinaciji, telefonom ili preko uputnice specijalisti iz bolničkog sustava. Ako bi pacijente naručivali u ordinacije bilo bi to u točno naručeno vrijeme kako bi se izbjeglo istodobno zadržavanje više pacijenata u istom prostoru. Redovito smo komunicirali s oboljelima telefonom, pratili razvoj simptoma, davali im psihološku podršku i savjete. Liječnici obiteljske medicine često su zbog anksioznosti pacijenata bili i psihijatri i psihoterapeuti. Rezultati pronađenih istraživanja pokazuju da strah od zaraze sebe i svojih bližnjih, posljedice mjera socijalne distanciranosti i ekonomske posljedice pandemije mogu imati jak učinak na mentalno zdravlje svih ljudi, a najčešći problemi mentalnog zdravlja koji su u porastu od početka pandemije su anksioznost, depresija, simptomi postraumatskog stresa i zlouporaba psihoaktivnih tvari (11, 12), a naše istraživanje pokazalo je također slične rezultate obzirom da je porsatao broj psiholoških podrški i savjeta pacijentima. Liječnici obiteljske medicine tako su zbrinjavali pacijente vlastitim znanjem i iskustvom, a u slučaj potrebe mišljenja bolničkog specijalista komunicirali smo putem A5 uputnica kad je to bilo moguće. Na taj način smo komunicirali s SKZZ i istovremeno smanjivali pritisak na bolnički sustav.

Palijativni pacijenti u Covid pandemiji su bili posebno zbrinuti, sve ono što je bilo potrebno odrađivalo se putem kućnih posjeta (bilo da je bila potreba za pregledom, terapijom ili testiranjem), ali i dobrom suradnjom sa patronažnom službom i zdravstvenom njegom te raspoloživim palijativnim timom. To govore i rezultati našeg rada da se kućne posjete palijativnim pacijentima nisu smanjile.

Dolaskom cijepljiva u ordinacije obiteljske medicine, dodatno se na već postojeće zadatke, pojačao pritisak na djelatnosti obiteljske medicine, ali i dao veliki doprinos zajednici obzirom da su obiteljski liječnici pronalazili put do teško dostupnih pojedinaca (9). Dolaskom u ordinacije na cjepljenje bilo je potrebno organizirati cjepljenje u manjim grupama s razmakom 15-20 min da se što manje ljudi grupira po čekaonicama, a pritom opet voditi računa da se potroši otvorena količina cjepljiva. Ljudi su polako počeli koristiti priliku da prilikom tog posjeta riješe i zaostatke koje do tada nisu imali prilike učiniti pa bi uz pregled u kontaktu s liječnikom rješavali zaostalu problematiku. Osobe sa poznatom anafilaktičkom reakcijom u anamnezi, upućivali bi uz popratno pismo liječnika i C2 uputnicu na hitni trakt radi provedbe cjepljenja u bolničkim uvjetima. One pacijente, koji su pak izrazili

želju da se žele ciječiti protiv Covid-19 bolesti, a bili su u nemogućnosti doći do ordinacije ili cijepljenog punkta zbog zdravstvenog stanja, ciječili smo u njihovim kućama, pazeći pritom na transport cijepljiva i vrijeme trajanja. Iz navedenih razloga, imali smo veliki porast cijepljenja u ordinacijama 2021. godine u odnosu na prethodni period kada tog cijepljiva niti COVID-a nije bilo.

ZAKLJUČAK

Zbog pandemije COVID-19, obiteljski liječnici bili su primorani prilagoditi se novom načinu rada i komunikacije s pacijentima. Poštujući donesene preporuke HZJZ, Kriznog stožera RH i epidemiološke mjere, morali smo biti u toku s vremenom i iz dana u dan prilagođavati rad zahtjevima pandemije. Postupci koji do tada nisu učestalo korišteni, sada su se protisnuli među najbrojnije. Zbog manjeg broja posjeta ordinacijama, očekivano su porasli telefonski kontakti s bolesnicima te e-konzultacije. Savjeti telefonom pacijentima predstavljali su glavnu poslu. Zbog narušenog mentalnog zdravlja populacije, straha od zaraze i bolesti bila je povećana potreba za psihološkom podrškom i savjetom. Konzultacija bolničkog specijalista bez prisutnosti pacijenta putem A5 uputnica konačno je zaživjela i na taj način čuvali smo bolnički sustav i naše pacijente. Češće se telefonski konzultirala SKZZ kako bi se kvalitetno zbrinulo pacijente, ali i smanjio pritisak na bolnički sustav.

Kućne posjete smanjene su gotovo za polovicu, u odnosu na vrijeme prije pandemije, ali kućne posjete palijativnih pacijenta su bile održane, čak su i porasle zbog prirode bolesti palijativnih pacijenata i svega ostaloga što nije moglo čekati i moralo se odmah zbrinuti.

Cijepljenja su drastično porasla zbog dolaska cijepljiva protiv COVID-19. Neki pacijenti su cijepljeni na punktovima, neki na hitnom traktu, međutim veliki broj pacijenata je prošao kroz ordinacije i to po više puta (prva, druga, booster doza).

Na kraju, možemo reći da smo uspješno odgovorili zahtjevima pandemije i dobro radili zahvaljujući dobroj komunikaciji i dugogodišnjem poznavanju naših pacijenata i njihovih obitelji.

9. LITERATURA

1. Wikipedija, Covid-19, dostupno na: <https://hr.wikipedia.org/wiki/COVID-19>
2. Krizni stožer RH, Predmet: Korona virus (COVID-19) - mjere za sprječavanje širenja bolesti- upute za postupanje u pružanju zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i izvanbolničkoj specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zagreb 19. ožujak 2020. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2020%20Vijesti/COVID-19%20pru%C5%BEateljima%20zdravstvene%20za%C5%A1tite%20PZZ%20i%20SKZZ.pdf>,
3. HZJZ, Verzija 2., Predmet: Preporuka postupanja u domovima zdravlja/ pružateljima zdravstvene zaštite na primarnoj razini. Zagreb 4. lipanj 2020. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2020/03/Preporuka_PZZ_v2.pdf
4. HZJZ, Postupanje zdravstvenih djelatnika u slučaju postavljanja sumnje na COVID-19, bolest uzrokovanu novim koronavirusom (SARSCoV-2). Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/postupanje-zdravstvenih-djelatnika-u-slucaju-postavljanja-sumnje-na-novi-koronavirus-2019-ncov/>
5. HZJZ, Uputa/priprema za cijepljenje protiv Covid 19, Zagreb 22. prosinac 2020. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/03/Upute-priprema-za-cijepljenje-protiv-COVID-19.pdf>
6. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Provođenje testiranja brzim antigenskim testom (BAT), dostupno na: <https://hzzo.hr/novosti/provođenje-testiranja-brzim-antigenskim-testom-bat>
7. Računalni program Vegasoft (Softmed) ; Godišnji izvještaji iz 3 ordinacije obiteljske medicine za 2019. i 2021. godinu
8. Računalni program Vegasoft (Softmed); Knjiga postupaka
9. John E Zeber^{1,2} and Niharika Khanna, Primary care responses to the COVID-19 pandemic, Fam Pract. 2021 Sep; 38(Suppl 1): i1-i2
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Korištenje zdravstvene zaštite u djelatnosti Obiteljske (opće) medicine u Hrvatskoj u 2020. godini, Zagreb 2021. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/04/CEZIH_2020_OM_za-objavu-1.pdf
11. Antičević, Vesna. "Učinci pandemije na mentalno zdravlje." Društvena istraživanja 30, br. 2 (2021): 423-443. <https://doi.org/10.5559/di.30.2.12>
12. de Sutter, An et al. "Family medicine in times of 'COVID-19': A generalists' voice." The European journal of general practice vol. 26,1 (2020): 58-60. doi:10.1080/13814788.2020.1757312

Komunikacija s obitelji

L. Bukmir^{1,2}, M. Fišić Jurković^{1,2}, P. Lozo³

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine doc.dr.sc. L.Bukmir dr.med.

² Medicinski fakultet, Sveučilišta u Rijeci

³ Specijalistička ginekološka ordinacija doc.prim.dr.sc.Petar Lozo, dr med., Zadar

SAŽETAK

Uvod

Komunikacija je sastavni dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji. Moćni je alat liječnika obiteljske medicine kojim se pomaže pacijentu i obitelji suočiti s bolesti, vlastitim problemima i načinima njihova rješavanja s ciljem postizanja boljih ishoda liječenja, funkcionalnosti i osjećaja zadovoljstva.

Rasprava

Obično su obiteljski problemi vrlo složeni i u pravilu dovode do promjena u obiteljskim odnosima. Doživljaj problema te razumijevanje razloga i uzroka, obično su različiti za obitelj kao cjelinu i za pojedine njene članove. Obiteljski liječnik mora biti sposoban prepoznati i procijeniti je li problem izazvan pretežno „vanjskim“ činiteljima ili „unutarnjim“, je li jednako značajan za sve članove, u kojoj je fazi i je li već bilo pokušaja rješavanja. U rješavanju i pomoći obitelji od izuzetnog značaja je uspostava dobrog odnosa, ličnost liječnika, njegova emocionalna toplina, jaka samokontrola, sposobnost aktivnog i potkrepljujućeg slušanja te njegova usklađenost s pacijentom i obitelji. Potrebno je umijeće vođenja usmjerenih razgovora s svim članovima pojedinačno i u grupi, u smirenoj situaciji i kod napetih odnosa među članovima. U radu i komunikaciji s obitelji potrebno je objasniti ciljeve razgovora, jasno odrediti granice npr. vrijeme trajanja razgovora, mjesto i sudionike. Važno je i uspostaviti povjerenje, pokazati empatiju i poštovanje i ne umanjiti kompetenciju članova obitelji kad im se daju savjeti. Potrebno je i jasno postaviti granice kako bi se spriječili nerealni zahtjevi. Bitno je da članovi obitelji i liječnik dijele ista očekivanja. Obitelj obično komunicira prema određenim pravilima kojim opažamo odnose među članovima obitelji. To je važno za uobličavanje komunikacije prema obiteljskoj dinamici. Obiteljski liječnik trebao bi biti uzor dobrog načina komunikacije te da sam komunicira pravilno i postiže promjenu. Sa svakim članom dobro je komunicirati na način kojim mu se pokazuje da je važna i vrijedna osoba. U komunikaciji s obitelji najvažniji korak je određivanje problema i ideja za njegovo rješavanje. U procjeni i odabiru rješenja koje može funkcionirati potrebno je uključiti sve članove obitelji. Tim se postižu kvalitetnija rješenja i članovi se više pridržavaju odluka u čijem nastajanju su sudjelovali. Na kraju svake posjete, dobro je istaknuti što je postignuto. Obitelj sagledava napredak, a stručna osoba učinke svog rada.

Zaključak

Dobra komunikacija s bolesnikom, njegovom obitelji temeljna je vještina obiteljskog liječnika koja donosi brojne koristi kako za bolesnika tako i za cijelu obitelj.

COMMUNICATION WITH A FAMILY

Introduction

Communication is main part of every patient relationship and its family. It is a powerful tool for family physicians to help patients and families cope with illness, their own problems and ways to solve them in order to achieve better treatment outcomes, functionality and satisfaction.

Discussion

Usually, family problems are very complex and lead to changes in family relationships. The experience of the problem and understanding of the reasons and causes, are usually different for the family as a whole in comparison to its individual members. The family doctor must be able to identify and assess whether the problem is caused mainly by the "external" or "internal" factors, whether it is equally important for all members, at what stage and whether there have been attempts to solve it. In resolving and helping the family, it's extremely important to establish a good relationship, the personality of the doctor, his emotional warmth, strong self-control, the ability to actively listen and his alignment with the patient and family. It requires a skill of conducting focused

conversations with all members individually and in a group, in a calm situation and in tense relations between members. When working and communicating with the family, it's necessary to explain the goals of the interview, clearly define the boundaries (eg the duration of the interview, the place and the participants). It is also important to establish trust, show empathy and respect and not diminish the competence of family members when they are given advice. Clear boundaries need to be set to prevent unrealistic demands. It is important that family members and the doctor share the same expectations. The family usually communicates according to the certain rules by which we observe relationships amongst family members. This is important for shaping communication according to the family dynamics. The family doctor should be a model of a good communication (communicates properly and achieves change). It's good to communicate with each member in a way that shows him that he is an important and valuable person. In the communication with the family, the most important step is to identify the problem and ideas for solving it. It's necessary to involve all family members in the evaluation and selection of solutions that can work. This achieves better solutions and members adhere more to the decisions in which they participated. At the end of each visit, it is good to point out what has been achieved. The family summarizes the progress and the expert the effect of his work/intervention.

Conclusion

Good communication with the patient and his family is a fundamental skill of the family doctor that brings many benefits both for the patient and whole family.

Savjetovanje - kako racionalno motivirati pacijenta

L.Bukmir¹, M. Fišić Jurković², P.Lozo³

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine doc.dr.sc. L.Bukmir dr.med.

² Medicinski fakultet, Sveučilišta u Rijeci

³ Specijalistička ginekološka ordinacija doc.prim.dr.sc.Petar Lozo, dr med., Zadar

SAŽETAK

Uvod

Savjetovanje je složeni proces u kojem liječnik obiteljske medicine kreativnim intervencijama pomaže pacijentu suočiti se s vlastitim problemima i načinima njihova rješavanja s ciljem postizanja bolje funkcionalnosti i osjećaja zadovoljstva. Preduvjet za to je uspostava dobrog savjetodavnog odnosa.

Rasprava

Sam savjetodavni odnos ma koliko je dobar nije dovoljan za konstruktivne promjene kod pacijenta. Od izuzetnog značaja je povjerenje, ličnost liječnika, njegova emocionalna toplina, jaka samokontrola, sposobnost aktivnog i potkrepljujuće slušanja te njegova usklađenost s pacijentom. Uspješnost savjetovanja ovisi o liječnikovoj pripremljenosti, educiranosti i već spomenutim osobinama ličnosti. Da bi pacijent prihvatio zdrav način života treba biti suradljiv i motiviran. Problem je što kod motiviranja pacijenta na promjenu ponašanja veoma često nailazi se na svjestan ili nesvjestan otpor pacijenta. Promjeni ponašanja u načelu prethodi promjena stavova. Stavovi se ne mijenjaju lako i brzo, tako da u motivacijskom razgovoru, u punoj mjeri, dolaze do izražaja komunikacijske vještine liječnika. Prema transteorijskom modelu koji se pokazao kao učinkovit alat za promjenu ponašanja, proces promjene podjelen je u pet faza. Motivacija osobe nije podjednaka u svim fazama. Potrebno je poznavati značajke svake faze i odrediti stupanj motivacije pacijenta jer svaki stupanj ima svoja komunikacijska načela. Motivacijski intervju potrebno je prilagoditi i osobnosti bolesnika. Važno je voditi računa o činjenici da nitko ne mijenja svoje ponašanje ako mu to nije stvarno važno te ako ne vjeruje u sebe (samopouzdanje). Cilj analize tih dvaju elemenata je utvrditi na što se je potrebno usmjeriti u daljnjem dogovaranju i koje strategije odabrati. Nažalost DTP (dijagnostičko terapijski postupak) koji se odnose na primjenu savjetovanja u obiteljskoj medicine financijski su slabo vrednovani, neprimjereni su struci i izazovima svakodnevnog rada. Primjer OM106 DTP postupak za prošireno savjetovanje kroničnog bolesnika može se obračunati samo jedamput godišnje za istu osobu. Još gori kriterij i smjernice su za ekskluzivni postupak naše profesije OM107 DTP postupak savjetovanja s obitelji kojeg se zaračunava samo ako se radi o djetetu ili osiguranoj osobi koja nije u mogućnosti primiti savjet zbog psihosomatskog stanja bolesti.

Zaključak

Najvažniji cilj savjetovanja obično je jačanje pacijentove odgovornosti za oblikovanje i stvaranje vlastita života. Da bi ispravno motivirali pacijenta na promjenu životnog stila u zdraviji, liječnik se mora poput kameleona prilagoditi osobnosti svakog pacijenta a komunikacijska načela koristiti shodno fazi motivacije u kojoj se pacijent nalazi. Pacijentovu promjenu u individualnom radu olakšava odnos sa liječnikom koji je podržavajući, prihvaćajući i empatičan.

COUNSELLING – HOW TO RATIONALLY MOTIVATE A PATIENT

Introduction

Counselling is a complex process in which the GP uses creative interventions to help the patient cope with their own problems and finding ways to solve them in order to achieve better functionality and a sense of a satisfaction. Establishment of a good counselling relationship is a prerequisite.

Discussion

The counselling relationship itself, no matter how good, isn't enough for constructive changes in the patient. Trust, personality of the doctor, his emotional warmth, strong self-control, ability to listen actively and support

alongside his compliance with the patient are extremely important. Whether counselling is successful or not depends on doctor's preparation, education and the already mentioned personality trait. For a patient to adopt a healthy lifestyle, one needs to be cooperative and motivated. Common problem when motivating a patient to change their behaviour is that doctors often encounter conscious or unconscious resistance from the patient. A change in the behaviour is preceded by a change in attitudes. Attitudes don't change easily and quickly, so in the motivational conversation, doctor's communicational skills are crucial. According to the transtheoretical model that has proven to be an effective tool for the behaviour change, the process of change is divided into five phases. A person's motivation isn't the same at all stages. It's necessary to know the characteristics of each phase and determine the degree of motivation of the patient because each level has its own communication principles to follow. The motivational interview needs to be adapted to the patient's personality. It's important to take into account the fact that no one changes their behaviour if it is not really important to them and lacking self-confidence. The aim of the analysis of these two elements is to determine what needs to be a focus in the further negotiations and which strategies to choose. Unfortunately, DTP (diagnostic and therapeutic procedures) related to the application of counselling in family medicine are poorly evaluated financially alongside being inappropriate for the profession and the challenges of everyday work. For example, OM106 DTP procedure for extended chronic patient counselling can only be charged once a year for the same person. Even worse criteria and guidelines are for the exclusive procedure of our profession OM107 DTP family counselling procedure which is charged only if it's a child or an insured person who is unable to receive advice due to the psychosomatic state of the disease.

Conclusion

The most important goal of counselling is usually to strengthen the patient's responsibility to shape and create their own life. In order to properly motivate the patient to change their lifestyle to a healthier one, the doctor must like a chameleon, adapt to the personality of each patient and use communication principles according to the stage of patient's motivation. The patient's change in individual work is facilitated by a relationship with the physician that is supportive, accepting, and empathetic.

Obiteljski doktori -

EKSPERTI POTPUNO
DRUKČIJI OD DRUGIH

19.-22.06.
2022.

Kongresni centar
AMADRIA PARK
ŠIBENIK

CONVENTUS
credo

U ORGANIZACIJI
KONGRESA
OD 2006.



Conventus Credo d.o.o. Bogišićeva 2, 10000 Zagreb, Hrvatska
MB 2102510 OIB 94766180676 ID HR-AB-01-080571631
Tel +385 1 4854 696 Fax +385 1 4854 5807
Mail info@conventuscredo.hr
www.conventuscredo.hr

 **KoHOM**
koordinacija hrvatske
obiteljske medicine