

# Prevenција i programirana skrb bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti u obiteljskoj medicini

Prevention and programmed care for chronic patients in family medicine

Milica Katić\*

\*Prof.dr.sc. Milica Katić, dr.med., specijalist opće medicine, Katedra za obiteljsku medicinu Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Dom zdravlja Zagreb-Centar

## SAŽETAK

Spektar aktivnosti koje provodi liječnik obiteljske medicine u skrbi za bolesnika je vrlo velik te se proteže od djelovanja na determinante zdravlja do palijativne skrbi. Preventivne aktivnosti su više manje prisutne u svakom odsječku pružanja zdravstvene zaštite. Intervencija obiteljskog liječnika može promijeniti rizično zdravstveno ponašanje, a velik potencijal obiteljske medicine za preventivno djelovanje leži u njenoj dostupnosti. Liječnik obiteljske medicine ima jedinstvenu priliku u pružanju preventivne zaštite, ali poželjna razina uključenosti u preventivni rad liječnika obiteljske medicine nije dostignuta.

Opterećenje zajednice i zdravstvenog sustava s kroničnim bolestima će i nadalje rasti zbog starenja populacije, načina života i boljeg liječenja koji omogućavaju bolesnicima s kroničnim bolestima dulje preživljavanje. Zbog brzog porasta broja bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti kao i zbog nedostataka u načinu zbrinjavanja bolesnika razvijen je komprehenzivni model programirane skrbi. Prilagodba tog modela za preventivni rad može poslužiti kao koristan okvir za suzbijanje čimbenika rizika vezanih uz način života. Bolesnici, liječnici i zdravstveno osoblje u primarnoj zaštiti mogu imati koristi od implementacije modela programirane skrbi prilagođenog za prevenciju jer taj model omogućava ne samo bolju kontrolu kroničnih bolesti nego i smanjenje bolesnikovog rizika za razvoj kronične bolesti u budućnosti.

Informacijski sustav uveden u djelatnosti obiteljske medicine u Hrvatskoj daje značajnu potporu implementaciji učinkovitog okvira za preventivni rad i programiranu skrb bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti u obiteljskoj medicini.

**Ključne riječi:** obiteljska medicina, prevencija, programirana skrb za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti

## ABSTRACT

The spectrum of caring for patients in general practice/family medicine is actually very large going from intervention on health care determinants to palliative care. The prevention-related activities are more or less present at each step of this “healthcarecontinuum”. The enormous potential identified in general practice/family medicine is based upon its accessibility to the population and the consistent evidence that general practitioner/family physician interventions can change health risk behavior. General practitioner/family physician has a unique opportunity to deliver preventive services but a desired level of involvement is not always attained.

The global burden of the major chronic diseases is projected to rise over the coming years due to life style, demographic development and improved treatments which allow more people with chronic conditions to live longer. Due to the growing numbers of people suffering from chronic diseases and also the deficiencies in the current efforts to manage them, chronic care model was developed as a comprehensive framework for managing chronic illness. Adaptation of the chronic care model for preventive purposes may offer a useful framework for addressing important health risk behaviors. Primary care practices and their patients may benefit from more widespread implementation of the chronic care model adapted for prevention that not only better controls existing chronic illnesses, but also reduces patients' risk of developing chronic diseases in the future.

Information system introduced in Croatian Family Medicine Service gives a substantial support to the implementation of the useful framework for preventive work and programmed chronic care in family medicine.

**Keywords:** family medicine, prevention, programmed care for chronic patients

## UVOD

Potreba objedinjavanja preventivne, kurativne i socijalne medicine bilo je polazište Andrije Štampara u oblikovanju doma zdravlja. Korak dalje u osmišljavanju obiteljske medicine kao discipline koja objedinjava i funkcionalno integrira preventivno-kurativno-socijalne djelatnosti u praksi učinio je prof. Ante Vuletić. On je definirao principe djelovanja opće/obiteljske medicine koji su utemeljeni na znanstvenim načelima, a objedinjavaju poimanje medicine kao jedinstvo preventivnog, kurativnog i socijalnog djelovanja, participaciju građana u rješavanju zdravstvenih problema te dispanzersku metodu rada.<sup>1</sup>

Integracija preventivnih aktivnosti u svakodnevni rad liječnika opće/obiteljske medicine odnosno u svaku konzultaciju liječnika s pacijentom može i treba odigrati najvažniju ulogu u postizanju dobrih ishoda preventivnog rada. Naime, mnogi podaci iz literature dokumentiraju činjenicu kako liječnik obiteljske medicine u pravilu vidi 70% svojih pacijenta tijekom jedne godine. Liječnici obiteljske medicine tijekom konzultacije koja može biti vrlo kompleksna uvijek koriste integrirani pristup koji obuhvaća preventivni i kurativni aspekt rješavanja bolesnikova problema. Brojna su istraživanja pokazala kako liječnik obiteljske medicine u kontinuiranoj skrbi i čestim susretima s pacijentima provodi i preventivne aktivnosti. U zdravstvenim sustavima svih zemalja prepoznate su velike mogućnosti obiteljske medicine u prevenciji bolesti i unapređenju zdravlja koje se prvenstveno temelje na neometanom, direktnom dostupu populacije obiteljskom liječniku te na konzistentnim dokazima kako intervencija liječnika obiteljske medicine može promijeniti zdravstveno ponašanje pojedinaca i populacije u odnosu na zdravstvene rizike. Mnogi od kontakata liječnika i bolesnika nude mogućnost primarne prevencije kao što su davanje savjeta, izobrazba o zdravim stilovima života, ili provođenje cijepljenja. Trajnost skrbi za bolesnika omogućuje liječniku poznavanje fizičkog, psihološkog i emocionalnog stanja bolesnika te njegovog obiteljskog i socijalnog okruženja. Stoga je liječnik obiteljske medicine u najpovoljnijem položaju za korištenje postupaka sekundarne prevencije (screening i rano otkrivanje bolesti). Osim toga, obiteljski liječnik trajno prati bolesnike s kroničnim bolestima te ima značajnu ulogu u tercijarnoj prevenciji - primjerenom liječenju i preveniranju komplikacija bolesti, smanjivanju invaliditeta, preveniranju prerane smrti te povećanju kvalitete življenja.<sup>2,3</sup> Usprkos toga željeni i očekivani stupanj uključenosti liječnika obiteljske medicine u preventivne aktivnosti nije uvijek dostignut.

Starenje populacije i sve duže preživljavanje bolesnika koji boluju od kroničnih nezaraznih bolesti uvjetuju nagli porast broja bolesnika s kroničnim bolestima. Izazov prevencije kroničnih bolesti i zbrinjavanja bolesnika s kroničnim bolestima prisutan je u većini zemalja.<sup>4</sup> Zahvaljujući napretku medicine postižu se sve bolji rezultati u suzbijanju čimbenika rizika i ranom otkrivanju bolesti, pravovremenom i učinkovitim liječenju i praćenju bolesnika te sprečavanju i/ili odgađanju komplikacija kroničnih bolesti, preranom invaliditetu i/ili smrti. Poznato je da je polovica smrtnosti od deset vodećih uzroka smrtnosti uzrokovana bolestima u kojima je moguće prevencijom čimbenika rizika smanjiti pobol ili pogoršanje postojeće kronične

bolesti. To su čimbenici rizika vezani uz nezdrav životni stil, pušenje, konzumacija alkohola, nezdravu prehranu i fizičku neaktivnost. Učinkovitost zbrinjavanja bolesnika koji boluju od hipertenzije, kongestivnog srčanog zatajenja, depresije te dijabetesa značajno je unaprijeđena novijim na znanstvenim spoznajama utemeljenim kliničkim intervencijama te promjenama ponašanja. Usprkos tome mnogi bolesnici ne uspijevaju koristiti dobrobit tog napretka.

## TERET KRONIČNIH BOLESTI U POPULACIJI

Procjenjuje se da je 2005. godine od kroničnih nezaraznih bolesti u svijetu umrlo 35 miliona ljudi. Kronične nezarazne bolesti imaju značajan utjecaj na zdravstveno stanje populacije i predstavljaju uz zdravstveni i veliki ekonomski teret.<sup>5</sup> Nagli porast broja bolesnika sa kroničnim bolestima u obiteljskoj medicini predstavlja za liječnika izuzetno zahtjevan rad i veliki opseg posla. To naravno značajno utječe na zadovoljstvo poslom, učinkovitost i kvalitetu rada liječnika obiteljske medicine. Liječnici izvještavaju kako s porastom kroničnih bolesti trebaju sve više vremena za rad s bolesnicima, a opterećenje konzultacijama odnosno njihova složenost postaju sve veći. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) 1990. godine zabilježeno je u službi obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj 15.907.836 posjeta, a 2011. godine 31.213.532 posjeta odnosno 7,3 posjete godišnje prosječno po korisniku. Dakle u razdoblju od 20 godina zabilježen je porast od 15.305.696 posjeta odnosno gotovo dvostruki porast.<sup>6,7</sup> I u Danskoj je u razdoblju od 1993. do 2009. godine zabilježen porast broja posjeta u obiteljskoj medicini za gotovo 20%.<sup>8</sup> Isto tako zabilježen je porast broja registriranih bolesti u obiteljskoj medicini. Prema podacima HZJZ u 2001. godini broj utvrđenih bolesti i stanja zabilježenih u djelatnosti obiteljske medicine bio je 6.664.236.<sup>9</sup> U 2011 godini zabilježeno je ukupno 12.288.176 bolesti i stanja, gotovo dvostruki porast broja bolesti i stanja u desetgodišnjem razdoblju. Očekuje se i nadalje porast kroničnih bolesti koji je uzrokovan multifaktorijalno prvenstveno načinom života, demografskim kretanjima i unapređenjem zbrinjavanja bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti što omogućuje bolesnicima dulji život.<sup>10</sup> U Hrvatskoj prema rezultatima istraživanja provedenog u 11 nastavnih ordinacija obiteljske medicine učestalost kroničnih bolesti u dobnoj skupini od 0-24 godine je iznosio 12,8%, dok je u dobnoj skupini starijih od 65 godina iznosio 79,8%. Tijekom desetgodišnjeg razdoblja praćenja kohorte tih kroničnih bolesnika broj kroničnih bolesti porastao je s prosječno 1,6 kroničnih bolesti 1994. godine na prosječno 4,7 kroničnih bolesti po ispitaniku 2003. godine odnosno nakon deset godina.<sup>11</sup> U Danskoj je prema rezultatima istraživanja utvrđeno kako približno jedna trećina populacije ima najmanje jednu kroničnu bolest. Posljedica porasta broja kroničnih bolesti te unapređenja zbrinjavanja bolesnika s kroničnim bolestima značajno utječe na troškove zdravstvene zaštite. Tako je u Danskoj procijenjeno temeljem istraživanja kako se oko 60 do 80% postojećih resursa zdravstvenog sustava koristi na zbrinjavanje osoba koje boluju od kroničnih bolesti, a sva ta sredstva su pretežito potrošena na lijekove i bolnička liječenja.<sup>12</sup>

## PRINCIPI PROGRAMIRANE SKRBI ZA BOLESNIKE KOJI BOLUJU OD KRONIČNIH BOLESTI

Postoji jasan nerazmjer između povećanih potreba i zahtjeva za medicinskom skrbi i nesposobnosti zdravstvenog sustava da zadovolji te zdravstvene zahtjeve i potrebe. Zdravstvene potrebe populacije su sve veće dijelom zbog brzog porasta učestalosti kroničnih bolesti a dijelom zbog kompleksnosti znanosti i tehnologija koje su dostupne za učinkovito dijagnosticiranje i liječenje kroničnih bolesti. Istodobno bolesnici sve više iskazuju zdravstvene zahtjeve koji su dijelom potaknuti širokom ponudom medicinskog konzumerizma, odnosno širokom ponudom "zdravstvenih usluga". Zbog loše organizacije pružanja zdravstvene skrbi te neadekvatne pripremljenosti i ograničenja u korištenju modernih tehnologija zdravstveni sustav nije u mogućnosti odgovoriti izazovu povećanih i promijenjenih zdravstvenih potreba bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti. S druge strane čini se da se zdravstveni sustav ubrzano prilagođava zadovoljenju zdravstvenih zahtjeva bolesnika koji su zahvaljujući promidžbi u javnim medijima kako od strane laika tako i različitih stručnjaka koji djeluju u zdravstvenom sustavu motivirani na traženje sve većeg opsega posebice novih sofisticiranih dijagnostičkih pretraga i postupaka liječenja. Stoga se u medicinskoj praksi pojavila potreba za prevencijom prevelikog i često štetnog korištenja dijagnostičkih i terapijskih postupaka koje nudi moderna medicina. Tako se u preventivi posljednjih godina snažno razvija koncept kvartarne prevencije.<sup>13</sup>

Unapređenje kvalitete skrbi za bolesnike s kroničnim bolestima zahtijeva više od dokaza o učinkovitom dijagnosticiranju ili liječenju neke bolesti. Unapređenje kvalitete zahtijeva dokaze i sposobnost za promjene koje će omogućiti bolju skrb bolesnicima s kroničnim bolestima odnosno znanja i sposobnosti da se te nužne promjene i nova saznanja učinkovito implementiraju u praksi. Dakle bolesnici koji boluju od kroničnih bolesti moraju dobiti skrb koja im osigurava pouzdanje i vještine za savladavanje poteškoća. Ta skrb nadalje mora uključivati najprimjerenije načine liječenja kako bi se postigla optimalna kontrola bolesti i prevenirale komplikacije bolesti, zajednički plan zbrinjavanja i pažljivo oblikovan kontinuirani plan praćenja. Da bi se osigurala dobra skrb za bolesnike s kroničnim bolestima potrebna je također vrlo dobro oblikovana i osigurana interakcija između bolesnika i liječnika s njegovim timom. Podaci mnogobrojnih istraživanja pokazuju da tipični model skrbi orijentirane prema akutnim problemima ne može zadovoljiti potrebe skrbi za bolesnike s kroničnim bolestima te da je nužno organizaciju rada prilagoditi potrebama i zahtjevima skrbi za kronične bolesnike.<sup>14</sup>

Liječnici obiteljske medicine znaju iz iskustva, a brojna istraživanja to potvrđuju, kako je konzultacija s bolesnikom koji boluje od kroničnih bolesti znatno teža i složenija nego konzultacija s bolesnikom koji boluje od akutne bolesti.<sup>15,16</sup>

Bitna odrednica strukturirane na znanstvenim dokazima utemeljene primarne zaštite za bolesnike sa kroničnim bolestima je programirana, planirana skrb.<sup>17</sup> Model skrbi za kronične bolesnike (Chronic Care Model) je razvijen kao sveobuhvatan okvir za zbrinjavanje bolesnika s kroničnom bolesti. Taj je model nastao kao odgovor na sve veći broj bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti i uočenih nedostataka u načinu rada u zbrinjavanju tih bolesnika. Primjerice,

nedovoljna je spremnost i sposobnost prezaposlenih liječnika da pružaju skrb u skladu sa stručnim smjernicama, nedostatna je dobra stručna koordinacije u pružanju skrbi. Potom, nedostatan je aktivno praćenje bolesnika kako bi se osigurali najbolji ishodi skrbi. Liječnici, ostali zdravstveni profesionalci te bolesnici ne raspolažu dostatnim znanjima i vještinama kako bi se osiguralo kvalitetno vođenje bolesnika i kontrola kronične bolesti.

Model programirane skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti sadrži šest temeljnih elemenata koji omogućavaju provođenje primjerene kvalitete skrbi.<sup>18</sup>

Prvi je element zdravstvena politika koja kroz osiguranje resursa zajednice i oblikovanja lokalnih i državnih programa promiče unapređenje zdravstvene zaštite. Temeljno je određenje da zdravstveni sustav u suradnji sa zajednicom u širem smislu riječi prepozna, oblikuje i potpomaže takvu organizaciju i provođenje skrbi koja će zadovoljiti postojeće potrebe stanovništva.

Potom je bitna organizacija zdravstvenog sustava koja promiče trajno unapređenje kvalitete skrbi i osigurava sigurnu i kvalitetnu skrb bolesnicima. Pri tom je nužna učinkovita koordinacija skrbi svih razina zdravstvenog sustava kako među zdravstvenim ustanovama tako i unutar samih ustanova i organizacija koje pružaju skrb. Preduvjet tome je trajna potpora unapređenju kvalitete te sistematsko praćenje i rješavanje pogrešaka i propusta koji se pojavljuju.

Potporna učinkovitim samozbrinjavanju i samokontroli je treća bitna pretpostavka programirane skrbi. U tom se dijelu naglašava odgovornost i osposobljenost bolesnika za brigu o zdravlju i kontrolu bolesti kroz prepoznavanje potreba, rješavanje problema te jasno oblikovanog zajedničkog plana zbrinjavanja koji uvažava bolesnikove prioritete. Ta potpora samozbrinjavanju i veza s resursima lokalne zajednice koji su usmjereni prema bolesnikovim potrebama značajna su pomoć u aktiviranju bolesnika i njegove obitelji kako bi se bolje suočili i borili s izazovima koje kronična bolest nameće njihovom životu. Tradicionalno, izobrazba bolesnika naglašava stjecanje znanja i didaktičko savjetovanje. Takve intervencije povećavaju znanje, ali nažalost njihov utjecaj na promjene ponašanja je nedostatan kao i učinak na poboljšanje kontrole bolesti ili drugih ishoda. Mnoga istraživanja tih procesa pokazuju kako je nužno usmjeriti napore u izobrazbi bolesnika na unapređenje njihove sposobnosti i vještine u zbrinjavanju stanja. Naglašava se bitna uloga bolesnika i njegove obitelji u savladavanju problema koje donosi kronična bolest, potom u postavljanju ciljeva u kontroli bolesti, u identifikaciji problema za postizanje dogovorenih ciljeva te planiranja kako savladati identificirane prepreke.<sup>19</sup> Liječnici koji trajno skrbe bolesnike s kroničnim bolestima su svjesni potrebe osposobljavanja bolesnika za aktivno sudjelovanje u liječenju i preuzimanja dijela odgovornosti za uspješnu kontrolu bolesti. Model bolesniku usmjerene skrbi posebice je važan u bolesnika koji boluju od kroničnih progresivnih nezaraznih bolesti. Prilagodba i sposobnost suočavanja s problemom bitne su odrednice ishoda liječenja, te je u predviđanju ishoda od presudne važnosti način na koji osoba doživljava svoj život s problemom. Osposobljenost bolesnika odnosi se na znanje i vještinu liječnika da osvijesti i unaprijedi bolesnikovu sposobnost razumijevanja i suočavanja s problemom ili bolesti.<sup>20</sup>

Četvrti temeljni element je način na koji se pruža skrb. Naime, posjete bolesnika s kroničnim bolestima trebaju biti dobro planirane uz osiguranje sudjelovanja i liječnika drugih specijalnosti koji imaju značajnu ulogu u uspješnoj kontroli kronične bolesti. Stoga je razvijanje modela podijeljene skrbi ("shared care") i njegova implementacija u praksi nužan preduvjet

uspješnoj skrbi za bolesnike koji boluju od kronične bolesti. Taj je model definiran kao zajedničko djelovanje primarnog liječnika i specijaliste konzultanta u pružanju planirane skrbi za bolesnika. Pri tom je nužna dobra komunikacija te razmjena informacija između ta dva liječnika u znatno većoj mjeri nego što je to sad prisutno u uobičajenom načinu rada. Model podijeljene skrbi omogućuje unapređenje kvalitete i koordinacije skrbi kroz međudjelovanje primarne i sekundarne zaštite i dovodi do povoljnijeg ishoda skrbi za bolesnike.<sup>21</sup> Primjerena programirana skrb za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti zahtijeva odgovarajuću organizaciju rada odnosno vođenje i upravljanje praksom sukladno europskom konsenzusu o indikatorima kvalitete vođenja i upravljanja praksom. Među tim indikatorima ističu se dostupnost skrbi kroničnim bolesnicima kako fizički tako i organizacijom rada, sustav naručivanja, osiguranje skrbi izvan redovitog radnog vremena ordinacije, vođenje primjerenog zdravstvenog kartona te dostupnost i izmjena informacija o bolesniku sa svima koji sudjeluju u skrbi kroničnog bolesnika. Uvođenje sustava naručivanja bolesnika na pregled daje liječniku veliku mogućnost uspostave obrasca rada u kojem će on sam prema stručnoj prosudbi moći upravljati svojim vremenom u ordinaciji što je osnovni preduvjet dobre organizacije rada.<sup>22</sup> Jedna od mogućnosti da se ublaži pritisak na liječnika zbog sve većeg opterećenja populacije kroničnim bolestima je delegiranje nekih zadataka drugim članovima tima. Tako su primjerice u Sloveniji uvedene referentne ordinacije obiteljske medicine čija je svrha unapređenje primarne i sekundarne prevencije najučestalijih bolesti te bolje zbrinjavanje bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti. Njihov program postupno postaje sve širi (KOPB, astma, šećerna bolest tipa 2, arterijska hipertenzija, duševno zdravlje, zastoj srca, BHP (benigna hiperplazija prostate), vođenje antikoagulacijskog liječenja, bolesti štitnjače ...). Diplomirana medicinska sestra u referentnoj ambulanti je prije svega zadužena za probir opredijeljene populacije za rano otkrivanje ugroženih ili već oboljelih te na praćenje bolesnika sa dobro kontroliranom kroničnom bolešću.<sup>23</sup>

Peti je element modela programirane skrbi za kronične bolesnike dostupan i efikasan sustav koji pomaže u kliničkom odlučivanju primjerice olakšani pristup smjernicama i njihovo redovito korištenje u rutinskom radu. To je moguće ako su ti materijali inkorporirani u kompjuterskom programu koji se redovito koristi u ordinaciji obiteljskog liječnika. Slično upozorenju o alergiji na lijek i za druge kliničke probleme moguće je instalirati podsjetnike za liječnike. Praksa je pokazala uspješnost korištenja takvih podsjetnika primjerice Sustav za pomoć pri odlučivanju o lijeku podržan kompjuterom (Computerized decision support system- CDSS).<sup>24</sup>

Posljednji šesti element u modelu skrbi za kronične bolesnike (Chronic Care Model) je primjeren informacijski sustav. Učinkoviti programi osiguravaju trajni pristup relevantnim podacima o pojedinačnim bolesnicima i populaciji. Kompjuterski vođeni registri koji uključuju odabrane informacije o svakom pacijentu i uspješnosti intervencije te važnim karakteristikama skrbi koju bolesnici dobivaju, omogućuju liječniku i članovima njegovog tima pozivanje bolesnika sa specifičnim potrebama, pružanje planirane zaštite, dobivanje redovitih povratnih informacija o svom radu te implementaciju sustava podsjećanja. Dakle vrlo važan preduvjet za provedbu programirane skrbi u obiteljskoj medicini je razvoj i primjena odgovarajućih programskih rješenja koja će omogućiti prikupljanje, pohranjivanje i korištenje podataka u skladu sa principima programirane skrbi. Bez kvalitetnog informatičkog rješenja liječnici ne mogu dobiti pravu povratnu informaciju što su učinili i s kakvim rezultatom.<sup>25</sup>

Mnogo je lakše ispunjavanje ovih mnogobrojnih zadataka u skrbi za bolesnika s kroničnim bolestima ako se radi timski. Medicinske sestre i drugi članovi liječničkog tima posjeduju



specifične vještine i vrijeme koje je potrebno kako bi se bolesnicima pružila potpora u savladavanju kompleksnog procesa samozbrinjavanja i pomogne u kontroli bolesti. Osim timskog rada potreban je aktivan dispanzerski pristup te razvoj i primjena modela kontinuirane bolesniku usmjerene i programirane skrbi. Dispanzersku metodu rada definiraju multidisciplinarni, timski način rada, aktivno traženje rizičnih čimbenika ili simptoma već postojećih bolesti u prividno zdravih osoba, a ne čekanje da se bolesnik javi sa simptomima koji mogu značiti već uznapredovanu bolest. Takav pristup uključuje sustavnu programiranu skrb za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti odnosno aktivan pristup u planiranju kontrolnih pregleda u svrhu bolje kontrole kronične bolesti te pravodobnog otkrivanja i liječenja komplikacija kronične bolesti. Programirana skrb predmnijeva identifikaciju bolesnika s kroničnim bolestima, usvajanje obrasca rada koji olakšava liječenje i praćenje bolesnika utemeljeno na smjernicama i sustavnoj primjeni smjernica. Provođenje skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti značajno povećava korištenje zdravstvene službe, posebice u obiteljskoj medicini i stoga ima značajne implikacije na organizaciju i funkcioniranje obiteljske medicine.<sup>18,26</sup> Model programirane skrbi za bolesnika s kroničnom bolesti mogao bi biti koristan okvir za mnogo iscrpnije razmatranje kako nova sredstva, tehnike i metode za savjetovanje o promjeni ponašanja pristaju u sve dimenzije skrbi koju liječnik obiteljske medicine pruža.<sup>27</sup>

## SLIČNOSTI IZMEĐU PREVENTIVNE ZAŠTITE I MODELA PROGRAMIRANE SKRBI ZA BOLESNIKE KOJI BOLUJU OD KRONIČNE BOLESTI

Savjetovanje o promjenama ponašanja za suzbijanje faktora rizika ili bolje kontrole postojeće bolesti poveznica je između prevencije bolesti i programirane aktivne skrbi za kroničnog bolesnika. Ovi postupci su zapravo tijesno vezani i predstavljaju kontinuirani proces što je uistinu dnevni zadatak liječnika obiteljske medicine u njihovoj praksi.<sup>28</sup> Prilagodba modela programirane skrbi za bolesnika s kroničnom bolesti u preventivnim aktivnostima može poslužiti za reorijentaciju pružanja skrbi prema puno aktivnijem utjecaju na promjenu ponašanja osoba u skrbi i posljedično tome unapređenju ishoda skrbi.<sup>29</sup> Obiteljski liječnik trajno prati bolesnike s kroničnim bolestima te ima značajnu ulogu u tercijarnoj prevenciji - primjerenom liječenju i preveniranju komplikacija bolesti, smanjivanju invaliditeta, preveniranju prerane smrti te povećanja kvalitete življenja.

Osnovna sličnost između preventivne zaštite i modela programirane skrbi za bolesnike koji boluju od kronične bolesti je u proaktivnom pristupu, jer programirana planirana zaštita i onda kad simptomi bolesti nisu prisutni je često mnogo efikasnija nego liječenje razvijene bolesti. Preventivna zaštita i model programirane skrbi također naglašavaju važnost probira i savjetovanja za specifične rizične čimbenike (način prehrane, sjedilački način života, konzumacija alkohola i ostalo). Kako su preventivna zaštita i programirana skrb za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti važne funkcije primarne zaštite unapređenje rada i promjene u praksi uvjetovane potrebom zbrinjavanja sve većeg broja bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti imat će bolji uspjeh ako se slična strategija upotrijebi za obje svrhe. Temeljni elementi

modela skrbi za kronične bolesnike mogu se primijeniti i u preventivnom radu. Primjerice, zdravstvena politika koja kroz osiguranje resursa zajednice i oblikovanja lokalnih i državnih programa promiče unapređenje zdravstvene zaštite jednako tako je nužan preduvjet za preventivne programe. Organizacija zdravstvenog sustava koja osigurava sigurnu i kvalitetnu skrb bolesnicima mora isto tako osigurati i preventivnu zaštitu kroz različite oblike i participaciju zajednice i pojedinaca. Način na koji se pruža skrb treba uvažavati specifičnosti preventivne zaštite, objediniti različite stručnjake koji raspolažu specifičnim znanjima i vještinama za preventivnu zaštitu.

U istraživanju provedenom u pet nastavnih praksi u SAD, Georgia koje je obuhvatilo 625 pacijenata koji su anketirani prije i poslije intervencije probira na konzumaciju alkohola i pušenje pokazalo se kako liječnici savjetujući bolesnike o potrebi promjene jedne štetne životne navike istodobno savjetuju i o potrebi promjene ostalih štetnih životnih navika. I ovo istraživanje pokazuje kako je u primarnoj zaštiti nužno razvijati model intervencije koja će istodobno obuhvatiti više štetnih životnih navika i istoj konzultaciji.<sup>30</sup> Biserka Bergman Marković i suradnici su u istraživanju učestalosti čimbenika rizika za bolesti srca i krvnih žila te njihove rasprostranjenosti u populaciji Hrvatske obzirom na zemljopisna područja (kontinentalna, priobalna te gradska i seoska područja) u uzorku od 2467 ispitanika pokazali učinkovitost planirane intervencije liječnika obiteljske medicine u suzbijanju čimbenika rizika za bolesti srca i krvnih žila.<sup>31</sup> Također veliko multicentrično istraživanje Zamorana i suradnika provedeno na 136 mjesta pokazalo je uspješnost proaktivne intervencije liječnika primarne zaštite na multifaktorijske rizične činitelje za bolesti srca i krvnih žila.<sup>32</sup>

Model programirane skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti može se proširiti i poslužiti kao dobar okvir za identifikaciju i prevenciju najznačajnijih rizičnih čimbenika za brojne kronične bolesti kao što su pušenje, alkohol, debljina i sjedilački način života.<sup>33</sup> No taj okvir u preventivnom djelovanju mora sadržavati i orijentaciju na zajednicu kao vrlo važnu sastavnicu. Zajednica je ona koja daje socijalne determinante i osnove zdravlja u skladu s definicijom zdravlja kao blagostanja, a ne samo kao stanja u kojem je bolest odsutna. Stoga je nužno međudjelovanje zajednice i zdravstvenog sustava kao i naglašavanje odgovornosti pri djelovanju zajednice u očuvanju zdravlja. Takav model preventive prepoznaje kako zdravlje i zdravstveno ponašanje mogu biti funkcije šireg socijalnog, kulturološkog, političkog i ekonomskog okružja. Zdravstveni status se sagledava kao rezultanta individualnih čimbenika i skupine socijalno uvjetovanih čimbenika odnosno čimbenika koji utječu na sveukupne uvjete života bolesnika.

## ZAKLJUČAK

Kroz model programirane skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti uz dodatno uključivanje zajednice, moguće je učinkovito i sustavno provoditi i preventivni rad. U informatičkom programu koji se rabi u djelatnosti obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj oblikovana su rješenja koja su u suglasju s konceptom povezivanja preventivnih aktivnosti s modelom programirane skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti. Taj pristup omogućava liječniku podsjećanje na potrebu sustavnog rada s bolesnicima koji boluju od kroničnih bolesti i provedbe tog koncepta. Nadalje takav pristup osigurava istodobno

provođenje i bilježenje poduzetih preventivnih aktivnosti te dostupnost informacija o tome što su obavili odnosno zabilježili. Novi sustav bilježenja podataka temeljen na odrednicama Ugovora liječnika s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje koji sadrži kombinirani sustav plaćanja omogućava bolju evidenciju raznolikih aktivnosti koje liječnik provodi u skrbi za bolesnika s kroničnim bolestima. Tako se složen, raznolik i integrirani rad liječnika obiteljske medicine može dokumentirati u službenim izvješćima. Postojeći sustav bilježenja podataka u elektronički zdravstveni zapis treba trajno pratiti, evaluirati i nadograđivati. Stoga je pred obiteljskom medicinom u Hrvatskoj veliki izazov istražiti što stvarno liječnici obiteljske medicine rade jer im sadašnji program omogućuje bilježenje brojnih aktivnosti koje se dnevno rade, a nisu se evidentirale u službenim izvješćima te kakvi su ishodi skrbi koju pružaju bolesnicima. Koristeći podatke iz ordinacija koji se trebaju prikupljati liječnici obiteljske medicine imaju mogućnost objektivnije procjene onoga što se dnevno u rutini radi. Dostupnost i kritička analiza relevantnih podataka omogućuje argumentiranu raspravu sa organizatorima i financijerima zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj za primjerenu organizaciju i učinkovitije djelovanje obiteljske medicine.

## LITERATURA

1. Jakšić Ž. Ogledi o razvoju opće/obiteljske medicine. Zagreb, Hrvatska udružba obiteljske medicine 2001.
2. Lopez –de-Munian J, Torcal J, Lopez V, Garay J. Prevention in routine general practice activity patterns and potential promoting factors? *Preventive Medicine* 2001; 32: 13-22.
3. Liseckiene I, Boerma GW, Milasauskiene Z, Valius L, Miseviciene I, Groenewegen PP. Primary care in a post-comunist country 10 years later. Comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004. *Health Policy* 2007; 83: 105-113.
4. Katić M. Prevalencija kroničnih bolesti i značajke multi morbiditeta u populaciji u skrbi obiteljskog liječnika. U: Petric D, Rumboldt M. ur. Zbornik XI kongres obiteljske medicine. Split 2004. Hrvatska udružba obiteljske medicine 2004:235-25.
5. WHO Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: WHO; 2005. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/foreword.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf) )
6. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 1990. godinu. Hrvatski zavod za javnozdravstvo. Zagreb, 1991
7. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2011. godinu. Hrvatski zavod za javnozdravstvo. Zagreb, 2012
8. Moth G, Olesen F, Vedsted P. Reasons for encounter and disease patterns in Danish primary care: Changes over 16 years. *Scand J Prim Health Care*. 2012 ; 30(2): 70–75.
9. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2001. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2002
10. Junius-Walker U, Voigt I, Wrede J, Hummers-Pradier E, Lazic D, Dierks ML. Health and treatment priorities in patients with multimorbidity: Report on a workshop from the

- European General Practice Network Meeting "Research on multimorbidity in general practice". Eur J Gen Pract 2010;16:51-4.
11. Lazić Đ. Prevalencija multimorbiditeta i značajke komorbiditeta kroničnih bolesti pacijenata u skrbi liječnika obiteljske medicine. (Doktorska disertacija) Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2008.
  12. Moth G, Vestergard M, Vedsted P. Chronic care management in Danish general practice - a cross-sectional study of workload and multimorbidity. BMC FamPract. 2012; 13: 52.
  13. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. (QuartarePraventioneineAufgabe fur Hausarzte. Primary Care 2010; 10: 350-354.
  14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood). 2001;20:64-78.
  15. Vrca-Botica M, Kovačić L, Katić M, Tiljak H, Pavlič-Renar I, Botica I. Chronic Patients - Persons with Diabetes Frequent Attenders in Croatian Family Practice. Coll. Antropol. 2007; 31: 509-516 )
  16. Katić M. Proaktivni pristup prevenciji šećerne bolesti i praćenje bolesnika sa šećernom bolesti. U: Bergman-Marković B. ur. Zbornik I Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine Zagreb 2011. Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine 37-49.
  17. Freund T, Kayling F, Miksch A, Szecseny J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials [CRD32009100316] BMC Health Services Research 2010; ;10:112 doi:10.1186/1472-6963-10-112
  18. Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model (pristupljeno 20.7.2013) Dostupno na: <http://www.improvingchronicillnesscare.org/change/index.html>
  19. Hung DJ, Glasgow RE, Dickinson M, Froshaug DNB, Fernald DH, Balasubramanian BA, Green LA. The Chronic Care Model and Relationship to Patient Health Status and Health -Related Quality of Life. Am J Prev Med 2008; 35(5S): 398-406.
  20. Ožvačić Adžić Z, Katić M, Kern J, Lazić D, Cerovečki Nekić V, Soldo D. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. Croat Med J. 2008 ;49(6):813-.
  21. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD004910. DOI: 10.1002/14651858.CD004910.pub2
  22. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szécsényi J et al; EPA Working Party. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. FamPract. 2005;22:215-22.
  23. Bulc M. Kakoprevencijom nanivou obiteljske medicine smanjitipobolismrtnost od bolestisrcaikrvnih žila. U: Zbornik: 4. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine Bolesnik sa srčanožilnom bolesti u obiteljskoj medicini. Split, Redak 2013; 377-384.
  24. McMullin ST, Lonergan TP, Ryneerson CS, Doerr TD, Veregge PA, Scanlan ES. Impact of an evidence-based computerized decision support system on primary care prescription costs. Ann Fam Med. 2004;2:494-8.

25. Katić M, Soldo D, Ozvačić Z, Blažeković-Milaković S, Vrcić-Keglević M, Bergman-Marković B, Tiljak H, Lazić Đ, CerovečkiNekić V, Petriček G. Information systems and the electronic health record in primary health care. *Informatics in Primary Care* 2007;15:187-92.
26. Katić M. Teret bolesti srca i krvnih žila u obiteljskoj medicini. U: Zbornik: 4.Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine Bolesnik sa srčanožilnom bolesti u obiteljskoj medicini. Split, Redak 2013; 11-24.
27. Cifuentes M, Fernald DH, Green L, Niebauer LJ, Crabtree BF, Stange KC, Hassmiller SB. Prescription for Health: Changing Primary Care Practice to Foster Healthy Behaviour. *Annals of Family Medicine* 2005; 3: 54-61.
28. Katić M, Jureša V, Bergman-Marković B, Jurković D, Predavec S, Hrastinski M, Balen M, Petric D, Mazzi B, Tiljak H, Gmajnić R, Diminić-Lisica I, Šimunović R, Jovanović A, Vuković H, Prljević G, Stevanović R. Proaktivni pristup preventivnom radu u obiteljskoj medicini. *Acta Medica Croatica* 2010 : 64: 443-452.
29. Hung DJ, Glasgow RE, Dickinson M, Froshaug DNB, Fernald DH, Balasubramanian BA, Green LA. The Chronic Care Model and Relationship to Patient Health Status and Health –Related Quality of Life. *Am J Prev Med* 2008; 35(5S): 398-406.)
30. Seale JP, Shellenberger S,Velasquez MM, Boltri JM, Okosun J, Guyinn M, Vinson D,, Cornelius M, Johnson JA.Impact of vital signs screening & clinician prompting on alcohol and tobacco screening and intervention rates: a pre-post intervention comparison *BMC Family Practice* 2010, 11:18 doi:10.1186/1471-2296-11-18
31. Bergman Marković B, Vrdoljak D, Kranjcević K, Vucak J, Kern J, Bielen I, IvezićLalić D, Katić M, Reiner Z. Continental-Mediterranean and rural-urban differences in cardiovascular risk factors in Croatian population.*Croat Med J.* 2011 15;52:566-75.
32. Zamorano J, Erdine S, Pavia A, Kim JH, Al-Khadra A, Westergaard M, SutradharS,Yunis C; CRUCIAL Investigators Proactive multiple cardiovascular risk factor management compared with usual care in patients with hypertension and additional risk factors: the CRUCIAL trial. *Curr Med Res Opin.* 2011;27:821-33.
33. Hung DY, Rundall TG, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA, Crabtree BF Rethinking prevention in primary care: applying the chronic care model to address health risk behaviors. *Milbank Q.* 2007;85:69-91.