

PROAKTIVNI PRISTUP PREVENTIVNOM RADU U OBITELJSKOJ MEDICINI

MILICA KATIĆ^{1,2}, VESNA JUREŠA^{1,2}, BISERKA BERGMAN-MARKOVIĆ², DRAŽEN JURKOVIĆ¹,
SANJA PREDAVEC¹, MARIJA HRASTINSKI¹, MARIJAN BALEN¹, DRAGOMIR PETRIĆ¹, BRUNO
MAZZI¹, HRVOJE TILJAK^{1,2}, RUDIKA GMAJNIĆ¹, INES DIMINIĆ-LISICA¹, RAJKA ŠIMUNOVIĆ¹,
ALEKSANDAR JOVANOVIĆ¹, HRVOJE VUKOVIĆ¹, GORDANA PRLJEVIĆ¹ i RANKO STEVANOVIĆ¹

¹Stručna radna skupina za koordinaciju, praćenje i usmjeravanje reforme u obiteljskoj medicini Ministarstva
zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske i ²Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet,
Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Zagreb, Hrvatska

Uloga liječnika opće/obiteljske medicine u prevenciji bolesti i promociji zdravlja potvrđena je rezultatima istraživanja te u zdravstvenoj politici. S obzirom na položaj liječnika opće/obiteljske medicine u zdravstvenom sustavu i njegov bliski, trajni kontakt s populacijom koja ga je izabrala te s lokalnom zajednicom u kojoj djeluje, razumljivo je da je liječniku opće/obiteljske medicine preventivni rad uključen kao neodvojivi dio redovitog, uobičajenog rada u praksi. Skrb za bolesnika u općoj medicini je kompleksna i proteže se od intervencija u determinantama zdravlja do palijativne skrbi. Preventivne aktivnosti su više ili manje prisutne na svakom odsječku tog procesa. Postoji značajan raskorak između znanja liječnika opće/obiteljske medicine i postojeće prakse u korištenju na znanstvenim dokazima utemeljenih preporuka za aktivnosti u promociji zdravlja i prevenciji bolesti. Opisali smo ulogu liječnika opće obiteljske medicine u preventivnom radu i prikazali podatke o preventivnim aktivnostima u službi obiteljske medicine u Hrvatskoj. Za pravu ocjenu preventivnog rada obiteljskih liječnika potrebno je raspolagati objektivnim na znanstvenim dokazima utemeljenim podacima koji će pokazati što obiteljski liječnici rade u praksi. Zbog toga je nužno da liječnici sistematski bilježe i evaluiraju relevantne preventivne aktivnosti i aktivnosti koje provode u promociji zdravlja, a da se njihovo izvršenje programa redovito prati, evaluira te profesionalno i financijski vrednuje. Prema tim je principima Stručna radna skupina za koordinaciju, praćenje i usmjeravanje reforme u obiteljskoj medicini Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske izradila program preventivnih aktivnosti u obiteljskoj medicini koji je prikazan u ovom radu.

Ključne riječi: preventivne aktivnosti, obiteljska medicina

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Milica Katić, dr. med.
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar”
Rockefellerova ul. 4,
10000 Zagreb, Hrvatska

UVOD

Od izazova savladavanja zaraznih bolesti moderno je društvo suočeno s izazovom savladavanja problema izazvanih nezdravim načinom života te kroničnim nezdravim bolestima. Stoga su promicanje zdravlja te prevencija bolesti i danas prioriteta u zdravstvenim politikama mnogih zemalja. U provođenju preventivnih zadataka i mjera ključnu ulogu ima liječnik u primarnoj razini zdravstvene zaštite, a to je najčešće liječnik opće/obiteljske medicine. S obzirom na položaj liječnika opće/obiteljske medicine u zdravstvenom sustavu i njegov bliski, trajni kontakt s građanima koji su ga izabrali te s lokalnom zajednicom u kojoj djeluje, razumljivo je da je liječniku opće/obiteljske medicine preventivni rad uključen kao neodvojivi dio redovitog,

uobičajenog rada u praksi. U zdravstvenim sustavima svih zemalja prepoznate su velike mogućnosti obiteljske medicine u prevenciji bolesti i unaprjeđenju zdravlja koje se prvenstveno temelje na neometanom, direktnom dostupu populacije obiteljskom liječniku te na konzistentnim dokazima da intervencija liječnika obiteljske medicine može promijeniti zdravstveno ponašanje pojedinaca i populacije u cjelini 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 cijepjenja. Trajnost skrbi za bolesnika omogućuje liječniku poznavanje fizičkog, psihološkog i emocionalnog stanja bolesnika te njegovo obiteljsko i socijalno okruženje. Stoga je liječnik obiteljske medicine u najpovoljnijem položaju za korištenje postupaka

sekundarne prevencije (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.

Integracija preventivnih aktivnosti u svakodnevni rad liječnika opće/obiteljske medicine, odnosno u svaku konzultaciju liječnika s pacijentom, može i treba odigrati najznačajniju ulogu u postizanju dobrih ishoda preventivnog rada. Naime, mnogi podaci iz literature dokumentiraju činjenicu da liječnik obiteljske medicine u pravilu vidi 70% svojih pacijenata tijekom godine dana. Usprkos tomu željeni i očekivani stupanj uključenosti liječnika obiteljske medicine u preventivne aktivnosti nije uvijek dostignut (1,2). Posebice se u provođenju preventivnih mjera podcjenjuje vrijeme potrebno za implementaciju i izvedbu programa (3).

U istraživanju mreže EUROPREV u kojoj je sudjelovalo 11 europskih zemalja, a među njima i Hrvatska, liječnici obiteljske medicine izdvojili su najčešće preventivne mjere koje redovito obavljaju. Za žene su to bile sljedeće mjere: mjerenje krvnog tlaka, rano otkrivanje raka dojke, mjerenje razine glukoze u krvi, savjetovanje pušača za prestanak pušenja, savjetovanje debelih osoba, mjerenje razine kolesterola, te savjetovanje osoba koje prekomjerno uživaju alkohol. Manje od 50% ispitanika redovito radi i druge preventivne mjere, primjerice rano otkrivanje raka grlića maternice, savjetovanje o fizičkoj aktivnosti za sedentarna zanimanja, procjenu indeksa tjelesne mase, cijepljenje protiv tetanusa. Za muškarce su to bile sljedeće mjere: mjerenje krvnog tlaka, savjetovanje pušača za prestanak pušenja, savjetovanje osoba koje prekomjerno uživaju alkohol, savjetovanje debelih osoba, mjerenje razine glukoze u krvi, mjerenje razine kolesterola te savjetovanje o fizičkoj aktivnosti za sedentarna zanimanja. Manje od 50% ispitanika redovito radi i druge preventivne mjere, primjerice, rano otkrivanje raka prostate, otkrivanje raka pluća, procjenu indeksa tjelesne mase, cijepljenje protiv tetanusa. Iako provode preventivne mjere, preko polovice ispitanika smatra da je provođenje aktivnosti vezanih uz prevenciju i promociju zdravlja vrlo teško. Ispitanici su naveli i brojne zapreke za implementaciju preventivnih aktivnosti u svoj svakodnevni rad. To su: težak rad i nedostatak vremena, nedostatak plaćanja preventivnih aktivnosti, nedovoljna dostupnost pacijenata koje treba obuhvatiti preventivnom aktivnosti, nedostatak jasnih smjernica, bolesnikove dvojbe o koristi takvog preventivnog postupka, nedostatak jasne podjele odgovornosti u provođenju programa te nedostatno znanje u po-

dručju prevencije i promicanja zdravlja (4). 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 da liječnik obiteljske medicine u kontinuiranoj skrbi i čestim susretima s pacijentima provodi i preventivne aktivnosti čak i na način da se ne slijede preporučene smjernice ili stroge upute pojedinih preventivnih programa koji su usuglašeni i preporučeni na nacionalnoj razini. Najveći dio tog preventivnog rada odnosi se na sekundarnu prevenciju. U istraživanju o sadržaju preventivnih aktivnosti u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine provedenom u Francuskoj odabrano je 100 najčešće zastupljenih bolesti u praksi obiteljskog liječnika i liječnici su na Likertovoj ljestvici od 1 do 5 označavali koliki je udio preventivnog rada zastupljen u svakoj od tih odabranih bolesti ili problema (5). Više od 50% liječnika obuhvaćenih tim istraživanjem provodi neki oblik primarne prevencije od kojih su s najvišom ocjenom ocijenjeni cijepljenje, redoviti pregledi, savjetovanje o prestanku pušenja, kontracepcija, savjetovanje o štetnosti alkohola. Primarnu prevenciju provodili su i za druge bolesti, primjerice, ovisnost o drogama, tuberkulozu, astmu, lumbago i ostale, ali s manjim intenzitetom. Većina ih je provodila i sekundarnu prevenciju najčešće ishemičke bolesti srca, bolesti arterija, dijabetesa, hiperlipidemije, pretilosti, a potom hipertenzije, hiperglikemije, oštećenja zdravlja zbog upotrebe alkohola, kroničnog bronhitisa i osteoporoze. Rezultati tog istraživanja posebice naglašavaju mogućnost identifikacije preventivnih aktivnosti „prikrivenih“ u dnevnoj praksi liječnika. Ti rezultati nedvojbeno pokazuju kako preventivni rad zauzima značajno mjesto u dnevnoj praksi obiteljskih liječnika bili oni toga svjesni ili ne (5).

Savjetovanje o promjenama ponašanja za suzbijanje čimbenika rizika ili bolje kontrole postojeće bolesti poveznica je između prevencije bolesti i programirane aktivne skrbi za kroničnog bolesnika. Ti su postupci zapravo tijesno povezani i predstavljaju kontinuirani proces što je uistinu dnevni zadatak većine liječnika obiteljske medicine u njihovoj praksi. 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 unaprijeđenju ishoda skrbi (6). Model programirane skrbi za bolesnika s kroničnom bolesti mogao bi biti koristan okvir za mnogo sveobuhvatnije razmatranje kako nova sredstva, tehnike i metode za savjetovanje o promjeni ponašanja pristaju u sve dimenzije skrbi koju liječnik obiteljske medicine pruža (7).

PREVENTIVNE MJERE I NJIHOVA PROVEDBA U SLUŽBI OBITELJSKE MEDICINE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2008. godine u službi obiteljske medicine radilo je 2319 timova liječnika obiteljske medicine koji su skrbili za 4.085.458 osoba odnosno 92,1% ukupnog stanovništva Republike Hrvatske. Te je godine 20,4% djece predškolske dobi bilo registrirano u ordinacijama obiteljskih liječnika (8). U Ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite koji liječnici sklapaju s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje navedene su brojne mjere unaprijeđenja zdravlja, primarne, sekundarne i tercijarne prevencije koje treba provoditi djelatnost obiteljske medicine a koje su definirane u Planu i programu mjera zdravstvene zaštite koji svake godine donosi Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (9).

Za djelatnost obiteljske medicine to su mjere promicanja zdravlja i prevencije bolesti koje sadrže: Promicanje zdravlja, provođenje zdravstvenog odgoja i prosvjećivanje stanovništva; Skrb o osobama s povećanim rizikom za zdravlje; Prevencija kroničnih nezaraznih bolesti sukladno predloženim mjerama zdravstvene zaštite za značajne zdravstvene probleme stanovništva; Prevencija malignih bolesti; Prevencija ozljeda; Skrb o osobama starijim od 65 godina; Prevencija i liječenje zaraznih bolesti; Planiranje obitelji; Preventivni pregledi osiguranih osoba starijih od 50 godina; Ostali preventivni pregledi. Te su mjere odabrane prema vodećim zdravstvenim problemima populacije u suvremenim društvima. No, u Programu mjera kao ni u drugim provedbenima aktima nije definirano provođenje, kontrola i evaluacija programa. Potpisom Ugovora liječnici se obvezuju provoditi u cijelosti Plan i program mjera zdravstvene zaštite (9).

Podaci o izvršenim preventivnim i sistematskim pregledima odraslih u obiteljskoj medicini konstantno pokazuju vrlo mali broj tih pregleda u ukupnom radu liječnika obiteljske medicine. Broj preventivnih i sistematskih pregleda za osobe starije od 18 godina u službi obiteljske medicine u Hrvatskoj zabilježenih tijekom 2000. godine bio je 75.306 ili jedan pregled na svakih 50 osiguranika godišnje. Taj je omjer bio još lošiji 2006. godine kad je zabilježeno samo 65.531 pregleda ili jedan pregled na svakih 59 osiguranika godišnje. U 2008. godini zabilježeno je samo 42.823 preventivnih i sistematskih pregleda (8).

U Planu i programu mjera zdravstvene zaštite navedene su brojne mjere zdravstvene zaštite koje obuhvaćaju gotovo sve ono što se treba provoditi

i što je moguće napraviti. No, tako specificirane po pojedinim programima, te mjere opisane po opsegu i načinu izvođenja uvelike premašuju vremenske i kadrovske mogućnosti. U svom redovitom radu zdravstveni djelatnici provode mnoge od opisanih mjera u sklopu uobičajenih postupaka u zbrinjavanju bolesnika. Stoga liječnici često ne izvještavaju posebno o izvršenju mjera navedenih u Planu i programu mjera zdravstvene zaštite. Prikupljanje i obradu podataka o preventivnim programima obavlja Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međutim, iz tih se podataka ne vidi izvršenje, odnosno obuhvat populacije pojedinim preventivnim programom odnosno mjerom definiranom u Planu i programu zdravstvene zaštite.

Načinom financiranja u kojem je pretežiti dio plaćanja „glavarina“, uz vrlo mali udio plaćanja po modelu cijena puta usluga, liječnik obiteljske medicine motiviran je više za kurativni nego za preventivni rad (10). Kako se većina preventivnog rada uobičajeno dodatno plaća kroz model plaćenih programa, usprkos brojnih prijedloga struke, taj oblik plaćanja nije dio redovitog načina plaćanja službe obiteljske medicine u Hrvatskoj. S obzirom na veliki opseg rada liječnika obiteljske medicine neuvrštavanje posebno plaćenih programa preventivnih aktivnosti u način plaćanja obiteljskih doktora, sigurno smanjuje motivaciju liječnika za provođenje preventivnih programa. Samim time, ugovorne obveze liječnika obiteljske medicine u provođenju preventivnih mjera ostaju neizvršene u opsegu kako je to navedeno u Planu i programu mjera zdravstvene zaštite.

Informatizacija zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, posebice primarne zdravstvene zaštite, trebala bi uvelike pridonijeti učinkovitijem prikupljanju podataka o učinjenom radu. No, do sada korišteni programi nemaju ponudu zabilježbe preventivnih mjera osim onih koje su po određenom obliku navedene u Planu i programu mjera zdravstvene zaštite što značajno otežava odgovarajuće i točno bilježenje onog preventivnog postupka koji je zaista obavljen. Primjerice, sistematski pregled odraslih osoba bilježi se u potpunosti ako je učinjen u dobi za osobe starije od 50 godina kako je to predviđeno u Planu i programu mjera zdravstvene zaštite. Nasuprot tome, savjetovanje žene od 43 godine o potrebi mamografije ili odlaska na redoviti ginekološki pregled može se zabilježiti, ali ne u formatu koji bi omogućio ekstrakciju tih podataka i na temelju tih podataka evaluaciju obavljenog rada liječnika obiteljske medicine i obuhvat populacije preventivnim aktivnostima (11).

U obiteljskoj medicini u Republici Hrvatskoj prevladava model samostalnih praksi u kojima su

liječnici individualni ugovarači s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te je 2008. godine oko 80% liječnika obiteljske medicine bilo u tom statusu. Pri tome liječnici imaju definiranu listu osiguranika za koje su odgovorni, ali je zanemaren populacijski pristup koji je nužan u provođenju preventivnih mjera.

U službi obiteljske medicine 2008. godine zabilježeno je prosječno 6,3 posjeta po osiguraniku zbog simptoma, tegoba ili drugih razloga (8). Tako velik broj kontakata s bolesnicima pružao je mogućnost provođenja i preventivnih aktivnosti, a tu se posebice ističe provođenje ranog otkrivanja bolesti pri dolasku bolesnika liječniku zbog bilo kojeg razloga što nazivamo oportunistički probir. Dokazana je uspješnost oportunističkog probira povišenog krvnog tlaka, palpacije dojki te Papa testa. U mnogim radovima liječnika obiteljske medicine posebice u seminarskim radovima liječnika, polaznika poslijediplomskog specijalističkog studija Obiteljska medicina podastrijeti su brojni dokazi o vrijednosti, izvedivosti i učinkovitosti oportunističkog probira hipertenzije. Veliki je nedostatak oportunističkog probira što se njime ne postiže potreban obuhvat, jer se probir provodi u onih osoba koje se jave liječniku, pa postoji opasnost da dio bolesnika ne bude obuhvaćen preventivnim programom. Preventivnu aktivnost izvedenu na taj način ni sami liječnici obiteljske medicine ne prepoznaju kao specifičnu zadaću niti o njoj izvještavaju. A u postojećem sustavu izvještavanja ne postoji mogućnost zasebno zabilježiti, i o tome izvijestiti „usputno“ mjerenje arterijskog tlaka, što je najuobičajenija rutina svakog obiteljskog liječnika. Međutim, u dobro osmišljenom informatičkom programu može se osigurati redovito bilježenje preventivnih aktivnosti i izdvajanje onih osoba koje nisu bili obuhvaćene probirom i koje treba posebice zvati (12,13).

Liječnici obiteljske medicine koji u skrbi imaju i djecu predškolske dobi, provode u potpunosti Program mjera zdravstvene zaštite djece predškolske dobi koji sadrži četiri velike skupine mjera i to: praćenje rasta i razvoja djeteta, rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja, program obvezatnog cijepljenja te liječenje akutno i kronično bolesnog djeteta. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te istraživanja provedenih u toj populaciji taj se program, a posebice sistematski pregledi i cijepljenje provode jednako dobro i u ordinacijama obiteljskog liječnika i liječnika koji radi u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite djece predškolske dobi (14,15). U osoba u dobi od 60 godina obvezatno je cijepljenje protiv tetanusa. Sistematski pregled osoba starijih

od 50 godina provodi se prema dogovorenom protokolu i obuhvaća osobnu i obiteljsku anamnezu, podatke o pušenju i konzumaciji alkohola, podatke o provedenom Papa testu i mamografiji za žene u prethodne tri godine, mjerenje visine, težine i krvnog tlaka, nalaz kliničkog pregleda, digitorektalni pregled i neke laboratorijske pretrage (sedimentacija eritrocita, razina hemoglobina i glukoze u krvi) te test na okultno fekalno krvarenje. U početku je taj program bio posebno plaćen liječnicima obiteljske medicine što je djelomice utjecalo da se o izvršenju tog programa službeno izvještava. No, kako je taj program prema odredbama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje naknadno uvršten u glavarinu, to se o njegovom izvršenju nakon nekoliko godina provedbe ne mogu dobiti pouzdani podaci. Taj primjer jasno pokazuje kako je za izvršenje programa neophodno poštovati sve elemente profesionalnog pristupa, tj. osigurati izvedbu, praćenje, plaćanje i evaluaciju učinjenog (16).

Program cijepljenja protiv gripe osoba starijih od 65 godina te bolesnika s kroničnim bolestima koji je također preporučan, pokazuje kako provođenje programa uvelike ovisi i o zainteresiranosti pojedinih liječnika. Naime, liječnici obiteljske medicine u potpunosti provode program, ali ne dobivaju dodatnu ni financijsku niti stručnu motivaciju za provođenje tog programa. Tako je, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, tijekom 2005. godine u Hrvatskoj bilo protiv gripe cijepljeno 560.000 osoba. Za osobe starije od 65 godina kojih je u Hrvatskoj 2005. godine bilo 696.681, te za bolesnike s kroničnim bolestima troškove cijepljenja snosio je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. U izvješću nema detaljnijih podataka koliko je cijepljeno starijih od 65 godina, a koliko onih koji su kronični bolesnici. Međutim, mnogi bolesnici s kroničnim bolestima nisu stariji od 65 godina te je za pretpostaviti da je obuhvat cijepljenjem osoba kojima je cijepljenje protiv gripe potrebno nezadovoljavajuće (17). Procijepljenost uvelike ovisi o interesu samog liječnika i suradljivosti njegovog tima, medicinske sestre u ordinaciji i patronažne sestre. Stoga su podaci o procijepljenosti koje prikuplja liječnik obiteljske medicine puno pouzdaniji. Primjerice, u istraživanju Davorke Vrdoljak, ukupno je bilo procijepljeno 16,95% populacije u skrbi, ali među osobama starijim od 65 godina bilo je procijepljeno 42,57% osoba (18).

Postoje i drugi preventivni programi na nacionalnoj razini koji se planiraju ili provode uz sudjelovanje liječnika obiteljske medicine: Nacionalni program sprječavanja i ranog otkrivanja raka te

Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih bolesti. Rezultati istraživanja pokazuju nedostatnu učinkovitost programa što je rezultat nedovoljno pripremljene implementacije programa u redoviti rad obiteljskog liječnika te nedostatak praćenja provedbe nacionalnih programa. Rezultati istraživanja o sekundarnoj prevenciji koronarne bolesti provedenom na 117 bolesnika koji boluju od koronarne bolesti pokazuju da je pušački status bio zabilježen samo u 59,6% ispitanika, indeks tjelesne mase (BMI = kg/m²) u 57,1% ispitanika, a vrijednost arterijskog tlaka u 89,2% ispitanika. Uzevši u obzir sedam kriterija dobre sekundarne prevencije koronarne bolesti (propisivanje odgovarajućih lijekova, analiza serumskih lipida, mjerenje arterijskog tlaka, mjerenje tjelesne težine i visine, određivanje BMI i bilježenje pušačkog statusa) samo 23,9% ispitanika imalo je zadovoljavajuću kvalitetu sekundarne prevencije koronarne bolesti (19).

Program zbrinjavanja ovisnika u obiteljskoj medicini također je nacionalni program koji je nedavno uveden. Brojni su preventivni programi koji se provode na lokalnoj razini, a dio takvih programa su definirani i provode se u sklopu aktivnosti Projekta zdravih županija i redovitih preventivnih programa zdravstvene zaštite školske djece i mladih u službama za školsku i sveučilišnu medicinu (8,9, 20).

PRIJEDLOG PROGRAMA PREVENTIVNIH MJERA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Reforma zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj prilika je za iznalaženje rješenja kako omogućiti učinkovito provođenje odabranih preventivnih programa u obiteljskoj medicini. Ovdje je prikazan program preventivnih aktivnosti u obiteljskoj medicini koji je izradila Stručna radna skupina za koordinaciju, praćenje i usmjeravanje reforme u obiteljskoj medicini Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske. U predloženom programu jasno su definirani postupci koje tim liječnika obiteljske medicine treba učiniti, izračunato je vremensko opterećenje za provedbu i predložen način praćenja i kontrole izvedbe. Odabrane su mjere koje se svakodnevno obavljaju u ordinaciji obiteljskog liječnika. Taj je popis mjera predložen kao dio ugovornih obveza o izvedbi preventivnih aktivnosti koje se plaćaju prema izvršenju i u novom mješovitom modelu plaćanja u obiteljskoj medicini trebaju iznositi 10% ugovorene glavarine tima obiteljske medicine. Najveći dio tih aktivnosti odnosi se na rano otkrivanje rizika za kronične nezarazne

bolesti, rano otkrivanje i dijagnosticiranje kroničnih bolesti, primjereno liječenje i rano otkrivanje i liječenje komplikacija kroničnih bolesti.

Preduvjet za provedbu predloženog programa preventivnih aktivnosti u obiteljskoj medicini je informatizacija primarne zdravstvene zaštite – obiteljske medicine, odnosno odgovarajuća programska rješenja koja će pratiti preventivne postupke. To uključuje odabir populacije za preventivne aktivnosti, „automatizam“ upisa provedenih preventivnih aktivnosti, praćenje učinjenog, evaluaciju i izvedbu programa. Za svaku predloženu mjeru definirano je u kojoj se populacijskoj skupini izvodi, tko je i kada izvodi, kako se postupak izvodi, te koliko često. U oblikovanju preventivnih programa upravo su ti elementi posebice značajni jer bez jasno definiranih načina izvođenja i vremenskih normativa za predviđeni program mogućnost implementacije takvog programa u praksu je upitna (21,22). Prijedlog sadrži skup preventivnih mjera koje obuhvaćaju različite populacijske skupine s obzirom na postojanje vrlo velikih razlika u broju osoba u skrbi te dobnoj strukturi populacije među liječnicima obiteljske medicine. Primjerice, članovi Stručne radne skupine kao ugovorni liječnici razlikovali su se po broju registriranih osoba u skrbi a isto tako i po dobnoj strukturi osoba u skrbi. Tako su bili zastupljeni liječnik sa 1346 pacijenata te liječnik sa 2189 pacijenata; potom liječnik koji je imao 288 djece predškolske dobi u skrbi, te liječnik koji je među 1570 pacijenata imao registriranih 473 bolesnika s hipertenzijom. Prijedlog je napravljen temeljem simulacije na 10 ordinacija obiteljskih liječnika vrlo različitih prema broju i dobnoj strukturi osiguranika u skrbi. Timski rad jedna je od najvažnijih odrednica organizacije rada liječnika obiteljske medicine koji je posebice značajan u provođenju preventivnih aktivnosti. Preventivne aktivnosti uključene su u djelokrug rada medicinske sestre koja radi u ordinaciji, a poglavito patronažne sestre. Mnoge mjere primarne prevencije koje se odnose na savjetovanje o zdravom načinu života, o mjerama za suzbijanje štetnih životnih navika, o otkrivanju čimbenika rizika inherentne su djelokrugu svakodnevnog rada medicinskih sestara u timu obiteljskog liječnika. Patronažna sestra obvezatna je pozvati i običi pacijente koji se ne javljaju u ambulantu, a svojim je položajem u sustavu primarne zdravstvene zaštite najbliža populaciji, odnosno ljudima na terenu za koji je odgovorna prema odredbama Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite. Timski rad u provođenju preventivnih aktivnosti zahtijeva oblikovanje i korištenje pisanog protokola o preventivnim aktivnostima koji mora biti dostupan svim članovi-

ma tima te održavanje redovitih sastanaka tima koji moraju biti posvećeni organizaciji, implementaciji, provođenju i evaluaciji preventivnih programa na terenu.

Promicanje zdravlja podrazumijeva postupke i mjere kojima se potiče ljude na pojačanu kontrolu i poboljšanje zdravlja. Promicanje zdravlja uključuje cjelokupnu populaciju i usmjereno je na aktivnosti koje određuju ili uzrokuju zdravlje u svakodnevnom životu i manje je usmjereno na osobe u riziku za pojedinu bolest. Promicanje zdravlja često je povezano s nužnim promjenama u okolišu (zrak, voda, hrana, uvjeti rada i slično) i/ili promjenama u ponašanju i navikama (pušenje, pijeње alkohola, tjelesna neaktivnost i drugo) (23).

Individualno savjetovanje o zdravom stilu života za sve osiguranike u skrbi predviđeno je kao jedinstvena, definirana, mjerljiva i lako izvediva mjera promicanja zdravlja. U predviđenom vremenu od 5 minuta medicinska sestra treba svakoj osobi koja se iz bilo kojeg razloga javi u ordinaciju uručiti pisani letak koji sadrži nekoliko ključnih savjeta o zdravom stilu života, kalendar preventivnih postupaka u obiteljskoj medicini tijekom života, opis pojedinog postupka odnosno što će se raditi i opis zašto će se to raditi. Potom je dužnost medicinske sestre ubilježiti u preventivni dio kartona da je letak predala. Zadani obuhvat je 70% predviđene populacije u prvoj godini ugovaranja.

Za predškolsku djecu postoji jasno definiran preventivni program koji svaki liječnik koji ima u skrbi dijete predškolske dobi treba u potpunosti ispuniti pa obuhvat mora biti 100% ciljane populacije.

Za školsku djecu i mladež odabire se kohorta mladića i djevojaka s navršениh 19 godina života koje prilikom dolaska u ordinaciju medicinska sestra treba pitati o pušenju, konzumaciji droga i alkohola, seksualnoj aktivnosti te dobivene podatke zabilježiti u obrazac preventivnih aktivnosti. Zadani obuhvat je 70% predviđene populacije u prvoj godini ugovaranja, a vremenski normativ je 10 minuta.

Žene u dobi od 19, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 godina medicinska sestra treba pitati jesu li obavile Papa test, te zabilježiti u karton godinu kada je taj test obavljen posljednji puta. Ako žena nije bila na Papa testu u posljednje tri godine, potrebno ju je uputiti ginekologu. Zadani obuhvat je 60% predviđene populacije u prvoj godini ugovaranja, a vremenski normativ je 5 minuta.

Žene u dobi od 30 godina liječnik treba ispitati ana-

mnezu o raku dojke. Uz to potrebno je napraviti klinički pregled dojki čime se ujedno i osvješčuje potreba izvođenja samopregleda dojki te nalaz treba zabilježiti u karton preventive. Zadani obuhvat je 60% predviđene populacije u prvoj godini ugovaranja, a vremenski normativ je 15 minuta.

Muškarce u dobi od 50, 55 i 60 godina medicinska sestra treba pitati za poteškoće s mokrenjem, ispuniti upitnik "prostate score" i zabilježiti u karton preventive. Zadani obuhvat je 60% predviđene populacije u prvoj godini ugovaranja, a vremenski normativ je 5 minuta.

Ciljani probir za kronične nezarazne bolesti su muškarci i žene u dobi od 40 godina, za koje medicinska sestra treba ubilježiti podatke u obrazac koji sadrži odabrana pitanja. Tu su pitanja o pušenju, konzumaciji alkohola, kardiovaskularnoj smrtnosti prije 50. godine u roditelja, braće i sestara, o obiteljskoj anamnezi raka pluća, dojke, kolona i ostalih lokalizacija. U tom je probiru zastupljeno i mjerenje tjelesne težine, visine, arterijskog tlaka. Potom medicinska sestra treba uručiti letak (za kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti), a pretilo osobe i osobe s povišenim arterijskim tlakom, pozitivnom anamnezom rane kardiovaskularne smrtnosti ili obiteljskog opterećenja za rak dojke (majka, sestra, osobito premenopausalna) naručuje na pregled liječniku. Zadani obuhvat je 80% predviđene populacije u prvoj godini ugovaranja, a vremenski normativ je 15 minuta.

Aktivna skrb za registrirane hipertoničare i dijabetičare obuhvaća jedno mjerenje arterijskog tlaka i GUK-a u godini dana i potom treba dobivenu vrijednost zabilježiti u karton preventive. Važno je u informatičkom rješenju predvidjeti da se svako prvo zabilježeno mjerenje tijekom godine u kojoj se program odvija bilježi automatski u karton preventive. Za sljedeće godine razmak između dva zabilježena mjerenja mora biti najmanje 6 mjeseci. Zadani obuhvat je 80% predviđene populacije u prvoj godini ugovaranja, a vremenski normativ je 5 minuta. Sistematski pregled bolesnika kojeg se prima u skrb obuhvaća u svakog novoprimljenog bolesnika pregled medicinske dokumentacije, uzimanje detaljne anamneze i izvođenje kompletnog kliničkog pregleda. Zadani obuhvat je 100% predviđene populacije u prvoj godini ugovaranja, a vremenski normativ je 20 minuta.

Kako bi se što bolje predvidjelo opterećenje preventivnim radom, učinjena je simulacija na realnim timovima obiteljske medicine te su ovdje prikazani rezultati za 10 timova.

Tablica 1.

Model procjene vremena potrebnog za provedbu predloženog preventivnog programa u jednoj oglednoj ordinaciji liječnika obiteljske medicine sa 1852 osiguranika u skrbi

Preventivna aktivnost	Dob osiguranika u kojoj se provodi preventivna aktivnost	Broj osiguranika u dobnj skupini u kojoj se provodi program	Vremenski normativ za provedbu preventivne aktivnosti (minute)	Vremensko opterećenje za provedbu programa (sati)
Individualno savjetovanje o zdravom stilu života za sve osiguranike	Svi pacijenti koji dođu u godini dana u ambulantu	1486	5	7430
Predškolska djeca (definiran preventivni program)	0-6 godina	34	20	680
Školska djeca i mladež (izvan preventivnog programa školske medicine)	19 godina	18	10	180
Žene – provjera Papa testa	Žene u dobi od 19, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 godina	156	5	779
Žene - anamnezu za rak dojke i klinički pregled dojki	žene u dobi 30 godina	54	15	810
Muškarci – anamneza o poteškoćama s mokrenjem, upitnik <i>Prostate score</i>	muškarci u dobi od 50, 55 i 60 godina	100	5	500
Ciljani probir za kronične nezarazne bolesti.	žene i muškarci u dobi od 40 godina	72	15	1080
Aktivna skrb za osobe s hipertenzijom i dijabetesom	sve registrirane osobe s hipertenzijom i dijabetesom	158+92	2	500
Sistematski pregled bolesnika kojeg se prima u skrb obuhvaća u svakog novoprimljenog bolesnika	svi novoprimljeni pacijenti	68	20	1360
Sveukupno potrebno vrijeme za izvedbu programa				13318 minuta (222 sata)

Za provedbu predloženog preventivnog programa tijekom jedne godine, za prikazani tim obiteljske medicine, potrebno je 222 sata, što znači da je tijekom 42 tjedna aktivnog rada u ambulanti potrebno provoditi preventivne aktivnosti svaki tjedan 5,3 sata (tablica 1).

Broj osiguranika koji je potrebno obuhvatiti preventivnim programom po prikazanom modelu ne ovisi samo o ukupnom broju osiguranika nego i o obilježjima populacije o kojoj skrbi tim obiteljske medicine, prije svega su to broj osiguranika u pojedinim dobnim skupinama i spolnoj distribuciji (tablica 2).

U konačnici, izračunato opterećenje timova obiteljske medicine preventivnim programom povećava se u skladu s ukupnim brojem populacije u skrbi i brojem osiguranika kod kojih će biti proveden preventivni program do veličine tima od 1994 osiguranika (tim 5), nakon toga nema jasne pravilnosti (tablica 3). Radi navedenog potrebno je vidjeti što sve utječe na obim preventivnih postupaka i što je moguće bolje ujednačiti opterećenje timova obiteljske medicine.

Temeljem prikazanog razvidno je da je za izvođe-

nje ovog programa potrebno od 0,76 sati dnevno do najviše 1,54 sata dnevno ukupno za tim obiteljske medicine, odnosno maksimalno jedan sat liječnikova radnog vremena i jedan sat radnog vremena medicinske sestre. Za provođenje kompletnog preventivnog programa opisanog u *US Preventive Services Task Force* bilo bi potrebno više od 7 radnih sati liječnika (24).

Plaćanje ovog programa ovisi o izvršenju odnosno obuhvatu populacije kojoj je ta određena preventivna mjera namijenjena. Upravo to je razlog zašto preventivni program i usluge iz tog dijela rada liječnika ne može biti plaćen po modelu cijena puta usluga (25). Naime, kada bi preventivni program bio plaćen modelom plaćanja cijena puta usluga u nekih osoba bi se preventivne mjere učestalo i nepotrebno provodile, a nasuprot tome u nekih osoba se te mjere ne bi uopće provodile iako su im potrebne. Tako je preporučeno da se za manje od 30% izvedbe obuhvata planirane populacije izvršitelju ne plati ništa. Kod izvedbe od 31% do 50% obuhvata planirane populacije izvršitelju se plaća 50% ugovorenog iznosa. Za izvedbu od 51% do 100% obuhvata planirane populacije izvršitelju se plaća 100% ugovorenog iznosa. Posebice je važno pravodobno i iscr-

Tablica 2.

Broj osiguranika koji je potrebno obuhvatiti pojedinom preventivnom aktivnošću u različitim timovima obiteljske medicine

Preventivna aktivnost	Broj osiguranika u dobnoj skupini u kojoj se provodi program u pojedinom timu obiteljske medicine – LOM (ukupan broj osiguranika u skrbi)									
	LOM 1 (1346)	LOM 2 (1390)	LOM 3 (1432)	LOM 4 (1852)	LOM 5 (1944)	LOM 6 (1980)	LOM 7 (2061)	LOM 8 (2150)	LOM 9 (2159)	LOM 10 (2189)
Individualno savjetovanje o zdravom stilu života za sve osiguranike	1076	1205	1250	1486	1800	1300	1811	2100	1863	2002
Predškolska djeca (definiran preventivni program za dob 0-6 godina)	27	0	0	34	0	0	3	88	288	0
Školska djeca i mladež (izvan preventivnog programa školske medicine - 19 godina)	10	22	18	18	10	93	8	42	61	19
Žene – provjera Papa testa žene u dobi od 19, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 godina	172	88	163	156	122	698	121	161	184	144
Žene - anamnezu za rak dojke i klinički pregled dojki žene u dobi 30 godina	6	9	7	54	10	352	17	35	37	22
Muškarci – anamneza o poteškoćama s mokrenjem, upitnik <i>Prostate score</i> muškarci u dobi od 50, 55 i 60 godina	36	31	74	100	108	65	67	111	11	112
Ciljani probir za kronične nezarazne bolesti žene i muškarci u dobi od 40 godina	17	45	32	72	53	281	43	55	20	57
Aktivna skrb za osobe s hipertenzijom i dijabetesom sve registrirane osobe s hipertenzijom i dijabetesom	328+ 92	356+ 81	223+ 101	158+ 92	780+ 248	96+ 48	673+ 167	248+ 64	135+ 35	750+ 156
Sistematski pregled bolesnika kojeg se prima u skrb obuhvaća u svakog novoprimljenog bolesnika svi novoprimljeni pacijenti	68	28	16	68	70	32	80	27	45	89
Ukupan broj osiguranika koji bi trebali biti obuhvaćeni preventivnim programom	1832	1865	1884	2238	3201	2518	2990	2931	2679	3351

pno izvještavanje o izvedbi programa. Informatički program mora biti oblikovan na način da izradi izvješće o izvedbi te istodobno kontrolira izvedbe i podsjeća liječnika na zadanu izvedbu programa u određenim vremenskim razmacima. Plaćanje programa treba obavljati u mjesečnim akontacijama, a konačni obračun se zaključuje s izvedbom na dan 31. 12. tekuće godine. Ako nije ostvarena izvedba za koju su isplaćena sredstva, izvršitelj je dužan vratiti zaprimljena sredstva.

ZAKLJUČAK

Brojna istraživanja potvrđuju kapacitet radilišta primarne zdravstvene zaštite u motiviranju osoba u

riziku za usvajanjem pozitivnog zdravstvenog ponašanja. Što je sposobnost liječnika primarne zdravstvene zaštite za povezivanje sa zajednicom veća u svrhu postizanja boljeg učinka na promjene ponašanja ljudi, ukupan rezultat je bolji (26).

Za pravu ocjenu preventivnog rada obiteljskih liječnika potrebno je raspolagati s objektivnim, na znanstvenim dokazima utemeljenim podacima, koji će pokazati što obiteljski liječnici rade u praksi. Zbog toga je nužno da liječnici sistematski bilježe i evaluiraju relevantne preventivne aktivnosti i aktivnosti koje provode u promociji zdravlja, a da se njihova izvedba programa redovito prati, evaluira te profesionalno i financijski vrednuje.

Tablica 3.

Vremensko opterećenje preventivnim programom po pojedinom timu obiteljske medicine

Tim obiteljske medicine	Ukupan broj osiguranika koji bi trebali biti obuhvaćeni preventivnim programom	Vremensko opterećenje za provedbu programa minute (sati)	Broj sati koje bi trebalo posvetiti preventivnom programu u jednom tjednu*
LOM 1	1832	9605 (160)	3,8
LOM 2	1865	9085 (151)	3,6
LOM 3	1884	9168 (153)	3,6
LOM 4	2238	13319 (222)	5,3
LOM 5	3201	14653 (244)	5,8
LOM 6	2518	19433 (324)	7,7
LOM 7	2990	14313 (239)	5,7
LOM 8	2931	16555 (276)	6,6
LOM 9	2679	18753 (313)	7,7
LOM 10	3351	16257 (271)	6,5

* Izračunato na 42 radna tjedna (s obzirom na opravdane razloge kad tijekom godine se ne može provoditi preventivni program - godišnji dopust, blagdan, edukacija i slično)

L I T E R A T U R A

- Lopez-de-Munian J, Torcal J, Lopez V, Garay J. Prevention in routine general practice activity patterns and potential promoting factors? *Prev Med* 2001; 32: 13-22
- Liseckiene I, Boerma GW, Milasauskiene Z, Valius L, Miseviciene I, Groenewegen PP. Primary care in a post-communist country 10 years later. Comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004. *Health Policy* 2007; 83: 105-13.
- Sim MG, Khong E. Prevention building on routine clinical practice. *Australian Family Physician* 2006; 35: 12-15.
- Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M i sur. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005; 41: 595-601.
- Pelletier-Fleury N, La Vaillant M, Szidon P, Marie P, Raineri F, Sicotte C. Preventive service delivery: A new insight into French general practice. *Health Policy* 2008; 83: 268-76.
- Hung DJ, Glasgow RE, Dickinson M i sur. The Chronic Care Model and Relationship to Patient Health Status and Health-Related Quality of Life. *Am J Prev Med* 2008; 35: 398-406.
- Cifuentes M, Fernald DH, Green L i sur. Prescription for Health: Changing Primary Care Practice to Foster

Healthy Behaviour. *Ann Family Med* 2005; 3: 54-61.

- Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2008 godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2009.
- Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja. *Narodne novine* 126/2006.
- Katić M, Petric D, Jureša V i sur. Zašto i kako promijeniti sustav plaćanja službe obiteljske medicine U: Zbornik Četvrtog kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora.- Rovinj, 2004. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 31- 42.
- Bergman-Marković B, Katić M, Kern J. Computerisation of general practice in the Republic of Croatia: experience gained in general practice use. *Inform Prim Care* 2007; 15: 175-9.
- Katić M, Soldo D, Ozvačić Z i sur. Information systems and the electronic health record in primary health care. *Inform Prim Care* 2007; 15: 187-92.
- Katić M. Opportunistic screening carried out in the family medicine settings. *CMJ* 2008; 49: 110-3.
- Katic M, Pavlović J, Jurković Lj, Vinter-Repalust N, Lemačić Z, Budak A. Family practitioners in the primary health care of preschool-age children-a report on well-child care in the practice of 2 family medicine physicians. *Lijec Vjesn* 2000; 122: 56-60.
- Jurković Lj, Katić M, Vinter-Repalust N, Stojanović-Špehar S, Ozvačić Z. Vodene kozice u obitelji - regi-

striramo li sve bolesnike? Acta Med Croat. 2003; 57: 117-122.

16. Katić M, Bergman-Marković B, Blažeković-Milaković S, Ebling Z. Prepoznajemo li preventivni rad u obiteljskoj medicini? U: Mazzi B, ur. Zbornik. Osmi kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora, Rovinj 2008. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. 21-30.

17. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005 godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2006.

18. Vrdoljak D. Vaccination of at risk patients against influenza. health and economic benefit for the community. Eur J Gen Practice 2003; 9: 116-8.

19. Vrdoljak D, Kuzmanić M, Kranjčević K, Bergman-Marković B. Kvaliteta sekundarne prevencije u koronarnoj bolesti: Istraživanje u ordinaciji obiteljskog liječnika. U: Mazzi B, ur. Zbornik. Sedmi kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora, Rovinj, 2007. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 97-110.

20. Katić M, Bergman-Marković B, Blažeković-Milaković S, Ebling Z. Preventiva u obiteljskoj medicini - povratak u budućnost? U: Zbornik. Hrvatski Dani primarne zdravstvene zaštite. Labin: Istarski domovi zdravlja - Ispostava dr Lino Peršić Labin, 2007, 26-35.

21. Jakšić Ž, Eterović I, Kovačić L. Pregled individualnih preventivnih aktivnosti po dobi. U: Jakšić Ž i sur, ur. Obitelj i zdravlje. Zagreb: Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", 1995, 78-81.

22. Kovačić L. Gospodarski i vremenski elementi preventivnih programa liječnika primarne zaštite. U: Šamija M i sur. Onkologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2000, 465-8.

23. Jureša V, Jurković D, Katić M i sur. Preventivna zdravstvena zaštita u obiteljskoj medicini. U: Mazzi B, ur. Zbornik. Deveti kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora - Rovinj 2009. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 33-42.

24. Aspy CB, Mold JW, Thompson DM i sur. Integrating Screening and Interventions for Unhealthy Behaviours into Primary Care Practices. Am J Prev Med 2008; 35: 373-80.

25. Katić M, Jurković D, Jureša V i sur. Kombinirani sustav plaćanja u obiteljskoj medicini. Što nam donosi? U: Mazzi B, ur. Zbornik. Deveti kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora - Rovinj 2009. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 205-14.

26. Etz RS, Cohen DJ, Woolf SH i sur. Bridging Primary care Practices and Communities to Promote Healthy Behaviours. Am J Prev Med 2008; 35: 390-7.

S U M M A R Y

PREVENTIVE WORK IN FAMILY MEDICINE - PROACTIVE APPROACH

M. KATIĆ¹, V. JUREŠA^{1,2}, B. BERGMAN-MARKOVIĆ², D. JURKOVIĆ¹, S. PREDAVEC¹,
M. HRASTINSKI¹, M. BALEN¹, D. PETRIC¹, B. MAZZI¹, H. TILJAK^{1,2}, R. GMAJNIĆ¹,
I. DIMINIĆ-LISICA¹, R. ŠIMUNOVIĆ¹, A. JOVANOVIĆ¹, H. VUKOVIĆ¹, G. PRLJEVIĆ¹
and R. STEVANOVIĆ¹

¹Ministry of Health and Social Welfare Working Group on Reform of Primary Health Care and

²University of Zagreb, Medical School, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb, Croatia

The role of general practitioner/family physician (GP/FP) in disease prevention and health promotion is strongly supported by research and health policies. The position of GPs/FPs in the health care system and their close, sustained contact with their patients and local community makes preventive care an integral part of GP/FP routine work. 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 "healthcare continuum". The significant gaps between GP/FP knowledge and practices persist in the use of evidence-based recommendations for health promotion and disease prevention. We describe the role of GP/FP in preventive care and report data on preventive care activities in the Croatian Family Medicine Service. More objective evidence is needed to see what GPs/FPs actually do in practice. For this reason, it is critical that GPs/FPs systematically record the most relevant preventive and health promotion activities that they perform. Furthermore, their performance of the preventive program should be regularly monitored, evaluated and professionally and financially validated. We present the preventive program based on these principles in Family Medicine Service proposed by the Ministry of Health and Social Welfare Working Group on Reform of Primary Health Care.

Key words: preventive activities, family medicine