

ULOGA LOM-A U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI ŽENA – EU ISKUSTVA

THE ROLE OF GPS IN WOMEN'S HEALTH CARE – THE EU EXPERIENCE

Renata Pavlov, Mladenka Vrcić-Keglević

Sažetak

Primarna zdravstvena zaštita žena u Hrvatskoj je tradicionalno bila organizirana kroz dispanzere za žene, s ginekologom kao vođom tima. Liječnici obiteljske medicine (LOM) su znatno rjeđe sudjelovali, a osobito u zadnjih dvadesetak godina. Stoga je cilj ovog rada bio ispitati ulogu LOM-a u zaštiti zdravlja žena u zemljama Europske Unije (EU). Istraživanje je presječno, temeljeno na posebno priređenom anketnom upitniku kojeg su ispunjavali predstavnici svih 27 zemalja EU (osim Hrvatske); sudionici Vasco da Gama Projekta razmjene specijalizanata i mladih specijalista obiteljske medicine, kojeg je Hrvatska bila domaćin u 2013. godini, te Foruma Vasco da Gama u Barceloni 2014. godine. U 24 od 27 zemalja Europske Unije (EU), LOM-ovi su uključeni u provođenje PZZ žena, u 22 zajedno s ginekolozima, a u dvije potpuno samostalno. U 23 države provode preventivne i kurativne mjere zaštite, a u samo jednoj zemlji preventivne mjere. Provode se istovremeno različite preventivne aktivnosti, najčešće kontracepcija, zatim prekoncepcijsko

savjetovanje i rano otkrivanje malignih bolesti. Primjenjuju su različite metode kontracepcije, doduše najčešće hormonalna kontracepcijska sredstva, ali i intrauterini ulošci. U 16 zemalja ordinacije LOM-a su opremljene ginekološkom opremom, a u 13 država su LOM dodatno plaćali za brigu o zdravlju žena. U 26 zemalja LOM su tijekom specijalizacije educirani za provođenje zaštite zdravlja žena, najčešće je to kombinacija teoretske i praktične nastave, ali se modeli edukacije razlikuju. Rezultati istraživanja su nedvojbeno pokazali da su LOM-ovi u zemljama EU uključeni u zaštitu zdravlja žena. Rezultatima istraživanja nije moguće obrazložiti zbog čega LOM-ovi u Hrvatskoj nisu uključeni u te aktivnosti, pa su potrebna dodatna istraživanja. Problem je osobito važan u svijetlu prava pacijenata na prekograničnu zdravstvenu zaštitu, jer su pacijenti s prostora EU navikli na taj oblik zaštite unutar djelatnosti obiteljske medicine.

Ključne riječi: primarna zdravstvena zaštita žena, liječnik obiteljske medicine, zemlje EU

Dr. Renata Pavlov, specijalista obiteljske medicine, Al. Lipa 2a, 10 000 Zagreb, e-mail: renata.pavlov@zg.t-com.hr

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić-Keglević, specijalista obiteljske medicine, Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb, e-mail: mvrccic@zzrom.org

Summary

Primary health care was traditionally organized through women's health services having a gynaecologist for the team leader in Croatia. General practitioners (GPs) participated in women's health care especially during the last twenty years. Therefore the aim of this study was to examine the role of GPs in the countries of the European Union. The study was based on the questionnaire especially prepared for this purpose and answered by representatives from all 27 countries of the European Union (except Croatia); participants of the Vasco de Gama Project on exchange of residents and young specialist in family medicine hosted by Croatia in 2013 as well as from the Vasco de Gama Forum in Barcelona in 2014. In 24 out of 27 countries of the EU GPs are included in women's primary health care, in 22 countries together with the gynaecologists and in 2 countries they are on their own. In 23 countries they carry out preventive and curative measures while only in one country just preventive measures are carried out. Preventive measures are carried out simultaneously, mostly contraception, then preconceptional consultation and early detection of malignant diseases. Various contraceptive methods are applied, most frequently hormonal contraceptives but intrauterine devices as well. Gynaecological equipment could be found in general practitioner's offices in 16 countries and in 13 country GPs are additionally paid for women's health care. GPs are educated for women's health care during their specialization in 26 countries. It is mostly a combination of theory and practical education, but education models are different. Results of the study undoubtedly showed that GPs are involved in women's health care in the EU. Those results do not explain the reason why Croatian GPs are not involved in this activity. Therefore additional studies are necessary. This problem is especially important regarding patients' rights to over-the-border health protection because the patients from the EU are used to this form of service to be included in general practice activities..

Key words: women's primary health care, general practitioner, EU countries

Uvod

Primarna zdravstvena zaštita žena (PZZŽ) je oduvijek bila od posebnog društvenog interesa zbog vulnerabilnosti majke i djeteta i specifične uloge žene u demografskoj obnovi stanovništva. I na ovim prostorima je specifična zaštita žena započela između dva svjetska rata osnivanjem dispanzera za zaštitu majke i djeteta, a iza 50-tih, osnovani su dispanzeri za žene kao ustrojbene jedinice domova zdravlja odgovorni za provođenje kurativne i preventivne zaštite žena na definiranom području. U RH nakon osamostaljenja je u svim Zakonima o zdravstvenoj zaštiti, zaštita zdravlja žena definirana kao dio primarne zdravstvene zaštite koju provode ginekolozi¹. Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju je zagantirano pravo slobodnog izbora ginekologa ženama starijim od 15 godina². Sukladno Pravilniku o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i liječilišta, dio ginekologa koji su radili u dispanzerima unutar domova zdravlja, dobio je priliku odlaska u zakup i obvezu sklapanja individualnog ugovora s Hrvatskim fondom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Odgovornost za zdravlje žena koje žive na definiranom teritoriju je, sukladno pravu o slobodnom izboru liječnika, zamijenjena odgovornošću za žene koje su dobrovoljno odabrale svoje ginekologe. Programom mjera zdravstvene zaštite jasno su definirane mjere specifične zaštite zdravlja žena, a ginekolozi imenovani njihovim izvršiteljima³.

Međutim, liječnici obiteljske medicine (LOM), osobito oni koji su radili na ruralnim područjima, oduvijek su bili aktivno uključeni u provođenje različitih mjera unapređenja zdravlja i liječenje specifičnih bolesti žena. Sedamdesetih godina su osobito bili uključeni u provođenje aktivnosti planiranja obitelji⁴⁻⁶. Međutim, u zadnjih 20-tak godina situacija se značajno promijenila. Iako su LOM, sukladno Programu mjera zdravstvene zaštite od-

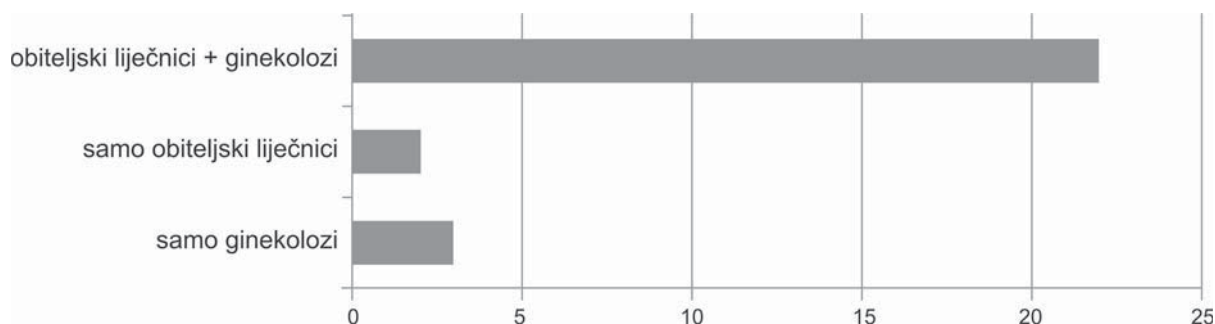
govorni za provođenje nekih mjera zdravstvene zaštite žena, internim pravilnicima HZZO-a često su im te aktivnosti ograničavane, ponekad i uz mjere kažnjavanja ukoliko bi npr. propisali lijek iz ginekološke domene⁷. Stoga su njihove aktivnosti u zaštiti zdravlja žena svedene na minimum, a u nama dostupnoj literaturi, nema objavljenih radova LOM-a u kojima bi se istraživala problematika zaštite zdravlja žena. Za razliku od nas, mnogo je radova LOM-a iz drugih zemalja, međutim, najčešće onih koji se bave specifičnom problematikom zdravlja žena⁸⁻¹². Istraživanja o organizacijskim aspektima zdravstvene zaštite žena, posebno djelokruga rada LOM-a, rijetko su prisutni u literaturi¹³. Stoga je cilj ove studije bio istražiti ulogu LOM-a u zdravstvenoj zaštiti žena u svih 27 zemljama (osim Hrvatske) članica Europske Unije (EU), prvenstveno radi usporedbe, ali i zbog potrebe harmonizacije zdravstvenih sustava i direktive o pravu na prekograničnu zdravstvenu zaštitu unutar prostora EU¹⁴.

Metode i ispitanici

Istraživanje je presječno, temeljeno na anketnom upitniku. Upitnik su ispunjavali specijalizanti i mladi specijalisti obiteljske medicine koji su 2013. godine, kada je Hrvatska bila domaćin, sudjelovali u Vasco da Gama Projektu razmjene mladih LOM-a na Europskoj razini, te na prvom Forumu Vasco da Gama u Barceloni 2014. godine. U istraživanju je bio uključen po jedan sudionik iz svih 27 država, članica Europske Unije, osim Hrvatske.

Upitnik je bio posebno priređen za ovo istraživanje, s pitanjima zatvorenog tipa i unaprijed ponuđenim odgovorima, od kojih je ispitanik mogao odabrati veći broj. Jedan od ponuđenih odgovora je bio i ostalo, što je davalo priliku ispitanicima da obrazlože izabrane odgovore. Upitnik je sadržavao osnovno pitanje o profilu liječnika koji provode primarnu zdravstvenu zaštitu žena, s mogućnošću odgovora da su to ginekolozi, LOM, i jedni i drugi, ili netko treći. Sva slijedeća pitanja odnosila su se na situaciju kada su LOM-ovi bili uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena. Stoga su zemlje u kojima LOM uopće nisu uključeni izostavljene iz daljnje obrade. U zemljama u kojima su LOM-ovi bili uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena, daljnja pitanja su se odnosila na: 1) tip zaštite (preventivna i kurativna); 2) vrstu preventivnih aktivnosti (kontracepcija, prekonceptijsko savjetovanje, praćenje normalne trudnoće, poroda, poslijeporođajna briga, rano otkrivanje karcinoma, hormonska nadomjesna terapija, ostalo); 3) metode kontracepcije (hormonske tablete, implantati ili naljepci, IUD, dijafragma, prirodne metode); 4) opremljenost ordinacija ginekološkom opremom; 5) način financiranja zdravstvene zaštite žena; 6) vrstu edukacije potrebnu za provođenje zdravstvene zaštite žena (teoretska, praktična u bolnicama ili ordinacijama LOM-a).

Podaci su obrađeni korištenjem Microsoft Office paketa (Excell) a rezultati su prikazani slikovno u obliku stupičastih grafikona.



Slika 1. Profil liječnika uključen u provođenje primarne zdravstvene zaštite žena u zemljama EU

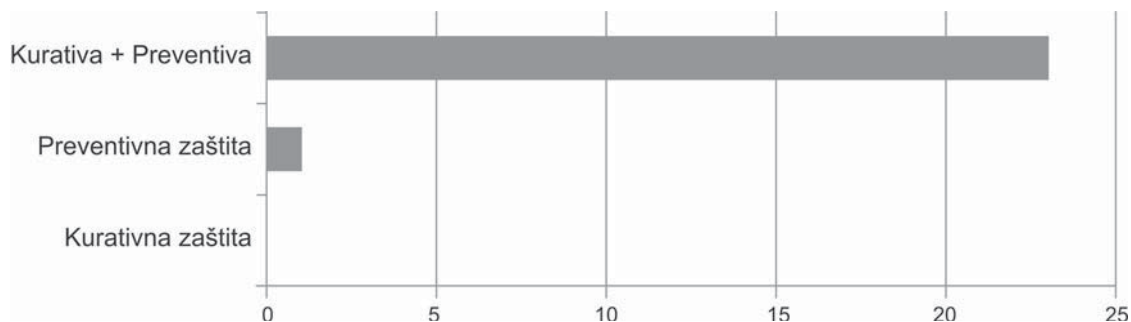
Figure 1. Profile of physicians engaged in primary women's health care in EU countries

Rezultati

LOM i ginekolozi su zaduženi za provođenje primarne zdravstvene zaštite žena u 22 zemlje EU (22/27). U dvije zemlje EU (UK i Irska) o zdravlju žena brinu se isključivo obiteljski liječnici, a u 3 zemlje (Slovenija, Češka, Slovačka) isključivo ginekolozi. Budući da su se ostala pitanja odnosila

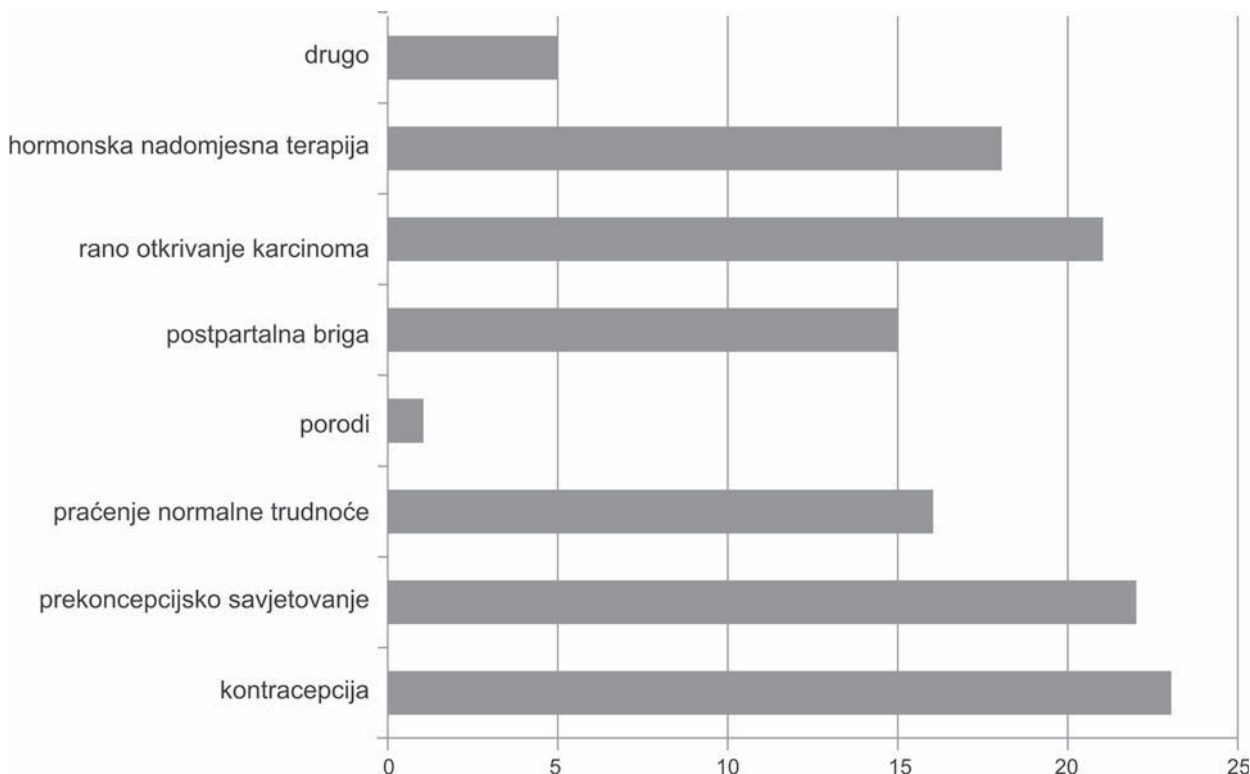
samo na LOM-ove uključene u zaštitu zdravlja žena, ove tri zemlje isključene su iz daljnje obrade pa je broj zemalja uključenih u obradu bio 24.

Od 24 države EU u kojima su LOM-ovi uključeni u brigu o zdravlju žena, u Latviji provode samo preventivne, a u svim ostalim državama EU, preventivne i kurativne aktivnosti.



Slika 2. Tip zaštite žena koju provode liječnici obiteljske medicine u zemljama EU

Figure 2. Type of women's health care provided by family physicians in EU countries



Slika 3. Vrsta preventivnih aktivnosti koje provode liječnici obiteljske medicine u zaštiti zdravlja žena u zemljama EU

Figure 3. Type of preventive activities provided by family physicians in women's health care in EU countries

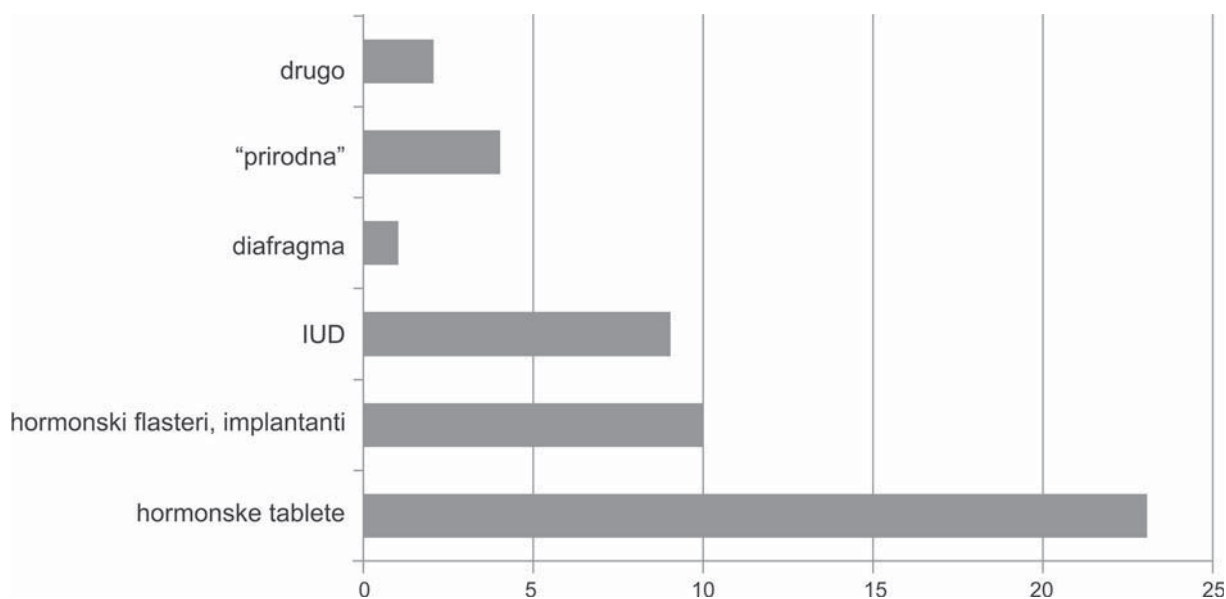
LOM-ovi istovremeno provode različite preventivne aktivnosti po pitanju zdravlja žena. Najčešće su to kombinacije kontracepcije (u 23 od 24 zemlje), prekonceptijske zaštite (22/24), ranog otkrivanja malignih bolesti (21/24) i nadomjesno hormonalno liječenje (18/24). Međutim, praćenje normalne trudnoće je također česta aktivnost LOM-a (16/24) i praćenje tijekom puerperija (15/24). Samo u Bugarskoj LOM-ovi izvode i porode u hitnim situacijama što se najčešće događa u ruralnim područjima. LOM-ovi preporučuju različite metode kontracepcije, najčešće su to hormonske tablete (23/24), hormonski naljepci i implantati (10/24), te intrauterini ulošci (9/24).

LOM-ovi su plaćeni dodatno za provođenje zdravstvene zaštite žena u 13 država EU, a u 11 država

nisu iako te aktivnosti provode.

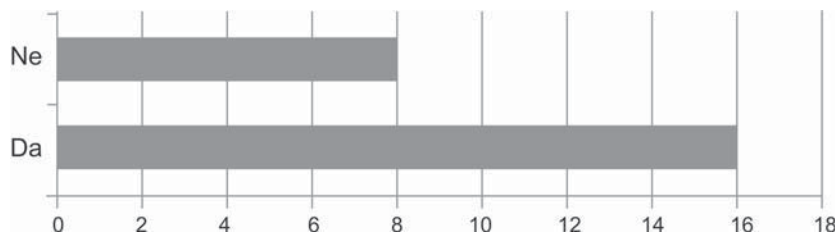
Za vrijeme specijalizacije u 26 zemalja EU provodi se edukacija LOM-ova o sadržajima potrebnim za pružanje zdravstvene zaštite žena. Jedino u Češkoj i Njemačkoj takva edukacija ne postoji. U Sloveniji je edukacija iz zaštite zdravlja žena prisutna u programima specijalizacije, iako LOM-ovi nisu uključeni u provođenje PZZŽ.

Od 26 država EU u kojima tijekom specijalizacije postoji edukacija LOM-ova o sadržajima potrebnim za provođenjem zdravstvene zaštite žena, najčešće je ta edukacija kombinacija teoretske i praktične nastave. U 20 zemalja je nastava teoretska, 19 praktična u bolnicama, a u 16 praktičan rad u ordinacijama mentora.



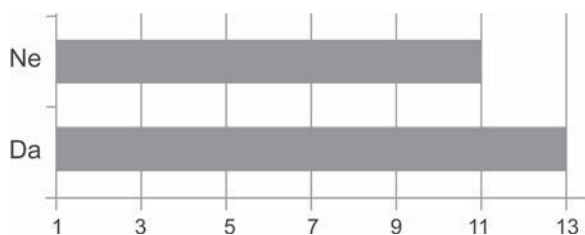
Slika 4. Najčešće metode kontracepcije koje preporučuju/koriste LOM u zemljama EU

Figure 4. Most frequent methods of contraception applied by GPs in EU countries



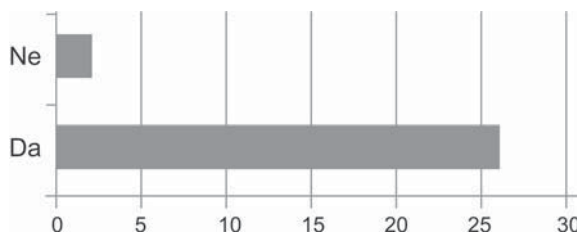
Slika 5. Opremljenost ordinacija liječnika obiteljske medicine ginekološkom opremom u zemljama EU

Figure 5. Gynaecological equipment in family medicine offices in EU countries



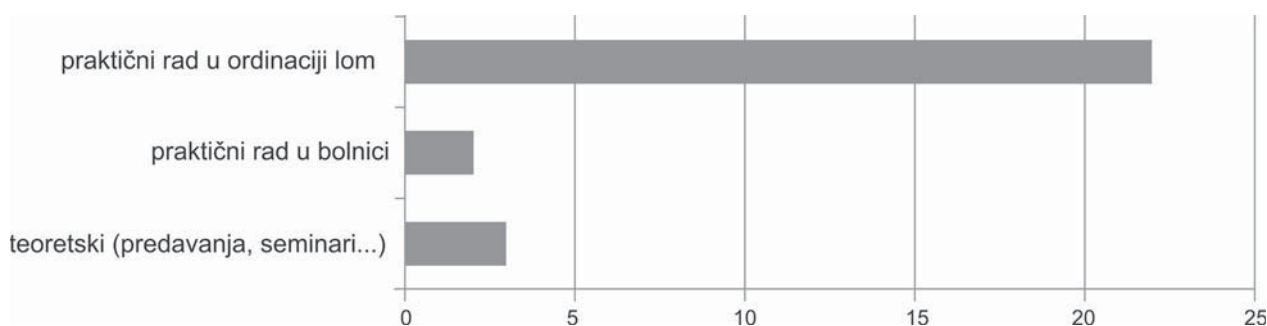
Slika 6. Dodatno plaćanje LOM-a za zaštitu zdravlja žena

Figure 6. Additional payment to GPs for women's health services



Slika 7. Edukacija liječnika obiteljske medicine tijekom specijalizacije za provođenje zdravstvene zaštite žena u zemljama EU

Figure 7. Family physicians education during their specialisation for women's health care in EU countries



Slika 8. Vrste edukacija liječnika obiteljske medicine u pružanju zdravstvene zaštite žena za vrijeme specijalizacije u zemljama EU

Table 8. Types of family physicians education in providing women's health care during specialisation in EU countries

Rasprava

Rezultati istraživanja su pokazali da u 24 od 27 zemalja Europske Unije (EU), LOM-ovi uključeni u provođenje PZZ žena, u 22 zajedno s ginekolozima, a u dvije potpuno samostalno. U 23 države provode preventivne i kurativne mjere zaštite, a samo u jednoj zemlji preventivne mjere. Provođe se istovremeno različite preventivne aktivnosti, najčešće kontracepcija, zatim prekonceptijsko savjetovanje i rano otkrivanje malignih bolesti. Primjenjuju su različite metode kontracepcije, doduše najčešće hormonalna kontracepcijska sredstva, ali i intrauterini ulošci. U 16 zemalja ordinacije LOM-ova su opremljena ginekološkom opremom, a u 13 država su LOM-ovi dodatno plaćeni za brigu o zdravlju žena. U 26 zemalja LOM-ovi su tijekom specijalizacije educirani za

provođenje zaštite zdravlja žena, najčešće je to kombinacija teoretske i praktične nastave, ali se modeli edukacije razlikuju.

Prednost ovog istraživanja proizlazi iz činjenice što je ono, koliko je nama poznato, jedino publicirano istraživanje u našem okružju u kojem se istraživala organizacija primarne zdravstvene zaštite žena (PZZŽ) u zemljama EU. Međutim, nedostatak istraživanja bi predstavljala činjenica da je samo jedan predstavnik zemlje odgovarao na anketni upitnik. Smatrali smo da je subjekt istraživanja dovoljno konkretan, jasan i poznat, i da će biti dovoljno prikupiti mišljenje jednog stručnjaka. Međutim, da bi umanjili ovaj nedostatak pregledali smo literaturne izvore u kojima se govori o ulozi LOM-ova u zaštiti zdravlja žena u Europskim, ali i drugim razvijenim zemljama.

Kao polazna točka odabrano je je NIVEL-ovo istraživanje u kojem se ispitivalo, na kompleksan način i istom metodom, djelokrug rada liječnika opće/obiteljske medicine (LOM) u 30 zemalja koje pripadaju Europskom uredu Svjetske zdravstvene organizacije. Istraživanje je pokazalo da veliki udio (1-najmanji udio, 4-najveći udio) u rješavanju zdravstvenih problema žena imaju LOM-ovi u Nizozemskoj (udio od 3,85), Velikoj Britaniji (udio od 3.71), Irskoj (udio od 3.70, Danskoj (udio od 3,68) i Norveškoj (udio od 3.64). Najmanji udio imaju LOM u Litvi (1.64), Bugarskoj (1.72), Latviji (1.76), Estoniji (1.79) i Češkoj (1.85). U skoro svim zemljama, s iznimkom Turske i Latvije, LOM provode bimanualni pregled dojki skoro u 100% opsegu. Rutinsko uzimanje Papa testa najčešće rade LOM u Danskoj i Nizozemskoj (99% LOM), Velikoj Britaniji (98% LOM), Portugalu (90% LOM) i Norveškoj (80% LOM). Aktivnosti na polju planiranja obitelji, uključujući i kontracepciju, LOM ne provode u Češkoj, Poljskoj i Turskoj. Rijede su prisutne u svakodnevnom radu LOM-ovi Bugarske, Grčke, Njemačke, Litve, Latvije, Slovačke. U svim drugim Europskim zemljama, planiranje obitelji i provođenje kontracepcije su uobičajeni djelokrug rada LOM-ova. Više od 90% LOM-a Velike Britanije, Danske, Irske i Portugala provodi antenatalnu zaštitu. Od 60% do 90% LOM-ova u Belgiji, Francuskoj, Italiji i Nizozemskoj je također uključeno u provođenje antenatalne zaštite. U ostalim Europskim zemljama postotak LOM-ova koji su uključeni u rutinsko provođenje antenatalne zaštite je znatno manji. Generalno gledano, LOM iz bivših socijalističkih zemalja su relativno manje uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena u odnosu na LOM iz zapadnoeuropskih zemalja¹³.

Iako su podaci za NIVEL-ovo istraživanje prikupljeni 1993./94. godine, istraživanje je još uvijek relevantno jer nije došlo do značajnih organizacijskih promjena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u navedenim zemljama. LOM u zapadnoeuropskim zemljama su i dalje ostali zaduženi za primarnu zdravstvenu zaštitu žena¹⁵⁻¹⁹. Također

je značajna uloga LOM-ova u zaštiti zdravlja žena i u drugim razvijenim zemljama^{20 - 22}. I u smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije, LOM-ovi i/ili babice su navedeni osnovnim izvršiteljima planiranja obitelji²³, jer raspolažu s dovoljno znanja i mogućnosti. Identična je i situacija i s antenatalnom zaštitom. Učinkovitost zaštite zdravih trudnica koje provode babice i/ili LOM-ovi jednaka je onoj koje provode ginekolozi-obstetričari, dok je zadovoljstvo žena veće^{24, 25}. U smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije i NICE smjernicama, LOM-ovi i/ili babice bi trebali biti oni profesionalci koji bi provodili antenatalne zaštite žena s niskim rizikom^{26, 27}. Izgleda da je spuštanje zaštite na niže razine, razinu LOM-ova ili čak i razinu babice, jedini način da se percepcija trudnoće i poroda ponovno vrati u sfere normalnog i fiziološkog, te da se izbjegne medikalizacija. Medikalizacija trudnoće i poroda osobito je prisutna u razvijenim zemljama, a udio nepotrebnih medicinskih intervencija raste (20). To je važno i za nas, jer je u Zagrebu, i do 50% trudnoća patoloških, a udio carskih rezova se penje i do 20%²⁸.

Možda bi poseban komentar, osobito važan za naše uvjete, zaslužila činjenica da su u samo 13 od 24 EU zemlje, ordinacije LOM-ova opremljene ginekološkom opremom. Naime, pitanja ginekološkog pregleda, bimanualnog i/ili instrumentalnog, za koje je potrebna specifična oprema je sve češće predmet rasprava i među ginekolozima. Žene ga smatraju suviše agresivnim, a pregled se pokazao nepotrebnim kada su u pitanju provođenje prekonceptijske zaštite i vođenje normalne trudnoće, kao i kod primjene većine kontracepcijskih metoda^{29, 30}.

Teško je reći zbog čega su LOM-ovi u Hrvatskoj relativno rijetko uključeni u zdravstvenu zaštitu žena, iako su dovoljno obrazovani i iako im je to, Planom i programom mjera zdravstvene zaštite, donekle i obveza. Malo je vjerojatno da su samo restriktivni propisi HZZO-a na to utjecali. Veća je vjerojatnost utjecaja prijašnjeg i postojećeg organizacijskog ustroja u kojem su se ginekolozi smatrali jedinim nosiocima te zaštite. To je utjecalo

na stavove žena što je vidljivo iz istraživanja Benčića³¹. Vjerojatno je utjecalo i na stavove ginekologa koji „u svom području“ ne vide mjesta za LOM-ove, ali i samih LOM-ova koji se ne vide u tim sadržajima. Međutim, ovo su samo hipoteze koje bi trebalo testirati u daljnjim istraživanjima.

Međutim, da posla ima za sve, ginekologe i LOM-ove, pokazuje analiza sveukupne situacije u zaštiti zdravlja žena i o mogućoj ulozi LOM-ova³². Nadalje, sukladno podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa, u 2012. godini, ginekologa nije odabralo (razlozi nepoznati) 48,1% žena u Zagrebačkoj i 40,3% žena u Splitsko-Dalmatinskoj županiji, pa je pitanje gdje ostvaruju specifičnu ginekološku zaštitu. Prema izvještajima ginekoloških ordinacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ugovornih i neugovornih, samo 2.6% žena posjetilo je ginekologa zbog planiranja obitelji. Kod 19.7% žena napravljeno je PAPA testova. Broj pregleda po jednoj trudnici je jedini parametar koji je kontinuirano rastao²⁸. Prema istraživanju Benčića, 47% gradskih žena Zatrešića i 39% žena iz okolnih sela koristilo je neku od metoda kontracepcije, a istraživanje Vitale i suradnika ukazuje na činjenicu da samo 14-20% žena u Hrvatskoj uzima folnu kiselinu^{31, 33}. Mijenjanje uloge LOM-ova u zaštiti zdravlja žena u RH je osobito važno u svijetlu prava pacijenata na prekograničnu zdravstvenu zaštitu, jer su pacijenti s prostora EU navikli na taj oblik zaštite unutar djelatnosti obiteljske medicine¹⁴.

Zaključci

Rezultati istraživanja su nedvojbeno pokazali, da samo u tri Zemlje EU LOM-ovi nisu uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena. U svim ostalim zemljama LOM-ovi su uključeni u različite preventivne i kurativne aktivnosti. Koji su razlozi da LOM-ovi u RH ne sudjeluju u provođenju zdravstvene zaštite žena iako su za to educirani, a postoje i osnovne normativne pretpostavke, trebalo bi dodatno istražiti.

Literatura

1. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine. 2008;(150), 2010;(71), 2010;(139), 2011;(22), 2011;(84), 2012(12); 2012(70).
2. Zakon o zdravstvenom osiguranju. Narodne novine, 1993;(75).
3. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine. 2006;(126).
4. Štampar D. Uloga liječnika opće medicine u planiranju porodice. Narodno zdravlje 1969;15 (1):18-25.
5. Štampar D, Grahovac V, Bartolović D. Prikaz rada liječnika opće medicine na sprječavanju neželjene trudnoće na temelju znanstvenog istraživanja. Praxis Medici. 1977;8(1-2):7-18.
6. Vadić N. Kontracepcija – važna svakodnevna aktivnost tima liječnika opće medicine. Praxis Medici. 1974;4(4):19-29.
7. Pravilnik o ovlastima i načinu rada ovlaštenih doktora i liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Narodne novine. 2009;(113).
8. Smith A, Shakespeare J, Dixon A. The role of GPs in maternity care – what does the future hold? London: The King's Fund; 2010. Dostupno na: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/gps-maternity-care-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf
9. Kant AC, Palm BT, Wentink E, van Weel C. General practitioner based screening for cervical cancer: higher participation of women with a higher risk? J Med Screen. 1997;4:35-9. Dostupno na: <http://mssc.sagepub.com/content/4/1/35.full.pdf>
10. Ferrero S, Arena E, Morando A, Remorgida V. Prevalence of newly diagnosed endometriosis in women attending the general practitioner. Int J Gynecol Obstet. 2010;110:203-7.
11. Feijen-de Jong EI, Baarveld F, Jansen DE, Ursum J, Reijneveld SA, Schellevis FG. Do pregnant women contact their general practitioner? A register-based comparison of healthcare utilisation of pregnant and non-pregnant women in general practice. BMC Fam Pract. 2013;14:10. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3554585/>
12. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National recommendations for preconception care: the essential role of the family physician. J Am Board Fam Med. 2007;20:81-4.

13. Boerma WGW. Profile of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL; 2003. Dostupno na: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>
14. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Official Journal of the European Union 2011;88-45-65. Dostupno na: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1>
15. Vos AA, Veldhuis HM, Largo-Janssen TL. Intrauterine contraception: the role of general practitioners in four Dutch general practices. *Contraception*. 2004;69:283-7.
16. Sannisto T, Kosunen E. Provision of contraception: a survey among primary care physicians in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:636-45.
17. A National Clinical Guideline for Antenatal Care. Short version – recommendations. Oslo: Directorate for Health and Social Affairs; 2005. Dostupno na: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningsslinjer-for-svangerskapsomsorgen-kortversjon/Publikasjoner/a-national-clinical-guideline-for-antenatal-care%E2%80%93short-version.pdf>
18. O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S. The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and UK. *Eur J Gen Pract*. 2007;13:20-6.
19. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception*. 2013;87:45-50.
20. Wiegers TA. General practitioners and their role in maternity care. *Health Policy*. 2003;66:51-9.
21. Mazza D, Harrison C, Taft A, Brijnath B, Britt H, Hobbs M, i sur. Current contraceptive management in Australian general practice: an analysis of BEACH data. *Med J Aust*. 2012;197:110-4.
22. Gemzell-Danielsson K, Cho S, Inki P, Mansour D, Reid R, Bahamondes L. Use of contraceptive methods and contraceptive recommendations among health care providers actively involved in contraceptive counseling – results of international survey in 10 countries. *Contraception*. 2012;86:631-8.
23. Family planning. A global handbook for providers. (2011 updated). Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2011. Dostupno na: https://www.fphandbook.org/sites/default/files/hb_english_2012.pdf
24. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD000934.
25. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD000934.
26. What is the effectiveness of antenatal care (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf?ua=1
27. Routine antenatal care for healthy pregnant women. Understanding NICE guidance - Information for people who use NHS services. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. (Clinical guideline; no. 62). Dostupno na: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=14306>
28. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2012 godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2013. Dostupno na: http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Ljetopis_2012.pdf
29. Armstrong L, Zabel E, Beydoun HA. Evaluation of the usefulness of the „hormones with optional pelvic exam“ programme offered at a family planning clinic. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17:307-13.
30. Tepper NK, Curtis KM, Steenland MW, Marchbanks PA. Physical examination prior to initiating contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87:650-4.
31. Benčić M. Ispitivanje uloge liječnika obiteljske medicine u planiranju obitelji i izboru metoda kontracepcije u žena. [diplomski rad]. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu;
32. Vrcić Keglević M. Doprinos liječnika obiteljske medicine unapređenju zdravlja žena: savjetovanište za žene ili teze za razmišljanje i raspravu. U: XX kongresa obiteljske medicine. Zbornik. Zagreb, 2013. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2013:85-100.
33. Vitale K, Sović S, Milić M, Balorda Lj, Todorović G, Uhoda B. Folna kiselina – što znaju i koliko ju koriste rodilje u Zadarskoj županiji. *Med Jad*. 2011;41:95-103.