

Struktura rada tima liječnika obiteljske medicine

Perović, Tamara

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:433245>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-21**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Tamara Perović

**Struktura rada tima liječnika
obiteljske medicine**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu pri Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod mentorstvom prof.dr.sc. Biserke Bergman-Marković, dr. med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013./2014.

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

DTP – dijagnostičko-terapijski postupak

EAPC – European Association for Palliative Care

EURACT - European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine

EZZ – elektronički zdravstveni zapis

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

LOM – liječnik obiteljske medicine

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

SSS – srednja stručna sprema

RH – Republika Hrvatska

WONCA – World Organization of Family Doctors

WHO – World Health Organization

SADRŽAJ

1. SAŽETAK	
2. SUMMARY	
3. DEFINICIJA OBITELJSKE MEDICINE	1
3.1. Položaj LOM-a u hrvatskom sustavu primarne zdravstvene zaštite	3
3.2. Obilježja obiteljske medicinske prakse	4
4. TIMSKI RAD U MEDICINI	5
4.1. Definicija timskog rada	5
4.2. Tim liječnika obiteljske medicine	5
4.3. Uloga medicinske sestre u ordinaciji LOM-a	6
4.4. Patronažna služba u Republici Hrvatskoj	7
4.5. Upućivanje i suradnja sa specijalistima	8
5. ORGANIZACIJA RADA ORDINACIJE	10
5.1. Poslovanje ordinacije - financiranje	10
5.2. Prostor i oprema	12
5.3. Skrb za pacijente	14
5.3.1. Sustav naručivanja u ordinaciji LOM-a.....	15
5.3.2. Medicinska dokumentacija.....	15
5.3.3. Zbrinjavanje u kući.....	16
5.3.4. Palijativna skrb	18
5.4. Uloga LOM-a u promicanju zdravlja i prevenciji bolesti	19
6. ZAHVALE.....	21
7. LITERATURA	22
8. ŽIVOTOPIS	26

1. SAŽETAK

Struktura rada tima liječnika obiteljske medicine

Autor: **Tamara Perović**

Obiteljska medicina se smatra temeljem primarne zdravstvene zaštite u svim zdravstvenim sustavima u svijetu. Osnovna načela primarne zdravstvene zaštite su sveobuhvatnost, kontinuiranost, dostupnost i cjelovit pristup. Liječnik obiteljske medicine je odgovoran za pružanje kontinuirane zdravstvene zaštite populacije koja ga je izabrala. On također pruža sveobuhvatnu skrb za pacijente, a često i njihove obitelji s naglaskom na promicanje zdravlja, prevenciju bolesti i zbrinjavanje kroničnih bolesti. Ako je potrebno, liječnik obiteljske medicine će osigurati i zbrinjavanje bolesnika u kući. Cjelovita skrb te koordinacija zdravstvenog zbrinjavanja pojedinca, obitelji i lokalne zajednice, zahtjeva multidisciplinarni pristup i timski rad. Najbliži suradnici liječnika su medicinska i patronažna sestra. Svi članovi tima odgovorni su za njegovo funkcioniranje s obzirom na svoje obrazovanje i iskustvo, a uloga koordinatora tima pripada liječniku.

Ključne riječi: obiteljska medicina, timski rad, primarna zdravstvena zaštita

2. SUMMARY

Work organization in family medicine teams

Author: **Tamara Perović**

Family medicine is considered to be the basis of primary health care in all health care systems in the world. Comprehensiveness, continuity, availability and holistic approach are the key principles of primary health care. Family doctor is responsible for providing continuing care of the population that chose him. He also provides comprehensive care for patients, and often their families, focusing on health promotion, disease prevention and chronic disease management. If necessary, the family doctor will provide care at patient's home. Complete care and coordination of health care for individuals, families and local community requires a multidisciplinary approach and teamwork. Doctor's closest associates are a nurse and a health visitor. All team members are responsible for its functioning depending on their education and experience, but the doctor has the coordinating role.

Key words: family medicine, teamwork, primary health care

3. DEFINICIJA OBITELJSKE MEDICINE

Otkada je 1978. godine Svjetska zdravstvena organizacija u Alma Ati predstavila svoj program „Zdravlje za sve“, primarna zdravstvena zaštita je dobila potpuno novu dimenziju, temeljenu na preklapanju uzajamnosti, socijalne pravde i jednakosti, a pojedinac i zajednica su dobili centralnu ulogu. Unazad tih 36 godina uloženo je mnogo truda u razvoj primarne zdravstvene zaštite, ali i obiteljske medicine kao njene temeljne sastavnice. (Haq et al., 1995) Povijesno, obiteljska medicina se razvijala kroz dugi niz godina. Prva specijalizacija u svijetu započela je u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 1960. godine. Kasnije je specijalizacija prihvaćena i u drugim zemljama, primjerice u SAD-u gdje se počela provoditi od 1969. godine. U osnovnim postavkama programa trogodišnje specijalizacije navedeno je: „*Specijalist opće medicine je nov i poseban profil visokokvalificiranog liječnika. Zbog toga se ne stvara lik poluspecijalista iz raznih grana medicine, već se formira liječnik koji potpuno specijalistički poznaje određen broj problema iz svih disciplina medicine koje on rješava na nivou pružanja osnovne zdravstvene zaštite*“. Ova se definicija specijalizacije mijenjala sa razvojem struke i u skladu sa promjenama zdravstvenog i socioekonomskog stanja populacije. (Katić, Švab i sur., 2013)

Prva priznata definicija obiteljske medicine napisana je od Leeuwenhorst skupine 1974. godine: „*Liječnik opće medicine je diplomirani liječnik koji pruža primarnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu pojedincima, obiteljima i populaciji u skrbi bez obzira na spol, dob ili bolesti. Na jedinstven način objedinjuje ove funkcije. Za svoje pacijente skrbi u ordinaciji, u njihovim domovima, a ponekad i u poliklinici i bolnici. Cilj mu je postavljanje rane dijagnoze. U pristupu zdravlju ili bolesti integrira fizičke, psihičke i socijalne čimbenike. To se očituje u pružanju zdravstvene zaštite svojim pacijentima. Za svakog problema koji mu se predoči, donosi početnu odluku. Provodi trajnu zdravstvenu zaštitu svojih pacijenata sa kroničnim, povratnim ili terminalnim bolestima. Dugotrajna veza mu omogućava ponovljeno i postupno prikupljanje odgovarajućih informacija za svakog pacijenta ponaosob, te izgraditi s njime odnos povjerenja koji može stručno koristiti. Rad obavlja u suradnji sa ostalim kolegama zdravstvenim i nezdravstvenim radnicima. Zna kako i kada treba primijeniti liječenje, prevenciju i edukaciju radi promicanja zdravlja pacijentima u njihovim obiteljima. Svjestan je svoje profesionalne odgovornosti prema zajednici.*“ (Leeuwenhorst, 1974).

Nakon navedene uslijedile su brojne definicije obiteljske medicine.

2002. godine sastavljena je nova definicija koja sa malim preinakama vrijedi i danas:

„Obiteljska medicina je akademska i znanstvena disciplina s vlastitim edukativnim sadržajem i istraživanjem, bazirana na znanstvenim činjenicama, kliničkoj aktivnosti, a klinička specijalnost usmjerena je primarnoj zdravstvenoj zaštiti.“

Glavne karakteristike obiteljske medicine kao struke su:

- uobičajeno je riječ o prvom kontaktu u okviru zdravstvenog osiguranja za sve ljude i sve probleme
- koordinacija resursima
- specifičan odnos prema bolesniku
- jedinstven način komunikacije
- trajna skrb
- specifičan način odlučivanja
- istodobno savladavanje više problema
- zbrinjavanje bolesti u ranoj fazi razvoja
- poticanje zdravih oblika načina života te zadovoljstva bolesnika
- odgovornost prema društvenoj zajednici
- zdravstveni problemi u psihološkim, socijalnim, kulturnim i vrijednosnim sustavima bolesnika

Definicijom obiteljske medicine određeni su temeljni zadaci, znanja i vještine kojima liječnik specijalist te struke mora vladati:

- provođenje primarne zdravstvene zaštite
 - vođenje prvog kontakta s bolesnikom
 - koordiniranje zdravstvene skrbi s drugim stručnjacima u okviru PZZ
- prema bolesniku usmjerena zdravstvena skrb
- specifično rješavanje problema
- cjelovit pristup
- usmjerenost na društvenu zajednicu
- holistički pristup (WONCA Europe, 2005; Katić, Švab i sur., 2013)

Nova definicija obiteljske medicine je doživjela manje preinake od strane EURACT- a (European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine) 2005. godine te na sastanku u Malagi 2010. godine, kada je Europsko vijeće WONCA-e (WONCA Europe) odlučilo imenovati malu komisiju, sastavljenu od ljudi iz različitih zemalja, radi manje revizije definicije te kako bi se uključila dva nova koncepta: osnaživanje pacijenta i kontinuirano poboljšanje kvalitete. (WONCA Europe, 2011)

3.1. Položaj LOM-a u hrvatskom sustavu primarne zdravstvene zaštite

U skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl.3.)

Zdravstvena djelatnost se obavlja na primarnoj, sekundarnoj, tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl.25.)

Temeljni nositelj zdravstvene zaštite na primarnoj razini je dom zdravlja. Kao zdravstvena ustanova, dom zdravlja mora osigurati ostvarenje načela sveobuhvatnosti, cjelovitog pristupa te načela dostupnosti i kontinuiranosti pružanja zdravstvene zaštite na svom području.

Osnovna ideja doma zdravlja je briga o zdravstvenim potrebama populacije na određenom teritoriju i to od rođenja do smrti. (Katić,Švab i sur., 2013)

Dom zdravlja u svom sastavu ima obiteljsku (opću) medicinu, stomatološku zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu zaštitu žena, dojenčadi i predškolske djece, medicinu rada, laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku, ljekarničku djelatnost, patronažnu zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu njegu i palijativnu skrb bolesnika.(Zakon o zdravstvenoj zaštiti,čl.77.,78.)

Obiteljska je medicina je najbliža idejama primarne zdravstvene zaštite te je time i temelj zdravstvene zaštite populacije Hrvatske. Jednako je važna i u prevenciji bolesti i u liječenju unaprijed definirane populacije, koja pripada određenoj ordinaciji, odnosno određenom liječniku ili liječničkom timu obiteljske medicine. (Kern,Polašek, 2007)

Liječnici obiteljske medicine imaju definiranu listu osiguranika, a osiguranik je obavezan javiti se svom izabranom liječniku za svaki problem, osim u hitnom slučaju kada ga može zbrinuti i drugi liječnik. LOM u zdravstvenom sustavu ima zadaću čuvara ulaza u zdravstveni sustav (engl. gate keeper) što podrazumijeva liječnikovu odgovornost da za svakog pojedinog bolesnika osigura najbolju moguću skrb te istodobno racionalno koristi raspoložive resurse zdravstvenog sustava. (Katić,Švab i sur., 2013)

U Republici Hrvatskoj, u djelatnosti opće/obiteljske medicine, u 2013. godini ukupno je radilo 2.307 doktora medicine. Zabilježeno je 4.172.236 osiguranika, odnosno 3.188.519 korisnika ili 76.4% od ukupnog broja osiguranika što pokazuje da svi osiguranici ne koriste zdravstvenu zaštitu. Iste godine zabilježeni broj posjeta u ordinacijama opće medicine bio je 33.617.950. Broj zabilježenih bolesti i stanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine iznosi 8.849.604, a redoslijed i udio utvrđenih bolesti i stanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine nije se značajno promijenio u odnosu na protekle godine. Tako su i u 2013. godini na prvom mjestu bile bolesti dišnog sustava (1.423.303 ili 16,1% ukupnog broja utvrđenih bolesti i

stanja), a zatim slijede bolesti srca i krvnih žila (1.032.391 ili 11,7%), bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (997.353 ili 11.3%), čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakti sa zdravstvenom službom (593.035 ili 6,7%), simptomi, znakovi, klinički i lab. nalazi; (553.235 ili 6,3%). (HZJZ, 2013)

3.2. Obilježja obiteljske medicinske prakse

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti načela primarne zdravstvene zaštite su:

sveobuhvatnost, kontinuiranost, dostupnost i cjelovit pristup. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl.11.) Sveobuhvatnost uključuje cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl.12.) Kontinuiranost zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene zaštite koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl.13.)

Dostupnost se ostvaruje takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl.14.) Načelo cjelovitog pristupa osigurava se provođenjem objedinjenih mjera za unaprjeđenjem zdravlja i prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl.15.)

4. TIMSKI RAD U MEDICINI

4.1. Definicija timskog rada

Prema definiciji *American Heritage Dictionary* timski rad je zajednički napor od strane članova grupe ili tima za postizanje zajedničkog cilja. (Dichter JR, 2003)

Prema američkoj Agenciji za istraživanje i kvalitetu zdravstvene zaštite definicija tima, proizašla iz nekoliko različitih definicija, obuhvaća ovih pet osobina :

1.) Timovi se sastoje od dvije ili više osoba. 2.) Članovi tima imaju specifične uloge: obavljanje pojedinih poslova te komunikacija i koordinacija kako bi se postigao zajednički cilj. 3.) Timovi donose odluke. 4.) Timovi posjeduju specijalna znanja i vještine, a često funkcioniraju u uvjetima visokog radnog opterećenja. 5.) Timski rad karakteristično nalaže prilagodbu članova tima jednog prema drugome u nastojanju da se ostvare ciljevi tima. (AHRQ, 2005)

Postizanje adekvatne kombinacije zdravstvenog osoblja jedan je od glavnih izazova za većinu organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvenog sustava. (WHO, 2002)

Jasno razdijeljene kompetencije i zadaci članova tima, otvorena i redovita komunikacija, uvjerenost svih članova tima u važnost sigurne zdravstvene skrbi te stalno provjeravanje kvalitete rada ključni su preduvjeti za stručan i učinkovit timski rad koji je usmjeren na potrebe pacijenata, ali i na zadovoljstvo svih članova tima. (Katić, Švab i sur., 2013)

Ukratko, timski rad zahtjeva međusobno priznavanje uloga i sposobnosti svih članova tima (AHRQ, 2005) kako bi se izbjegle naizgled malene pogreške u komunikaciji koje su vrlo čest uzrok nanošenju nehotične štete pacijentu. (Leonard et al., 2004)

4.2. Tim liječnika obiteljske medicine

Usklađen timski rad i dobra organizacija zdravstvene skrbi su od ključne važnosti za uspješnost i kvalitetu liječenja, posebice u obiteljskoj medicini. Cjelovita skrb te koordinacija zdravstvenog zbrinjavanja pojedinca, obitelji i lokalne zajednice zahtjeva od liječnika obiteljske medicine timski rad i multidisciplinarni pristup pri zbrinjavanju populacije koja ga je izabrala. Potrebno je razlikovati različite vrste timskog rada. Jezgrovni ili osnovni timovi su sastavljeni od pojedinaca koji rade zajedno na točno određenim i specifičnim zadacima veći broj dana u tjednu te je taj tim prema tome multidisciplinaran prema svome sastavu. Tim LOM-a je osnovni primjer ovakva tima, a čine ga liječnik obiteljske medicine i medicinska sestra koja radi u ordinaciji. Pritom je vođa tima liječnik, a medicinska sestra mu pomaže pri

primanju i liječenju pacijenata. Prošireni tim se osim od članova osnovnog tima sastoji i od ostalih suradnika koji se u rad uključuju povremeno, kako bi pomogli u rješavanju složenijih problema. Primjer takva tima je suradnja s patronažnom sestrom, fizioterapeutom, psihologom, farmaceutom, laboratorijskim tehničarom, specijalistom medicine rada, socijalnim radnikom i drugima. (Katić, Švab i sur., 2013)

Timski rad u zdravstvu često karakterizira dinamičnost, sudjelovanje u više timova i brzo formiranje timova. Za razliku od cjelovitih timova koji imaju povijest i budućnost zajedničkog rada, neke vrste zdravstvenih timova, posebice u uvjetima hitnog zbrinjavanja, se sastoje od članova koji možda nikada nisu radili zajedno, a formirani su pod stresnim uvjetima i nemaju veliku vjerojatnost zajedničkog rada u budućnosti. Takvi timovi su poznati kao ad hoc timovi (Weaver et al., 2014), a u ordinaciji LOM-a se formiraju za točno određenog bolesnika i vremenski ograničenu intervenciju. (Katić, Švab i sur., 2013)

4.3. Uloga medicinske sestre u ordinaciji LOM-a

Virginia Henderson, kao najistaknutija medicinska sestra 20. stoljeća, postavila je definiciju uloge medicinske sestre: *„Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.“*

(Henderson, 1955) Kao najveća od svih zdravstvenih profesija, sestrištvo služi kao okosnica sustava pružanja zdravstvene zaštite. Povijesno gledano, medicinske sestre su bile zaposlene prvenstveno u bolničkim centrima. Međutim, u drugoj polovici 20. stoljeća došlo je do promjena sestrišne prakse te osim što one počinju biti nositelji vlastite neovisne prakse i pružatelji alternativnih zdravstvenih usluga, medicinske sestre često sudjeluju i u kreiranju velikih zdravstvenih planova. (Bellack, O'Neil; 2000)

Rad u ordinaciji obiteljske medicine povijesno je uvijek bio manje atraktivan od akutne skrbi, koja je smatrana glamuroznijom i profesionalnijom. Provedeno je nekoliko empirijskih istraživanja sa ciljem ispitivanja uloga medicinskih sestara u ordinaciji obiteljske medicine. Uočena je tendencija opisivanja uloge medicinske sestre prema zadacima, a ne na temelju sveobuhvatnog skupa temeljnih kompetencija u području prakse. Također, često su se uloge i odgovornosti medicinske sestre mijenjale s obzirom na želje poslodavaca. (Oandasan, 2010) Prema Zakonu o sestrištvu neke od dužnosti medicinske sestre su: primjena svih dostupnih znanja iz područja sestrištva; primjena metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege koje zahtijevaju vještinu analitičkog kritičkog pristupa; postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi; primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i

parenteralne terapije; provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti; vođenje sestrinske dokumentacije; pravovremeno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja; pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika; čuvanje profesionalne tajne, prava bolesnika, etičkog kodeksa medicinskih sestara i vjerskih načela pacijenta; djelovanje u interesu bolesnika; suradnja sa svim članovima zdravstvenog tima, čuvanje ugleda ustanove (poslodavca) te ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme. (Zakon o sestrinstvu, čl. 16)

U ordinaciji LOM-a zdravstveni tehničar ili medicinska sestra srednje stručne sprema su osobe prvog kontakta za sve korisnike ordinacije te ujedno i najbliži suradnici liječnika. Od njihove stručnosti, komunikacijskih, organizacijskih i trijažnih sposobnosti uvelike ovisi kvaliteta rada cijele ordinacije. (Katić,Švab i sur., 2013)

4.4. Patronažna služba u Republici Hrvatskoj

Nositeljica patronažne zaštite u Hrvatskoj je diplomirana medicinska sestra, prema normativu od 5.100 stanovnika po jednoj patronažnoj sestri, sukladno Pravilniku o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja. (HZJZ, 2013) Patronažna sestra je ključna suradnica i produžena ruka liječnika obiteljske medicine na terenu, te mu omogućava kontinuiran nadzor nad bolesnikovom okolinom u njegovom domu, te njegovim životnim i obiteljskim prilikama. Time je patronažna medicinska sestra oslobođena rada u ordinaciji, ali je opterećena većim brojem pacijenata i većim teritorijem koji svojim radom treba pokriti. Patronažna služba je organizirana polivalentno, što znači da sudjeluje u izvođenju kurativnog, preventivnog i socijalnog zbrinjavanja stanovništva svih dobnih skupina. (Katić,Švab i sur., 2013)

U 2013. godini, u ovoj djelatnosti radilo je 845 viših medicinskih sestara i 72 medicinske sestre SSS. Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna patronažna sestra skrbi prosječno za 4.990 osiguranika. Najveći broj posjeta zabilježen je za bolesnike sa kroničnim bolestima te radi provođenja terapijskih postupaka kod teško pokretnih i nepokretnih osoba. (HZJZ, 2013)

Navedeni podaci potvrđuju da je patronažna služba uistinu služba koja se odaziva na potrebe zajednice te brine za posebno osjetljive skupine stanovništva, a s kojima su liječnici obiteljske medicine izgubili izravnu povezanost, kao što su trudnice, babinjače, novorođenčad, djeca do navršene treće godine života, obitelji sa djecom s posebnim potrebama te stariji, nepokretni i socijalno ugroženi. Osim što je patronažna sestra osposobljena za samostalno izvršavanje određenih postupaka zbrinjavanja na zahtjev liječnika, glavnina njene djelatnosti se odnosi na preventivni i edukativni rad sa

stanovništvom. Zadatak joj je i organizacija te nadziranje zdravstvene njege u kući, na temelju savjeta i pisanog naputka LOM-a, posredovanje u komunikaciji između liječnika, pacijenta i služne kućne njege te suradnja sa socijalnom službom. (Katić, Švab i sur., 2013)

4.5. Upućivanje i suradnja sa specijalistima

Osim što je nositelj primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenom sustavu te time i liječnik prvog kontakta, LOM ima još jednu važnu zadaću. On je „čuvar ulaza“ (engl. gatekeeper) u zdravstveni sustav. U određenim sustavima zdravstvene zaštite, primjerice u SAD-u, Njemačkoj, Francuskoj i drugima, pacijenti se bez konzultacije liječnika obiteljske medicine i prema vlastitoj procjeni mogu obratiti specijalistima. Međutim, naš zdravstveni sustav ima drugačiji model dostupnosti do sekundarne zdravstvene zaštite, jednako kao i zdravstveni sustavi zemalja poput Velike Britanije, Danske, Nizozemske i drugih. U navedenim zemljama, pa tako i u Hrvatskoj, „vratari“ su smješteni između organizacija i pojedinaca koji žele koristiti sredstva unutar tih organizacija. Liječnici surađuju s pacijentima kako bi utvrdili njihove zdravstvene potrebe i na taj način odlučili koja vrsta usluge na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite je za njih odgovarajuća. (Forrest, 2003)

Dakle, konačna odluka o upućivanju donosi se u dogovoru sa pacijentom i njegovom obitelji, ali se prije svega temelji na liječničkoj procjeni pacijentovih zdravstvenih potreba u okviru postojećih organizacijskih i financijskih resursa zdravstvenog sustava.

Obvezni dokument koji u Hrvatskoj osigurava upućivanje je uputnica. Uputnica je prije svega financijski i administrativni dokument koji mora sadržavati podatke o osiguraniku i njegovu statusu osiguranja, podatke o liječniku i njegovoj ordinaciji te specijalnosti u koju se bolesnik upućuje. (Katić, Švab i sur., 2013) Od 1. rujna 2013. godine u Hrvatskoj se primjenjuje Novi model upućivanja u sekundarnu/tercijarnu razinu zdravstvene zaštite. Upućivanje pacijenta od strane liječnika primarne zdravstvene zaštite se može provesti na 4 razine koje se posebnim oznakama bilježe na uputnici: A – Konzilijarna zdravstvena zaštita, B – Bolničko liječenje, C – Specijalistička zdravstvena zaštita, D – Ambulantno liječenje. Takav novi model upućivanja osmišljen je radi ujednačavanja rada u zdravstvu na razini RH, podizanja kvalitete pružanja zdravstvene zaštite osiguranim osobama, ali i racionalnog korištenja prava na zdravstvenu zaštitu od strane pacijenata. (HZZO, 2013)

Kako bi komunikacija između LOM-a i specijaliste konzultanta bila zadovoljavajuća, uputnicu je neophodno dopuniti uputnim pismom. Uputno pismo treba biti čitko i sadržavati sve važne informacije o pacijentu. Neophodni podaci u uputnom pismu su informacije o problemu zbog kojeg se bolesnik upućuje, te podaci o do sada provedenim dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Također, važno je navesti razlog upućivanja i jasno obrazložiti očekivanja od

upućivanja specijalistu konzultantu te priložiti relevantnu medicinsku dokumentaciju. Dakle, pacijent specijalistu dolazi sa uputnicom, uputnim pismom i relevantnim nalazima i tako započinje komunikacija između LOM-a i specijaliste konzultanta.

Odnos LOM-a i specijaliste konzultanta mora i jednom i drugom liječniku omogućiti pružanje najviše razine stručnosti u zbrinjavanju pacijentova problema ili bolesti. (Katić, Švab i sur., 2013) Dobra komunikacija između primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite ključna je za kvalitetu liječenja u bilo kojem zdravstvenom sustavu. Komunikacija između liječnika različitih specijalnosti i iskustava također je važna, a često se zanemaruje. Upravo je upućivanje jedan od razloga narušavanja kolegijalnih odnosa između liječnika na različitim razinama zdravstvene zaštite. Liječnici specijalisti u bolnicama brojna upućivanja smatraju nepotrebnima, dok s druge strane liječnici obiteljske medicine smatraju da njihovi kolege u bolnicama ne razumiju probleme pacijenata izvan bolnice, rijetko ih informiraju o njihovim pacijentima i rijetko vraćaju pacijente na primarnu razinu zdravstvene zaštite jednom kada je problem ustanovljen. (Westerman et al., 1990) Stoga često dolazi do začaranog kruga u kojem izabrani LOM ima nedostatan utjecaj u vođenju bolesnika sa kroničnom bolešću, nema mogućnost integrirati i koordinirati skrb za pacijenta, čime može biti zanemareno njegovo cjelovito zbrinjavanje. (Katić, Švab i sur., 2013)

5. ORGANIZACIJA RADA ORDINACIJE

Dobra organizacija rada u ordinaciji od ključne je važnosti za kliničko zbrinjavanje pacijenta. Organizacijska struktura u obiteljskoj medicini uvelike se razlikuje od one na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite, posebice u administrativnim i kliničkim postupcima te vrstama i razlozima posjeta. Usluge specijalističke skrbi i dijagnostike su manje dostupne, manje je kontrole nad okruženjem pacijenta, a pacijenti koji dolaze u ordinaciju su češće kronični bolesnici nego pacijenti sa hitnim stanjima. (Palacios-Derflinger et al., 2010)

Stoga je i organizacija rada ordinacije obiteljske medicine poseban izazov. Organizacijska kultura ordinacije predstavlja cjelovit sustav normi, uvjerenja, pretpostavki i vrijednosti koje posjeduju zaposlenici ordinacije, a koji utječu na njihov rad i rješavanje problema s kojima se susreću u svakodnevnom radu. Svi zaposlenici ordinacije odgovorni su za njezin razvoj. Međutim, uspješnost i kvaliteta rada tima LOM-a ne ovise samo od stručnosti, znanja i vještina članova tima. Važnu ulogu imaju također i primjerena lokacija, veličina i opremljenost ordinacije, dostupnost svih važnih informacija o ordinaciji, kvalitetna medicinska oprema, usklađen i dobro organiziran rad u timu te poštivanje zakonskih propisa i dobre poslovne prakse. (Katić, Švab i sur., 2013)

5.1. Poslovanje ordinacije - financiranje

Razumijevanje postojećih načina financiranja zdravstvene djelatnosti preduvjet je za pravilno poslovno odlučivanje i planiranje rada u ordinaciji. Zdravstvena djelatnost se općenito može financirati iz javnih i privatnih izvora. U RH sredstva za financiranje zdravstvenog osiguranja potječu iz tri izvora: javnih sredstava, sredstava iz dobrovoljnih osiguranja i individualnih sredstava za samoliječenje. Oko 80% javnih sredstava prikuplja se na temelju obveznih doprinosa iz prihoda djelatnika i poslodavaca za zdravstveno osiguranje od strane HZZO-a. Ostatak sredstava dolazi iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, direktnih plaćanja iz državnog proračuna, sredstava lokalnih zajednica i donacija te direktnim plaćanjem korisnika usluga ili putem privatnog zdravstvenog osiguranja. Ordinacije LOM-a posluju plaćanjem preko posrednika – zdravstvenog osiguranja. (Katić, Švab i sur., 2013)

S obzirom na način financiranja postoje dvije kategorije LOM-a: liječnici zaposleni u domovima zdravlja te privatni ugovorni liječnici na osnovi koncesije. Liječnici, zaposlenici domova zdravlja, ostvaruju pravo na plaću na temelju Zakona o plaćama u javnim službama te ostala prava na temelju Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Prema Zakonu o plaćama u javnim službama plaću radnika čini osnovna plaća i dodaci na plaću. Osnovnu plaću čini umnožak koeficijenta složenosti poslova radnog mjesta

na koje je službenik i namještenik raspoređen i osnovice za izračun plaće, uvećan za 0,5% za svaku navršenu godinu radnog staža. Za natprosječne rezultate u radu službenici i namještenici mogu svake godine ostvariti dodatak za uspješnost na radu koji može iznositi najviše tri plaće i ne može se ostvarivati kao stalni dodatak uz plaću. Kolektivnim ugovorom utvrđuju se poslovi s posebnim uvjetima rada te pravo na posebne dodatke za službenike i namještenike koji rade na tim poslovima. (Zakon o plaćama u javnim službama, čl. 4, 8, 9)

U 2013. godini HZZO je objavio novi model ugovaranja primarne zdravstvene zaštite.

Liječnici u zakupu su nekadašnjim modelom financiranja prihode ostvarivali samo na temelju glavarine. Time je zarada LOM-a bila izravno ovisna samo o broju registriranih osiguranika, te su liječnici težili primanju u skrb što većeg broja mladih i zdravih osiguranika, a izbjegavali su one sa povećanim zdravstvenim potrebama. Također, broj neopravdanih dijagnostičkih pretraga i specijalističkih pregleda je bio povećan zbog želje da liječnik zadrži što veći broj pacijenata u svojoj skrbi. (Katić i sur., 2009)

Cilj stvaranja novog modela je bio smanjiti financijsku ovisnost liječnika o pacijentu te na taj način spriječiti da financiranje ovisi samo o broju opredijeljenih osiguranih osoba, već i o kvaliteti i količini pruženih usluga. Prema novom modelu temeljni dio prihoda čine: hladni pogon, glavarina i DTP postupci. Hladni pogon je fiksni dio, jednak za sve ordinacije i iznosi 17 442,94 kn, a podrazumijeva plaću liječnika (minimalna plaća, uvećana za doprinose) i medicinske sestre te ostale troškove (energija i komunalne usluge, zbrinjavanje komunalnog i medicinskog otpada, održavanje, troškovi telefona i interneta, čišćenja, knjigovodstva i ostalog). Glavarina je zadana brojem osiguranika, a obračunava se prema koeficijentima koji su određeni prema dobi populacije koju ordinacija zbrinjava. Glavarina podrazumijeva plaću liječnika (razlika do pune plaće prema Kolektivnom ugovoru uvećana za doprinose) i ostale troškove (lijekovi i potrošni materijal). Treći dio prihoda čine DTP postupci. Preko DTP postupaka se prihodi ostvaruju prema izvršenju i osnovica su za izračunavanje ostalih prihoda. Izvršenje DTP postupaka je limitirano za male timove (1275 - 1560 osiguranika) do iznosa 160% od glavarine, a za standardne i velike timove (1561 i više) izvršenje je limitirano do iznosa 140% od glavarine. Stimulativni dio prihoda liječnika opće/obiteljske medicine plaća se kroz praćenje indikatora učinkovitosti „KPI“ i indikatora kvalitete „QI“. Drugi dio stimulativnog dijela prihoda LOM-a plaća se kroz pružanje dodatnih usluga putem preventivnih pregleda, grupne prakse i ordinacije s pet zvjezdica (5*) pri čemu svaki od njih nosi dodatnih 5% od glavarine. (HZZO, 2013)

5.2. Prostor i oprema

Zakon Republike Hrvatske donosi stručne smjernice i propise koje treba zadovoljiti svaka ordinacija kako bi mogla obavljati zdravstvenu djelatnost. Javne zdravstvene ustanove i ordinacije moraju biti izgrađene i opremljene prema propisima koji uređuju gradnju objekata i sigurnost na radu te uređene tako da su primjerene za djelatnost za koju su namijenjene. (Katić, Švab i sur., 2013)

Građevina u kojoj se nalaze prostorije za obavljanje zdravstvenih djelatnosti mora ispunjavati bitne zahtjeve za građevinu i druge uvjete uređene propisima o prostornom uređenju i gradnji, koje se odnose osobito na: mehaničku otpornost i stabilnost, zaštitu od požara, higijenu, zdravlje i zaštitu okoliša, sigurnost u korištenju, zaštitu od buke, učinkovito korištenje energije i toplinsku zaštitu te udovoljavanje minimalnim zahtjevima za sigurnost i zdravlje na radnom mjestu, sukladno propisima o zaštiti na radu. Liječnička ordinacija mora imati: prostoriju za pregled bolesnika od najmanje 12 m², prostoriju za medicinsku sestru od najmanje 12 m², čekaonicu od najmanje 9 m², sanitarni čvor za radnike te sanitarni čvor za bolesnike. Prostorije moraju biti osvijetljene prirodnim i umjetnim izvorom svjetlosti.

Osnovna medicinsko-tehnička oprema liječničke ordinacije uključuje: računalo s pisačem, metalni ormar za osobne zdravstvene kartone s ključem, radni stol za liječnika, radni stol za medicinsku sestru, stolicu za liječnika i medicinsku sestru s podešavanjem visine i mogućnošću pokretanja, stolicu za bolesnika u prostoriji medicinske sestre, garderobne vješalice u sobi medicinske sestre i liječnika, telefon u sobi medicinske sestre i liječnika, tlakomjer s različitim širinama manžeta, autoklav/suhi sterilizator, ležaj za pregled bolesnika, paravan, ormar za instrumente i lijekove, stolić za instrumente, toplomjere (2 kom.), fonendoskop (slušalice), špatule za pregled ždrijela za jednokratnu uporabu, plahte za jednokratnu uporabu, rukavice za jednokratnu uporabu, plastičnu posudu za medicinski otpad i posude za ostali otpad, komplet lijekova za terapiju anafilaktičkog šoka i potrebnom opremom za održavanje vitalnih funkcija (praćenje srčane akcije i saturacije kisika, neinvazivno mjerenje tlaka), bocu s kisikom s dozimetrom i raspršivačem i ampulirane lijekove sukladno potrebama djelatnosti, lijekove koji sadrže droge koji se moraju čuvati u ormaru sef izvedbe uz vođenje evidencije, sukladno posebnim propisima. U ordinacijama u kojima se parenteralnim putem izvode dijagnostički i terapijski postupci, a kojima nije dostupna oprema s kojom moraju započeti kardiopulmonalnu reanimaciju u roku od tri minute po pravilima struke, potrebno je osigurati: defibrilator s ekranom, pulsni oksimetar, otvarač za usta, Magilova kliješta, samošireći mijeh za umjetnu ventilaciju, sukcijski uređaj za održavanje prohodnosti dišnih putova s pripadajućim kateterima, maske, orofaringealne i nazofaringealne tubuse u najmanje tri različite veličine. U ordinaciji u kojoj se obavljaju mali

kirurški zahvati u lokalnoj ili kratkotrajnoj općoj anesteziji, potrebno je osigurati: defibrilator s ekranom, pulsni oksimetar, otvarač za usta, Magilova kliješta, samošireći mijeh za umjetnu ventilaciju, sukcijski uređaj za održavanje prohodnosti dišnih putova s pripadajućim kateterima, maske, orofaringealne i nazofaringealne tubuse u najmanje tri različite veličine ili laringealne maske u različitim veličinama. Ordinacija opće/obiteljske medicine povrh osnovne medicinsko-tehničke opreme mora sadržavati sljedeću opremu: EKG uređaj s pisačem, vagu za mjerenje tjelesne težine, visinomjer, hladnjak, zglobni stolni reflektor, stalak za infuzije, negatoskop, aparat za davanje kisika, bocu s kisikom, rezervnu bocu kisika, otoskop, čeonu ogledalo ili izvor hladnog svjetla, oftalmoskop, tablice za ispitivanje oštine vida, spekulume za pregled nosnih šupljina, štrcaljku ili pulsni aparat za ispiranje ušiju, platneni metar, špatule za pregled ždrijela, posudu za čiste i posudu za nečiste špatule, ručnu baterijsku lampu, perkusijski čekić, metalne bubnjeve, posude za instrumente s poklopcem, posudu s poklopcem za vatu, bubrežaste zdjelice koje se mogu sterilizirati (3 kom.), gumirano platno, komprese, štrcaljke i igle za jednokratnu uporabu različitih dimenzija, setove za infuzije, bebi sisteme, jednokratne uro-katetere različitih promjera, pribor za uzimanje uzoraka za medicinsko-biokemijske i mikrobiološke pretrage, glukometar, test trake za brzo određivanje promjena u urinu, elastičnu traku za podvezivanje, pribor za ispiranje želuca, hvataljku za instrumente i posudu za držanje hvataljke, otvarač usta, udlage različitih dimenzija, plastičnu posudu za medicinski otpad, posudu za ostali otpad, infuzijske otopine sukladno potrebama populacije koja se zbrinjava, zavojni materijal, liječničku torbu. (Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. čl. 3, 4, 12, 13,14)

5.3. Skrb za pacijente

LOM je liječnik koji pruža osobnu, primarnu i kontinuiranu zaštitu pojedincu, obitelji i društvenoj zajednici, neovisno o dobi, spolu i zdravstvenim potrebama. Često je riječ o zbrinjavanju tijekom čitavog života (od rođenja do smrti), u brojnim epizodama bolesti i tijekom dugih razdoblja. Upravo je takav kontinuitet skrbi glavna karakteristika brige o pacijentu u ordinaciji LOM-a. Za kontinuitet skrbi karakteristično je ostvarivanje dugotrajnog osobnog kontakta između liječnika i pacijenta. Kontinuitet je rijetko predmet interesa mladih zdravih ljudi sa akutnim problemima. Međutim, od velike je važnosti za najčešće korisnike usluga LOM-a, kronične bolesnike. (Guthrie, 2008)

Dugotrajna veza liječnika i pacijenta značajno utječe na izgradnju pozitivnog odnosa, a time i na kvalitetniju skrb za bolesnika. Brojnim istraživanjima je utvrđeno kako poznavanje bolesnika i njegovih zdravstvenih problema često rezultira manjim korištenjem dijagnostičkih testova, rjeđim propisivanjem lijekova, a liječnici češće primjenjuju metodu „čekati i vidjeti“. (Katić, Švab i sur., 2013)

Konzultacija je osnovna djelatnost opće prakse, tijekom koje se donose važne odluke, od strane liječnika i pacijenta, od kojih obje utječu na korištenje resursa i ishod liječenja. Ostvarivanje dobrog i kontinuiranog odnosa i kvalitetne komunikacije između liječnika i pacijenta vrlo pozitivno utječe na „osnaživanje“ pacijenta (engl. patient enablement). „Osnaživanje“ pacijenta podrazumijeva osposobljavanje pacijenta da se nosi sa svojom bolešću, upravlja sa njom i razumije ju. (Mercer et al., 2012) Temelji se na načelima pacijentu usmjerene skrbi i holizma, koji su dvije temeljne vrijednosti obiteljske medicine. Pacijentu usmjerena skrb (engl. patient-centred practice) podrazumijeva uključivanje pacijentovih uvjerenja i prioriteta prilikom donošenja odluke o njegovoj skrbi. (Howie et al., 2004) LOM koji koristi koncept bolesniku usmjerene skrbi bi trebao moći razumjeti pacijentovu zabrinutost i potrebu za informacijama; imati integrirano razumijevanje pacijentova svijeta – njega kao osobe, njegovih emocionalnih potrebe i životnih pitanja; donositi zajedničku odluku o problemu i njegovom rješavanju; poboljšavati prevenciju i promociju zdravlja; te poboljšavati trajni odnos između pacijenta i liječnika. (Stewart, 2001) Holizam podrazumijeva biopsihosocijalni pristup kliničkoj medicini, uzimajući u obzir kulturalne i egzistencijalne dimenzije, a polazi od ideje da su ljudi kompleksna živa bića, a ne skupina pojedinačnih organa, te da svaka bolest ima svoju dinamiku i razvoj. (Hammers-Pradier et al., 2009) Dakle, djelovanje LOM-a nije ograničeno samo na zbrinjavanje akutnih i kroničnih stanja, nego ono obuhvaća cjelokupno zbrinjavanje. Prevencija i promocija zdravlja, provođenje preventivnih programa, zbrinjavanje u kući te palijativna skrb u terminalnoj fazi bolesti su također važne zadaće LOM-a. (Katić, Švab i sur., 2013)

5.3.1. Sustav naručivanja u ordinaciji LOM-a

Važan organizacijski aspekt ordinacije je i način naručivanja posjeta pacijenata na pregled. Naručivanje podrazumijeva način rada u kojem svaki bolesnik ima rezervirano određeno vrijeme za posjet liječniku. Obično je naručivanje vremenski ograničeno na svakih 15 min, pri čemu uvijek moramo računati na jedan dio akutno oboljelih pacijenata koji se nisu stigli naručiti. Ovdje veliku važnost imaju trijažne sposobnosti medicinske sestre koja će izolirati pacijente sa zaraznom bolesti, te što prije primiti teško bolesne, trudnice i druge ugrožene skupine. Dakle, jedan dio vremena svakako je potrebno odvojiti kako bi se LOM mogao posvetiti nenajavljenim pacijentima. Ovakvim načinom organizacije rada u ordinaciji se smanjuju gužve u čekaonici, povećava kvaliteta rada u ordinaciji i zadovoljstvo pacijenata izabranim liječnikom. Osim osobno i telefonski, sve više se koristi i naručivanje preko elektroničke pošte. (Katić, Švab i sur., 2013)

5.3.2. Medicinska dokumentacija

Medicinska dokumentacija je svaki dokument nastao u zdravstvenoj ustanovi, a potpisan od zdravstvenog radnika, najčešće liječnika. Sadržajno, medicinska dokumentacija je skup svih dokumenata (u papirnatom ili elektroničkom obliku), u kojima su sadržani podaci o pacijentovoj bolesti, njegovu zdravstvenom stanju te upute o liječenju i ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu. (Čizmić, 2009)

Prema Zakonu o liječništvu svaki liječnik je obavezan voditi točnu, iscrpnu i datiranu medicinsku dokumentaciju, koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke o zdravstvenom stanju pacijenta i njegovu liječenju. Liječnik je obavezan tu dokumentaciju na zahtjev predložiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti. Također, liječnik je obavezan na zahtjev dati na uvid pacijentu svu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti. (Zakon o liječništvu, čl. 23)

Temeljni dokument u koji LOM upisuje anamnezu, status i način liječenja bolesnika je zdravstveni karton. Zdravstveni karton je vlasništvo ordinacije LOM-a, ali je sadržaj kartona vlasništvo pacijenta. Sastoji se od četiri temeljne cjeline: opis bolesnika, lista problema, registracija dolazaka i lista trajne terapije. (Katić, Švab i sur., 2013) Zdravstveni karton bi trebao biti problemski orijentiran (engl. problem oriented medical record). Takav način bilježenja podataka se pokazao vrlo uspješnim i pomogao je liječnicima da lakše vode bilješke o pacijentima te lakše razumiju pacijentovu povijest bolesti. (Salmon et al., 1996) Oznaka za usmjeren zapis o savjetovanju je akronim engleskog naziva tih sastavnica (SOAP: S-subjective, O-objective, A-assesment, P-plan).

Hrvatska inačica je SOVA (S-subjektivno, O-objektivno, V-vrednovanje, A-akcija). Ovaj akronim je sastavljen s ciljem smanjenja obujma zapisa, a s druge strane je pregledan i sistematičan i sadrži sve četiri temeljne cjeline zdravstvenog kartona – anamnezu, status, dijagnozu i postupak liječenja. (Katić, Švab i sur., 2013) Poseban oblik zdravstvenog zapisa je elektronički zdravstveni zapis (EZZ) koji predstavlja skup svih podataka nastalih tijekom različitih epizoda liječenja pacijenta. On predstavlja pregled povijesti pacijentovog zdravstvenog stanja i kao takav temeljni je izvor podataka u tijeku liječenja pacijenta. (Čizmić, 2009) Također, EZZ nudi znatne mogućnosti organizacije i upravljanja kliničkim podacima na način koji potencijalno može unaprijediti preventivnu zdravstvenu zaštitu, upravljanje kroničnim bolestima i financijsko stanje primarne zdravstvene zaštite. Razvijanje ove inovativne tehnologije zahtjeva visoku razinu suradnje različitih članova prakse i znatne promjene u organizacijskoj kulturi mnogih ordinacija. (Crosson et al., 2005) Takav e-karton samo je dio programa informatizacije PZZ-a u Hrvatskoj. Ideja „ordinacije bez papira“ je projekt Ministarstva zdravlja u suradnji s tvrtkom Ericsson Nikola Tesla d.d. koji osim navedenog e-zdravstvenog kartona obuhvaća i uvođenje e-recepta, e-uputnice te e-naručivanja. U Hrvatskoj je e-recept u uporabi od 2011. godine, sustav e-uputnica se počeo primjenjivati početkom 2013. godine, kao i sustav naručivanja na preglede u bolnicama elektroničkim putem. Ciljevi ovog projekta su smanjenje troškova, racionalizacija, povećanje kvalitete i učinkovitosti sustava zdravstvene skrbi, organizacija jedinstvenog i jednoobraznog sustava prikupljenih podataka, mogućnosti praćenja podataka u svrhu unaprijeđenja zdravlja i prevencije bolesti te osiguranje strogo kontroliranog pristupa podacima na području cijele RH. (Ministarstvo zdravlja, 2011)

5.3.3. Zbrinjavanje u kući

Zbrinjavanje u kući je organizirana i neorganizirana skrb za ljude kojima je potrebna pomoć, posebice teške kronične bolesnike, starije i nemoćne osobe, invalide. Problematikom zbrinjavanja u kući se uglavnom bavi socijalna i zdravstvena politika.

Skrb u kući se može izvoditi na organizirani i neorganizirani način. Temelj organiziranog načina zbrinjavanja u kući su javne institucije: socijalna služba, te zdravstvena služba u okviru koje rade LOM i patronažna medicinska sestra. Neorganizirani oblik zbrinjavanja je pomoć koju pružaju članovi obitelji, susjedi, prijatelji i drugi nestručnjaci. (Katić, Švab i sur., 2013) Zbrinjavanje u kući od strane LOM provodi se kroz kućne posjete.

S obzirom na povećanje broja nepokretnih i teško pokretnih pacijenata, te smanjenje funkcionalne sposobnosti dijela populacije zbog sve izraženijeg starenja stanovništva, u budućnosti se očekuje porast potrebe za kućnim posjetama. (Jurković i sur., 2008)

Kućne posjete pružaju jedinstven pogled na životnu okolinu bolesnika kakav se ne može dobiti u ordinaciji ili tijekom boravka u bolnici. Takvim posjetima se njeguje odnos liječnik-pacijent i unaprjeđuje liječnikovo razumijevanje pacijentove okoline. (Unwin, Tatum; 2011) Osim toga, povećala se i zahtjevnost ljudi te im je potreban osobni liječnik, kojeg neće susretati samo u ordinaciji, nego će im on, ako je to potrebno doći i u kuću. Liječenje u kući može se provoditi kao: kućna posjeta kod akutnih stanja, kućno liječenje te pružanje hitne medicinske pomoći u kući. (Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, čl. 22)

Standardni kućni posjet je dogovoren i uglavnom se radi o posjetu akutno bolesnom pacijentu, koji zbog određenih razloga ne može sam doći u ordinaciju. S druge strane, hitni kućni posjet je onaj koji se zbog ozbiljnosti zdravstvenog stanja bolesnika nikada ne smije odgoditi jer svako odgađanje može dovesti do pogoršanja zdravstvenog stanja, trajnog oštećenja zdravlja ili čak smrti. Svi oblici kućnih posjeta počinju pozivom od strane članova obitelji ili samog bolesnika. Tada slijedi odluka liječnika o posjeti, organizacija same posjete te konzultacija sa bolesnikom i na kraju evidentiranje kućnog posjeta. Poseban oblik zbrinjavanja u kući od strane LOM je liječenje u kući, koje po određenim karakteristikama odgovara bolničkom liječenju. Podrazumijeva njegu bolesnika u kući uz stalan medicinski nadzor i ima ograničeno trajanje. Liječenje u kući se provodi opetovanim kućnim posjetima liječnika i drugih suradnika, najčešće patronažne sestre, pri čemu bolesnik ima poznatu kroničnu bolest ili stanje, a ne može sam doći u ordinaciju. Zadnjih godina rasterećenju timova LOM-a od kućnih posjeta uvelike je pridonijela organizacija službe kućne njege. (Katić, Švab i sur., 2013)

Zdravstvenu njegu provodi medicinska sestra/tehničar općeg smjera u privatnoj praksi ili kao radnik ustanove za zdravstvenu njegu u kući. Zdravstvenu njegu osiguranoj osobi propisuje izabrani doktor, što je obvezan prijaviti mjerodavnoj patronažnoj službi. Patronažna služba obvezna je tijekom razdoblja pružanja njege običi osiguranu osobu najmanje jednom u 14 dana, te izvijestiti izabranog doktora o njezinom zdravstvenom stanju, rezultatima dotada provedene zdravstvene njege i potrebi njezinog daljnjeg provođenja, odnosno potrebi obavljanja pregleda od strane izabranog doktora. Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu na osnovi utvrđenih sljedećih stanja: nepokretnosti ili teške pokretnosti, kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje, nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, te u slučaju terminalne faze bolesti. (Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe, čl. 4, 5, 6, 9)

5.3.4. Palijativna skrb

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije palijativna skrb se definira kao pristup poboljšanja kvalitete života bolesnika i obitelji koji se suočavaju sa po život opasnom bolesti, pružajući ublažavanje boli i simptoma, duhovnu i psihosocijalnu podršku od dijagnoze do kraja života. (WHO, 2002) Palijativna njega je interdisciplinarna u svom pristupu i u svom djelovanju obuhvaća pacijenta, njegovu obitelj i zajednicu. U određenom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept skrbi za pacijenta, gdje god on bio zbrinut, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život i gleda na umiranje kao na normalan životni proces, koji niti ubrzava niti odgađa, nego nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života do smrti. (EAPC, 2009)

LOM u ovom obliku skrbi sudjeluje kao vođa tima na primarnoj razini, zajedno sa medicinskom i patronažnom sestrom. Ako je potrebno dodatno se uključuju i drugi stručnjaci kao što je socijalni radnik, psiholog, fizioterapeut, radni terapeut, svećenik i drugi. Najčešće su korisnici ovog oblika skrbi pacijenti sa zloćudnom bolešću. Vijest o bolesti pacijent uobičajeno prima u bolnici, a zatim je zadatak LOM-a da ga informira detaljnije o njegovoj bolesti, utvrdi bolesnikove potrebe te pretpostavi očekivani tijek bolesti i moguće komplikacije. (Katić, Švab i sur., 2013) Iako su najčešći korisnici palijativne njege bolesnici sa nekim oblikom karcinoma, bolesnici sa progresivnim kroničnim bolestima, također često trebaju ovakvu skrb. Ponekad je vrlo teško definirati trenutak u kojem se bolesnika sa npr. kroničnom opstruktivnom bolesti pluća ili kongestivnim zatajenjem srca treba uključiti u ovakav oblik skrbi. Za LOM-a je planiranje palijativne skrbi izazov s obzirom da su bolesnici sa uznapredovalom kroničnom bolesti često u domeni skrbi specijalista. Međutim, nekoliko studija je potvrdilo da se uključivanjem LOM u tim, palijativna skrb poboljšava na različite načine; za pacijenta, neformalnog njegovatelja, pa i za liječnika. (Thoosen et al., 2011) Kada je pacijent još uvijek pokretan liječenje se provodi u ordinaciji, pri čemu ga već tada prati osoba koja će s napredovanjem bolesti biti njegov glavni skrbnik u kući, te ju je stoga potrebno što ranije uključiti u zbrinjavanje. Ukoliko bolesnik postane nepokretan osnovna palijativna skrb se može provoditi u bolnici, domu zdravlja, u domu bolesnika, centrima za rehabilitaciju, hospiciju i drugim ustanovama. U domu bolesnika osnovnu skrb provodi LOM. Stručnu pomoć i podršku LOM dobiva od članova tima za palijativnu skrb, organiziranog pri domu zdravlja. Tim se formira ovisno o potrebama pojedinog bolesnika i njegovih bližnjih, a sastoji se od stručnjaka različitih disciplina sa specifičnim znanjima i vještinama. Važnu ulogu ima patronažna sestra koja povremeno posjećuje bolesnika, educira članove obitelji te nadzire provođenje zdravstvene njege u kući ukoliko je ona propisana od strane LOM-a. (Katić, Švab i sur., 2013)

5.4. Uloga LOM-a u promicanju zdravlja i prevenciji bolesti

Promicanje zdravlja, prevencija bolesti i zbrinjavanje kroničnih bolesti su danas prioriteta u većini zdravstvenih sustava u svijetu. Promicanje zdravlja podrazumijeva poticanje ljudi na izbor zdravog načina života. Primjeri promicanja zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uključuju edukaciju i savjetovanje putem programa koji potiču na fizičku aktivnost, poboljšanje prehrane, smanjenje uporabe cigareta, alkohola i droga.

Prevencija bolesti je pak fokusirana na preventivne strategije koje smanjuju rizik od bolesti, identificiraju faktore rizika, odnosno teže otkrivanju bolesti u ranim fazama. (Family Health Teams, 2006)

Poseban način organizacije rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji osigurava preventivni rad je dispanzerska metoda rada. Od LOM-a zahtjeva aktivno traženje rizičnih čimbenika i simptoma prisutnih u prividno zdravih osoba, multidisciplinarni odnosno timski način rada, grupni rad sa pacijentima te sustavnu programiranu skrb za kronične bolesnike. (Katić, Švab i sur., 2013) S obzirom na svoj položaj u zdravstvenom sustavu, trajni kontakt sa populacijom koja ga je izabrala te utjecaj na lokalnu zajednicu u kojoj djeluje, LOM ima važnu ulogu u prevenciji. Upravo integracija preventivnih aktivnosti u svakodnevni rad liječnika, odnosno u svaku konzultaciju s pacijentom, ima najvažniju ulogu u postizanju dobrih rezultata. (Katić i sur., 2010) Obiteljska medicina je prije svega usmjerena na primarnu i sekundarnu prevenciju, ali također ima važnu ulogu i u tercijarnoj prevenciji, koju provodi kontinuiranim pristupom i dugotrajnim vođenjem bolesnika. Primarna prevencija podrazumijeva uklanjanje ili smanjivanje utjecaja štetnih čimbenika na zdravlje. Namijenjena je zdravoj populaciji, a cilj je postići što veći stupanj zainteresiranosti i odgovornosti pojedinca za vlastito zdravlje. Osim liječnika, ovdje veliku ulogu ima i ostatak tima LOM-a. Medicinska sestra u ordinaciji treba provoditi zdravstveno-odgojne mjere i intervencije pri svakom kontaktu s bolesnikom, a patronažna sestra s obzirom na to da provodi puno vremena u zajednici, također ima veliku odgovornost kao zdravstvena odgajateljica. (Katić, Švab i sur., 2013)

Glavni cilj sekundarne prevencije je otkrivanje presimptomatske bolesti. (Reynolds, 1983) Ministarstvo zdravlja je Planom i programom mjera zdravstvene zaštite obuhvatilo niz aktivnosti kao što su: promicanje zdravlja, provođenje zdravstvenog odgoja i prosvjećivanje stanovništva, skrb o osobama s povećanim rizikom po zdravlje, prevencija kroničnih nezaraznih bolesti, prevencija ozljeda, skrb o osobama starijim od 65 godina, prevencija i liječenje zaraznih bolesti te planiranje obitelji. Liječnici koji u svojoj skrbi imaju i djecu predškolske dobi provode također i Program mjera zdravstvene zaštite za dojenčad i malu djecu koji obuhvaća praćenje rasta i razvoja djeteta, rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja, program obveznog cijepljenja te liječenje akutno i kronično bolesnog djeteta. (Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, čl. 1)

U preventivne mjere ubrajaju se i cijepljenje i kemoprofilaksa. Preventivni programi na nacionalnoj razini su: Nacionalni program primarne prevencije bolesti srca i krvnih žila, Nacionalni program za otkrivanje raka dojke – MAMMA, Nacionalni program prevencije za rano otkrivanje raka vrata maternice te Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva. (Katić, Švab i sur., 2013)

Tercijarna prevencija podrazumijeva liječenje već dijagnosticirane bolesti kako bi se izbjegli ili ograničili invaliditet i hendikep (Reynolds, 1983), a oboljelom očuvala sposobnost za samostalan život i funkcioniranje u zajednici. Cilj tercijarne prevencije je uspostaviti stanje kakvo je bilo prije početka kronične bolesti ili barem što bliže prvotnom stanju.

Četvrta vrsta prevencije, o kojoj se ponekad malo govori, je kvartarna prevencija. Za ovaj oblik prevencije karakteristično je prepoznavanje ugroženosti zdravlja pacijenta agresivnim dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Zadatak svakog liječnika je prvenstveno ne štetiti pacijentu („primum nil nocere“) te provoditi samo stručno i etički prihvatljive postupke. (Katić, Švab i sur., 2013)

6. ZAHVALE

Zahvaljujem se mentorici prof.dr.sc. Biserki Bergman-Marković na pomoći, suradnji i strpljenju prilikom pisanja ovog diplomskog rada.

Najveće hvala mojim roditeljima i dečku Josipu na razumijevanju i potpori tijekom studiranja.

7. LITERATURA

AHRQ (2005) Chapter 2. Training Teams: Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

Bellack JP, O'Neil EH (2000) Recreating nursing practice for a new century.

Recommendations and implications of the Pew Health Professions Commission's final report. *Nurs Health Care Perspect* 21(1):14-21.

Crosson JC, Stroebel C, Scott JG, Stello B, Crabtree BF (2005) Implementing an electronic medical record in a family medicine practice: communication, decision making, and conflict. *Ann Fam Med* 3(4):307–311.

Čizmić J (2009) Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji. *Zb. Prav. Fak. Sveuč. u Rijeci* 30(1):91-134.

Dichter JR (2003) Teamwork and Hospital Medicine: A Vision for Future. *Crit Care Nurse* 23: 8-11.

Elston S, Holloway I (2001) The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres. *J Interprof Care* 15(1):19-27.

Family Health Teams (2006) Guide to Health Promotion and Disease Prevention. Ontario. URL: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/docs/fht_health_promotion2.pdf

Forrest CB (2003) Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 326:692.1.

Gulliford M, Naithani S, Morgan M (2006) What is 'continuity of care'? *J Health Serv Res Policy* 11(4):248-50.

Harmer B, Henderson V (1955) Textbook of the principles and practice of nursing. New York: Macmillan Co.

Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, Johnson P (1995) Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. *Acad Med* 70(5):370–380.

Howie JGR, Heaney D, Maxwell M (2004) Quality, and core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. *Family Practice* 21: 458–468.

Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler JK, Stoffers HEJH, Topsever P, Ungan M, Van Royen P (2009) Research

agenda for general practice / family medicine and primary health care in Europe. Maastricht: European General Practice Research Network EGPRN.

HZJZ (2014) Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

HZZO (2013) Vodič kroz ponudu novog modela prihodovanja PZZ OM.

URL: http://www.cezih.hr/dokumenti/HZZO_Vodic_kroz_ponudu_NM_za_OM_vf.pdf

HZZO (2013) Vodič za novi model upućivanja. URL: http://www.hzzo-net.hr/dload/novosti/Vodic_kroz_novi_model_upucivanja_02082013.pdf

Jurković D (2011) Informatizacija primarne zdravstvene zaštite – ordinacija bez papira. Varaždin: Ministarstvo zdravlja.

Jurković LJ, Lazić Đ, Dodig Ž, Madunić-Majnarić I, Đanić N, Kralj D, Barišić-Marčec Z (2008) The role, characteristics and justification of home visits in the work of family medicine doctors who practice in rural Croatia. *Med Jad* 99-106.

Katić M, Jureša V, Bergman-Marković B, Jurković D, Predavec S, Hrastinski M, Balen M, Petric M, Mazzi B, Tiljak H, Gmajnić R, Diminić-Lisica I., Šimunović R, Jovanović A, Vuković H, Prljević G, Stevanović R (2010) Proaktivni pristup preventivnom radu u obiteljskoj medicini. *Acta Med Croatica* 64: 443-452.

Katić M, Rumboldt M, Materljan E, Gmajnić R (2009) Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. *Medix* 15: 51-56.

Katić M, Švab I, i sur (2013) *Obiteljska medicina : sveučilišni udžbenik*. Zagreb: Alfa.

Kern J, Polašek O (2007) Information and Communication Technology in Family Practice in Croatia. *EJBI* 1:7-14.

Kuziemsky CE, Borycki EM, Purkis ME, Black F, Boyle M, Cloutier-Fisher D, Fox LA, MacKenzie P, Syme A, Tschanz C, Wainwright W, Won H (2009) An interdisciplinary team communication framework and its application to healthcare 'e-teams' systems design. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 9:43.

Leeuwenhorst (1974) *The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice*, Netherlands.

Leonard M, Graham S, Bonacum D (2004) The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care. *Quality and Safety in Health Care* 13:i85–90.

Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SJS, Watt GCM (2012) Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract* 13: 6.

Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A (2013) Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health* 11: 19.

Oandasan IF, Hammond M, Conn LG, Callahan S, Gallinaro A, Moaveni A (2010) Family practice registered nurses. *Can Fam Physician* 56(10): e375–e382.

Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P (2000) General practice—time for a new definition. *BMJ* 320(7231): 354–357.

Ožvačić Adžić Z, Katić M, Kern J, Lazić Đ, Cerovečki Nekić V, Soldo D (2008) Patient, Physician, and Practice Characteristics Related to Patient Enablement in General Practice in Croatia: Cross-sectional Survey Study. *Croat Med J* 49(6): 813–823.

Palacios-Derflingher L, O'Beirne M, Sterling PD, Zwicker K, Harding BK, Casebeer A (2010) Dimensions of Patient Safety Culture in Family Practice. *Healthcare Quarterly* 121-127.

Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 126/06 i 156/08)

Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 49/14.)

Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe. („Narodne novine“ broj 88/10., 1/11., 16/11., 87/11., 38/13., 49/13. i 93/13)

Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. („Narodne novine“ broj 61/11. i 128/12)

Radbruch L, Payne S (2009) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care* 16:278-89.

Reynolds JL (1983) Prevention in Family Practice. *Can Fam Physician* 29: 2331–2334.

Salmon P, Rappaport A, Bainbridge M, Hayes G, Williams J (1996) Taking the problem oriented medical record forward. *Proc AMIA Annu Fall Symp* 463–467.

Stewart M (2001) Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 322:444.

Thoosen B, Groot M, Engles Y, Prins J, Verhagen S, Galesloot C, van Weel C, Vissers K (2011) Early identification and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomised controlled trial. BMC Family Practice 12:123.

Unwin BK, Tatum PE 3rd (2011) House calls. Am Fam Physician 83(8):925-38.

Weaver SJ, Sydney M Dy, Rosen MA (2014) Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs-2013-001848.

Westerman RF, Hull FH, Bezemer PD, Gort G (1990) A study of communication between general practitioners and specialists. Br J Gen Pract 40(340):445–449.

WHO (2000) The World Health Report, 2000 – Health systems: improving performance, Geneva.

WONCA Europe (2005) The European definition of general practice/family medicine. URL: [http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACT short%20version.pdf](http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACT%20short%20version.pdf)

WONCA Europe (2011) The European definition of general practice/family medicine. URL: http://www.unige.ch/medecine/umpr/Enseignement/stage3ememaster/Definition_wonca_tree.pdf

Zakon o liječništvu („Narodne novine“ broj 121/03. i 117/08.)

Zakon o plaćama u javnim službama („Narodne novine“ broj 27/01. i 39/09.)

Zakon o sestrinstvu („Narodne novine“ broj 121/03., 117/08. i 57/11.)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ broj 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 154/11., 12/12., 35/12., 70/2012., 144/12., 82/13., 159/13. i 22/14.)

8. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 30. siječnja 1989. godine u Virovitici. Od 1995. do 2003. godine pohađala sam osnovnu školu u Kloštru Podravskom. 2003. godine nastavila sam školovanje u Gimnaziji „Petra Preradovića“ u Virovitici gdje sam maturirala 2007. godine. U srednjoj školi sam sudjelovala na natjecanjima na županijskoj razini iz hrvatskog jezika i biologije. U 2007. godini upisala sam Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Ove godine sam sudjelovala u dvodnevnoj edukaciji iz Prve pomoći u organizaciji Studentske ekipe prve pomoći. Aktivno se služim engleskim jezikom i poznajem rad na računalu.