

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Marija Vrca Botica

**DIJABETIČAR KAO UČESTALI POSJETILAC
ORDINACIJE OBITELJSKE MEDICINE**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Zagreb, 2003.

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Marija Vrea Botica

**DIJABETIČAR KAO UČESTALI
POSJETILAC
ORDINACIJE OBITELJSKE MEDICINE**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentor: Prof. dr. sci. Luka Kovačić

Zagreb, 2003.

*Rad je izrađen u ordinaciji obiteljske medicine
u Domu zdravlja u Samoboru.*

SADRŽAJ

1. UVOD	3
1.1. Posjeti kod liječnika obiteljske medicine	3
1.2. Učestali posjetilac u obiteljskoj medicini	5
1.2.1. <i>Razlozi za učestale posjete od strane pacijenta.</i>	7
1.2.2. <i>Pacijent učestali posjetilac je "oštećen" u zdravstvenoj zaštiti</i>	10
1.2.3. <i>Značenje učestalog posjetioca za obiteljskog liječnika</i>	11
1.2.4. <i>Značenje učestalog posjetioca za zdravstveni sustav</i>	12
1.3. Dijabetes melitus u obiteljskoj medicini	13
1.4. Specifični problemi vezani za zbrinjavanje dijabetesa kao kronične bolesti u obiteljskoj medicini	18
1.5. Deklaracija iz St. Vincenta u primarnoj zaštiti dijabetičkih bolesnika	24
1.6. Problemi zbrinjavanja dijabetesa na razini obiteljske medicine u Hrvatskoj	26
2. SVRHA RADA, CILJEVI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE	28
2.1. Svrha rada	28
2.2. Ciljevi	28
2.3. Hipoteze	29
3. UZORAK I METODE	30
3.1. A. Istraživanje standarda dolazaka bolesnika u ordinaciju. Definicija posjete	30
3.2. B. Istraživanje čimbenika koji utječu na učestale posjete i na kvalitetu zaštite dijabetičkih bolesnika	32
3.3. C. Istraživanje subjektivnih čimbenika dijabetičara učestalih posjetilaca. Metoda fokus grupe	35
3.4. Analiza podataka	37
4. REZULTATI	38
4.1. Posjeti u općoj populaciji	38
4.2. Analiza posjeta dijabetičara	47
4.3. Analiza pokazatelja zaštite dijabetičara	52

4.4. Kvalitativna analiza percepcije uloge obiteljskog liječnika u liječenju dijabetesa, percepcija dolazaka, procjena kvalitete života dijabetičara. Fokus grupe.	83
5. RASPRAVA	92
5.1. Broj dolazaka, standard u općoj populaciji	92
5.2. Broj dolazaka dijabetičkih bolesnika	97
5.3. Klinički pokazatelji dijabetičara, liječenje i praćenje bolesti	99
5.4. Kvalitativna analiza metodom fokus grupa	111
5.5. Značenje rezultata istraživanja za zdravstveni sustav, obiteljskog liječnika i dijabetičkog bolesnika	119
5.6. Rasprava o izabranom uzorku i metodologiji rada	121
6. ZAKLJUČCI	127
7. LITERATURA	131
8. SAŽETAK	147
SUMMARY	149

1. UVOD

1.1. POSJETI KOD LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

Pristup pacijenta u ordinaciju liječnika obiteljske medicine* kod nas i u većini europskih zemalja je slobodan za opredjeljene pacijente (1-3). Plaćanje liječnika je regulirano preko državnog zdravstvenog osiguranja kao jedinstveni godišnji iznos "glavarina" za "paket" usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Obiteljski liječnik pruža sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu, ima ulogu "vratara" u zdravstveni sustav. Okosnica aktivnosti obiteljskog liječnika je posjet ili konzultacija u ordinaciji ili kući pacijenta (2).

Kako u literaturi nema standardne definicije **posjeta ili konzultacije** i kvantitativnog određivanja posjeta, u ovom se istraživanju upotrebljava definicija iz *Morbidity statistics from general practice. Fourth national study 1991-1992. HMSO London 1995.* (4). U toj studiji posjet se definira kao izravni susret ("face to face") liječnika obiteljske medicine i pacijenta u ordinaciji ili kući pacijenta.

Posjeti kod obiteljskog liječnika u stručnoj literaturi se izučavaju s različitih aspekata kao što su: dostupnost, broj konzultacija u ordinaciji, broj konzultacija po pacijentu, distribucija konzultacija po dobnim skupinama i zdravstvenim problemima, dužina trajanja, broj novih epizoda zaštite (novih problema u odnosu na zadnju konzultaciju), najčešći zastupljeni problemi, primjena tehničkih pomagala, preventivni postupci. S

* U radu će se koristiti izraz *obiteljski liječnik*. Pod pojmom obiteljski liječnik misli se na liječnika koji obavlja poslove u djelokrugu liječnika obiteljske medicine u Hrvatskoj, bez obzira na njegovu edukaciju, sadržaj rada i mogućnosti rada. Kompleksnost učešća specijalista i nespecijalista obiteljske medicine i naziva u Europi i Hrvatskoj je stalni problem (1-3). Relevantno za ovu temu, ali i moj osobni izbor i stav je obiteljski liječnik.

druge strane, izučava se zadovoljstvo pacijenta i liječnika s konzultacijom, propisivanje lijekova, slanje specijalistima (2,5-13).

Broj konzultacija u ordinaciji obiteljskog liječnika kod nas i u svijetu bilježi promjene u zadnja dva desetljeća (14-17). Na promjene utječu: demografske promjene populacije (sve više je starijih osoba), broj obiteljskih liječnika, broj liječnika primarnog kontakta drugih specijalnosti, edukacija liječnika, nacionalni zdravstveni propisi i programi, ekonomski, zdravstveni i socijalni razvoj.

U većini zemalja se uočava povećanje broja opredijeljenih pacijenata koji su tijekom godine barem jednom posjetili obiteljskog liječnika (godišnji obuhvat pacijenata) (10). U europskim zemljama obiteljski liječnik u dvije godine vidi 85 % svojih pacijenata (9-11).

U Hrvatskoj je obuhvat pacijenata koji su koristili primarnu zaštitu u tijeku godine povećan od 1995. do 1999. godine za 10 % (od 65% na 75%). U godini 1999., u odnosu na 1995., povećan je broj posjeta u primarnoj zaštiti za 12 %, a samo u općoj medicini za 25 %. U navedenom razdoblju za 16 % povećan je broj liječnika u općoj medicini. U istom razdoblju za 13 % smanjen je broj sistematskih pregleda i ostalih preventivnih pregleda u općoj medicini (18-20).

Prema istraživanjima što ga je proveo National Center for Health Statistics - SAD, (razdoblje 1978. - 1994. god.), smanjen je broj pacijenata (poglavito starijih), kod obiteljskih liječnika, što je objašnjeno povećanim brojem općih pedijatara i općih internista u primarnoj zaštiti. U istom istraživanju uočen je porast broja konzultacija u godini dana po pacijentu kod obiteljskog liječnika u odraslim i starijim dobnim skupinama od 4,7 na 6,1. Produženo je vrijeme konzultacije s 15,3 minute na 18,1 minutu. Produženje trajanja konzultacije objašnjeno je povećanim brojem posjeta

starijih pacijenata, proširenim opsegom dijagnostičkih postupaka kod kroničnih bolesti, povećanom "medikalizacijom" kroničnih bolesnika i kompliciranije evidencije postupaka u ordinaciji. U istoj studiji je nađeno više preventivnih aktivnosti po konzultaciji: mjerenje tlaka, mjerenje tjelesne težine, preporuke za zdravu prehranu, tjelesnu aktivnost, prevenciju malignih bolesti. Međutim, nisu nađene velike promjene u broju i redosljedu prvih pet najzastupljenijih kliničkih problema (16,17).

U istraživanjima engleskih autora dužina trajanja konzultacije iznosi 8 minuta po pacijentu. Konzultacija je produžena kad pacijenti imaju više psihosocijalnih problema i više kroničnih bolesti sa socijalnim problemima. Trajanje konzultacije je skraćeno kad liječnik dobro poznaje pacijenta i kad se radi o kontinuitetu zaštite kronične bolesti (9,11).

Malo je studija o optimalnom standardu broja konzultacija za provođenje kontinuiteta zaštite u obiteljskoj medicini u određenom vremenskom razdoblju.

1.2. UČESTALI POSJETILAC U OBITELJSKOJ MEDICINI

Pojava učestalog korištenja zdravstvene zaštite je višedimenzionalan problem i razmatra se s različitih stajališta: sa stajališta primarne zaštite, specijalističko konzilijarne i bolničke zaštite, sa stajališta pacijenta, sa stajališta zdravstvenog osiguranja.

Kako obiteljski liječnik ima ulogu "vratara" u zdravstveni sustav, pojava učestalog posjetioca u ordinaciji obiteljskog liječnika ima višestruko značenje.

U ordinaciju, u prvome redu, pacijent dolazi često zbog objektivnih zdravstvenih potreba određenih bolesti ili zbog pojedinih epizoda zaštite (8,12-14,21). S druge strane, pacijenti često dolaze nepotrebno i time opterećuju tim primarne zaštite, i "s njima nešto treba napraviti". U istraživanjima niza autora prepoznato je da učestali

posjetilac pripada drugoj grupi pacijenata. Radi se o pacijentima s posebnim kliničkim, psihološkim i još nedovoljno istraženim potrebama, koji od liječnika zahtijevaju drugačiji pristup od onog za opću populaciju (22).

Znanstvenici obiteljske medicine Kanade, skandinavskih zemalja, Velike Britanije, Australije i Slovenije učinili su najviše u rasvjetljavanju pojave učestalih posjetilaca.

Studije o učestalom posjetiocu u obiteljskoj medicini, u različitim zemljama, slažu se u jednom: manjina populacije koristi većinu kapaciteta rada obiteljskog liječnika i učini većinu troškova zdravstvene zaštite (17-20).

Osnovna odrednica za definiranje učestalog posjetioca u ordinaciji obiteljskog liječnika, u svim studijama, je broj posjeta (18-26).

Ovisno o ciljevima istraživanja učestali posjetilac se izučava u odnosu prema ukupnoj populaciji ili se uzima stratificirani uzorak (po dobi, spolu, socijalnim, psihičkim osobinama).

Učestali posjetilac, prema različitim autorima, je pacijent koji ostvari 8, 11, 12 i više posjeta u tijeku jedne godine (23-27), pacijenti koji u određenom vremenskom razdoblju ostvare broj posjeta iznad gornje tercile, kvartile ili gornjih 10 % posjeta (28,32). Švab u Sloveniji primjenjuje Westheadovu metodu, standardizira broj posjeta u odnosu na dob i spol, a učestali posjetioci su oni koji ostvare broj posjeta iznad gornje kvartile u uzorku (29-31).

U istraživanjima se najčešće promatra broj posjeta u razdoblju od jedne godine. Međutim, i u kraćim vremenskim razdobljima nađena je različita dinamika posjeta učestalih posjetilaca. Bolesnici koriste zaštitu učestalo samo nekoliko mjeseci. Radi se o prolaznim "eruptivnim" učestalim posjetiocima sa socijalno-obiteljskim problemima, ili pacijentima s akutnim bolestima koji za jednu akutnu bolest dođu više od šest puta (32-35).

Ward nalazi da su pacijenti koji su "dugoročni" učestali posjetioci najčešće kronični bolesnici. 25 % do 50% učestalih posjetilaca koji iz jedne godine nastave dinamiku posjeta i u drugoj godini boluju od kroničnih bolesti (32).

1.2.1. Razlozi za učestale posjete od strane pacijenta

Prema istraživanjima Westheada, Neala, Karlssona, Scaife (26,28,29,33) učestali posjetioci su najčešće samci ili rastavljeni, samohrane majke s malom djecom, osobe koje potječu iz obitelji narušenih odnosa, "neuspješnih obitelji". Češće su niže stručne spreme, nižeg materijalnog statusa, nezaposleni ili privremeno zaposleni. Dolaze iz rubnih područja većih gradova, češće su imigranti ili pripadaju manjim etničkim skupinama (34,35-38). Dowrick u svojim istraživanjima prepoznaje obiteljsko ponašanje i neke stavove obitelji prema bolesti koji generiraju učestale posjetioce iz generacije u generaciju (36).

Više učestalih posjetilaca nalazi se među ženama, i to srednje i starije životne dobi. Nađeno je da žene čine dvije trećine učestalih posjetilaca (25).

Računa se da socijalne i epidemiološke varijable mogu objasniti do 20 % razloga za učestale posjete.

Analiza prema bolestima pokazuje da su na prvom mjestu zastupljene neprepoznate duševne bolesti (kod žena depresije, alkoholizam kod muškaraca) (14,29-30). No, ispravno dijagnosticirane i liječene duševne bolesti ne zauzimaju prvo mjesto. Zatim slijede kardiovaskularne, mišićno-koštane, urogenitalne (pogotovo kod žena), endokrine bolesti (14,27,31,39). Prema literaturi ozbiljnost bolesti nije čimbenik čestih posjeta, nego združenost bolesti s psihosocijalnim elementima, propisivanjem lijekova i administrativnim potrebama oko bolesti (11).

Nije potpuno jasno je li kronični bolesnik učestali posjetilac zbog kliničkog problema (kontinuirane skrbi za svoju bolest) ili nekog drugog dobno-spolnog, socijalnog problema ili odnosa između njih. Također je nepoznanica mora li kroničar često doći obiteljskom liječniku da dobije potrebni, zagarantirani, standard zdravstvene zaštite za svoju bolest.

Neal postavlja pitanje: zašto neki pacijenti s istom kliničkom slikom (misli se na kroničnu bolest) često posjećuju liječnike, čak do nepotrebnih devijantnih dolazaka, a drugi ne? Zašto baš ti pacijenti često dolaze (39)?

Malo je istraživanja koja govore o tom problemu, među kroničnim bolesnicima, koji bi dali uvjerljiv odgovor na ovo pitanje. Pored toga što je malo istraživanja o kroničnim bolesnicima kao učestalim posjetiocima, Westhead iznosi i kritički osvrt na neadekvatno izabranu metodologiju u dotadašnjim istraživanjima posjeta kroničnih bolesnika. Bolesnik kroničar učestali posjetilac određivan je prema godišnjem broju posjeta određenom prema ukupnoj populaciji. Prema njegovu mišljenju broj posjeta kroničara treba promatrati prema dobi i spolu i objektivnim potrebama zdravstvene zaštite za dobno spolne skupine. Tek se tako postavljenim problemom mogu rasvijetliti i grupirati odgovori na nepoznanice o učestalim posjetiocima - kroničnim bolesnicima (29). Drugo, iz literaturnih prikaza malo je studija koje prate i izučavaju jednu bolest (osim psihosocijalnih) i njen utjecaj na učestale posjete. Razlog tome može biti što se u dobi javljanja kroničnih bolesti kod jednog pacijenta, bolesti javljaju zajedno u multimorbiditetu. Na razini obiteljske medicine nema dovoljno istraživanja koja bi dala jasnu kliničku procjenu multimorbiditeta i komorbiditeta a koji bi se mogli upotrijebiti u svrhu znanstvenih istraživanja.

Pored epidemioloških i morbiditetnih osobina, proučavane su osobine ličnosti pacijenta učestalog posjetioca. Gannik nalazi da su to pacijenti s neurotskim karakternim osobinama (37). Razloge za odlazak liječniku istraživanja nalaze u razlikama i načinima

percepcije i interpretacije simptoma, elementima anksioznosti i depresije ličnosti (36,39,40).

Kokko razvija deskriptivne kategorije ponašanja pacijenata i određuje kategorije učestalih posjetilaca, koji posjete liječnika više nego drugi, a spadaju u neke od kategorija: "sakupljač informacija", "teški pacijenti", "potrebiti potpore"(41).

U novije vrijeme u medicinsko-sociološkim istraživanjima spominju se zdravstveni modeli pristupa pacijentu, koji dovode do većeg "pritiska" pacijenata u obiteljskoj medicini. Manje je posjeta (ne rabi se izraz "učestali posjetilac") u paternalističkim modelima pristupa, nego u "share care" i "pacijentu centrirane" primarne zaštite. Pacijenti skloniji tim posljednjim modelima primarne zdravstvene zaštite traže više komunikacija s liječnikom, više edukacije o bolesti, manje propisivanja lijekova, više preventivnih pregleda, više savjeta o zdravom načinu života i promociji zdravlja. Traže više informacija o planiranim postupcima i veću ovlast u donošenju odluka. Traže pozitivne stavove o liječenju od strane liječnika. Manje su skloni provoditi preporučene mjere zaštite i, u odnosu na dosadašnja istraživanja, nalaze se u mlađim dobnim skupinama (42-45).

Kulturalno i društveno poimanje bolesti također utječe na odluku da se često potraži liječnik. Socijalno-laička konstrukcija zdravlja i bolesti utječe na češće posjete liječniku (37).

Socijalni i državni utjecaj preko propisa, načina plaćanja liječnika primarne zaštite, novčanih standarda osiguravajućih društava, može također utjecati na broj posjeta i tako povećati udio učestalih posjetilaca (46).

1.2.2. Pacijent učestali posjetilac je "oštećen" u zdravstvenoj zaštiti

U literaturi se razabire nekoliko važnih nalaza koji se ponavljaju u većini istraživanja, a vezano za "sudbinu" pacijenta kao korisnika zdravstvene zaštite.

Ako pacijent često dolazi liječniku, onda on iznudi bolji standard zdravstvene zaštite za svoju bolest, odnosno rezultati liječenja su bolji. Međutim, Neal daje odgovor na takvo razmišljanje. Pacijent učestali posjetilac nije samo svojom odlukom učestali posjetilac nego on postaje učestalim posjetiocem zbrajanjem i ispreplitanjem niza već iznesenih čimbenika koji u konačnici prerastaju njegovu vlastitu odluku da posjeti liječnika. Većina čimbenika nisu se pokazali kao prediktor bolje kvalitete zaštite (39).

Kad pacijent postane učestali posjetilac onda on dobiva zdravstvenu zaštitu po "principu" učestalog posjetioca. A za pacijenta to znači:

- povećava se broj površnih konzultacija na račun detaljnih i kompletnih (sveobuhvatnih)
- pacijent učestali posjetilac u konzultaciji obiteljskog liječnika ne dobije dijagnozu niti terapijski tretman, nego susret ostane na "posjeti"
- relativno je manje preventivnih postupaka
- liječnik s učestalim posjetiocem najviše vremena provede na administrativne postupke
- pacijente učestale posjetioce liječnici više šalju na konzultacije i dodatne pretrage iako nisu neophodne (31,32,40). Pacijent zdravstvenu zaštitu ostvaruje na dvije razine: obiteljski liječnik kao administrator, a specijalisti kao liječnici
- povećan broj konzultanata stvara rizik od diskontinuiteta liječenja, fokusiranja zaštite po organima i veće potrošnje lijekova (40). Time opterećuju zdravstveni sustav, a financijski zdravstvena osiguranja
- pacijent za zdravstvenu zaštitu utroši više vremena.

Jiwa dolazi do zaključka, učestali posjetilac u ordinaciji ne treba dodatne dijagnostičke i terapijske postupke od strane obiteljskog liječnika (koji bi još više povećali broj posjeta i napravili veće opterećenje cijelom zdravstvenom sustavu) nego vještinu određivanja strategije za proces konzultacije i rješenja za što manje konzultacija (47).

1.2.3. Značenje učestalog posjetioca za obiteljskog liječnika

Učestali posjetilac znatno vremenski opterećuje tim liječnika obiteljske medicine. Istovremeno predstavlja profesionalni stres za liječnika (23,24,31).

Iskustva engleskih obiteljskih liječnika pokazuju da manje učestalih posjetilaca imaju liječnici s više poslijediplomske edukacije, oni koji duže rade s istom populacijom te oni koji su vješitiji u komunikaciji s pacijentima. Razlike među praksama proizlaze i iz individualnog stila rada liječnika, karaktera i osobnosti liječnika (39). Liječnici koji su "dobri slušači", koji više vremena provode s pacijentom u ordinaciji i izvan ordinacije, koji "ispunjavaju želje pacijenata", koji pokazuju specijalan interes za probleme pacijenta imaju više učestalih posjetilaca. Liječnici koji se ne žele "zamjeriti" pacijentu, s nastupom "stjuardese", imaju više učestalih pacijenata. Liječnici koji imaju više posjeta u ordinaciji imaju više učestalih posjetilaca. Razlike među praksama pokazuju da stil rada liječnika može utjecati na 30 % konzultacija u ukupnoj populaciji (9,11). Problem ide tako daleko da se nameće potreba cehovskog kodeksa, u partnerstvu liječnik-pacijent, u području konzultacija liječnika obiteljske medicine.

Međutim sve prakse bilježe "pojavu" učestalih posjetilaca, razlikuju su jedino po njihovoj zastupljenosti u praksama. Neal u svojim istraživanjima nalazi: u svakoj praksi ima od 3 % do 6 % učestalih posjetilaca, a 1 % do 3 % učestalih posjetilaca učini 6 % do 20 % ukupnih posjeta. Jednu od 6 ili 7 posjeta obiteljskom liječniku učini učestali

posjetilac. 50% učestalih posjetilaca učini 90% posjeta. S druge strane, 50% neučestalih posjetilaca učini 10% posjeta (23,26). I drugi autori nalaze, 20 % do 30 % posjeta obiteljskom liječniku učine učestali posjetioci. Smanjenje samo za jedan posjet godišnje po učestalom posjetiocu smanjilo bi ukupno opterećenje prakse za 1- 3 % (24-31).

1.2.4.Značenje učestalog posjetioca za zdravstveni sustav

Takvi pacijenti (nepotrebno) koriste više specijalističkih konzilijarnih pregleda, imaju više dijagnostičkih postupaka, troše više lijekova (31,32,40). Vedsted nalazi da učestali posjetilac nastavlja značajno češće posjete izvan rada ordinacije i češće posjećuje hitnu medicinsku pomoć (48-50). Oslobađanjem od nepotrebnih posjeta liječnik bi dobio više vremena za pacijente kojima je to objektivno potrebno.

Ako učestali posjetilac ostvari nepotrebno više konzultacija, dobije više lijekova, dijagnostičkih i terapijskih postupaka, onda je problem potrebno istražiti.

1.3. DIJABETES MELITUS U OBITELJSKOJ MEDICINI

Dijabetes je kronična, nezarazna, vrlo ozbiljna, multisistemna, progresivna, doživotna bolest. Biokemijski, radi se o povećanoj razini glikemije koja odstupa od fiziološke razine. Stanje se tretira kao toksično stanje organizma.

American Diabetes Association (ADA) 1997. revidira definiciju dijabetesa (prihvaćenu 1979.) i donosi nove preporuke i smjernice za dijagnostiku i klasifikaciju dijabetesa (51,52).

Prihvaćeni kriteriji za dijagnozu i liječenje dijabetesa prema ADA, Europskom konsenzusu i SVPG su:

1. Prisustvo simptoma dijabetesa (poliurija, polidipsija i neobjašnjeni gubitak težine) uz GUK određen nasumice $>$ od 11,1 mmol/L (u dvije izmjerene vrijednosti).
2. GUK na tašte $>$ 7,0 mmol/L, nakon 8 sati neunošenja kalorija u organizam (dvije izmjerene vrijednosti).
3. GUK 2 sata nakon i za vrijeme OGTT $>$ 11,1 mmol/L. Prema standardima Svjetske Zdravstvene Organizacije (SZO), opterećenje sa 75 gr glukoze otopljeno u 2 dcl vode.

Dijabetes karakteriziran s apsolutnim nedostatkom inzulina, najčešće nastane akutno prije 25. godine, naziva se tip 1 (prvotno: tip I, IDDM ili juvenilni dijabetes). Dijabetes tip 2 (prvotno: NIDDM, tip II, adultni dijabetes) karakterizira inzulinska rezistencija na perifernim stanicama ili manjak u lučenju inzulina u beta stanicama. Tip 1 bolesti najčešće je autoimuna bolest, a tip 2 multifaktorijelnog uzroka nastanka, često genetski

obilježen, ali i strogo ovisi o načinu života (51-56). U općoj populaciji zastupljenost bolesti je od 2,5 % do 5%, ovisno o etničkim skupinama.

Dijabetes tipa 2 danas uglavnom zbrinjava obiteljski liječnik, a dijabetes tipa 1 dijabetolog i obiteljski liječnik (57,58).

U ordinaciji obiteljskog liječnika u Hrvatskoj dijabetičara je od 3 % do 10 %, ovisno o dobnim skupinama opredijeljenih pacijenata. Godine 1997., prema Registru dijabetičara u Hrvatskoj, po timu primarne zdravstvene zaštite prijavljeno je 58 poznatih dijabetičara (56,59,60).

Nakon postavljanja dijagnoze dijabetesa zadatci obiteljskog liječnika su (61-65):

1. Pacijent je u stresu zbog spoznaje o dijabetesu. Posvetiti mu vrijeme i pažnju.
2. Odrediti klinički status pacijenta, uključiti konzultante (pridružene- multimorbidne bolesti i komplikacije dijabetesa - komorbidne bolesti: retinopatija, neuropatija, nefropatija, dijabetičko stopalo).
3. Odrediti biokemijski status pacijenta: GUK natašte i iza obroka, HbA1c, kreatinin, mikroalbuminuriju, lipidni profil.
4. Odrediti BMI (tjelesna težina/tjelesna visina u cm²)
5. Odrediti krvni tlak
6. Napraviti plan liječenja. Liječnik poznaje pacijenta. Dijabetičar tipa 2 je stariji pacijent. Što se može napraviti, što se očekuje?
7. Edukacija, pacijenta uvesti u organizirani medicinski tim (sestra, patronažna sestra, eventualno i laičko udruženje dijabetičara)
8. Pacijenta uvesti u svoj registar
9. Pratiti bolest biokemijski i klinički
10. Individualno pratiti provođenje preporuka liječenja, upozoriti što nije dobro i što bi se moglo dogoditi

11. Prilagođavati plan liječenja prema postignutim rezultatima, socijalnom statusu, edukaciji, karakternim svojstvima, fizičkoj kondiciji, ostalim bolestima, ulozi u društvu i obitelji
12. Pratiti životno funkcioniranje, emotivni status, kvalitetu života.

Prema prihvaćenim preporukama, zadatci pacijenta su sljedeći (62):

1. Uzimanje hrane prema djetnim preporukama
2. Dnevno uzimanje lijeka
3. Samokontrola glikemije
4. Provođenje tjelesne aktivnosti.

Ciljevi liječenja šećerne bolesti

U liječenju, praćenju, procjeni biokemijskog i kliničkog stanja pacijenta i kvalitete života dijabetičara, za obiteljskog liječnika postoji nekoliko smjernica i konsenzusa donešenih od : American Diabetes Association (ADA), St Vincent Primary Care Diabetes Group (SVPCDG), te European Diabetes Policy Group. Zajedničko svim smjernicama je postići cjelodnevnu fiziološku razinu glikemije kod dijabetičara (dnevna razina glikemije kao kod zdravih ljudi) i spriječiti nastanak komplikacija. Obuhvatom pacijenata predloženim smjernicama približno se procjenjuje specifična kvaliteta zaštite dijabetičara u praksi obiteljskog liječnika (61-67).

Sinteza osnovnih preporuka i smjernica:

- postići cjelodnevni fiziološki profil glikemije
- glukoza 2 sata iza obroka (postprandijalna glikemija), ne bi smjela prelaziti 9,0 mmol/L.

- naučiti i poticati pacijenta na samokontrolu bolesti. Na razini prakse pratiti broj (obuhvat) pacijenata koji provode samokontrolu glikemije.
- postići HbA1c < 7%. Pratiti obuhvat pacijenata s 1-2 godišnje izmjerenim vrijednostima HbA1c.
- postići profil lipida definiran sa vrijednostima: holesterol < 5,17 mmol/L, HDL holesterol > 1,03 mmol/L, LDL < 3,36 mmol/L, i triglicerida < 2,82 mmol/L. Proporcija pacijenata koja je u godini dana kontrolirala lipidni profil.
- kontrolirati očnu pozadinu jednom godišnje kod pacijenta koji nisu na inzulinu, koji imaju HbA1c < 7.0%. Pratiti obuhvat pacijenata koji su u godini dana kontrolirali očnu pozadinu.
- napraviti urin test na mikroalbuminuriju, odrediti kreatinin i tlak krvi. Pratiti obuhvat pacijenata koji su u dvije godine kontrolirali kreatinin i mikroalbuminuriju.
- postići vrijednosti krvnog tlaka od 130/85 mmHg, provoditi šestomjesečnu kontrolu tlaka. U liječenju tlaka primjenjivati ACE inhibitore.
- postići indeks tjelesne mase (BMI) oko 25.
- kontrolirati stopalo jednom godišnje.
- poticati prestanak pušenja.

Procijenjeni pozitivni učinci provođenja navedenih postupaka

UKPDS 35 i UKDPS 36 studije su pokazale da rizik nastanka mikrovaskularnih komplikacija kod dijabetičara tipa 2 raste porastom hiperglikemije i dužinom trajanja hiperglikemije. Smanjenjem hiperglikemije smanjuje se rizik nastanka mikrovaskularnih komplikacija. Postotak razvoja mikrovaskularnih komplikacija zbog hiperglikemije je veći nego rizik razvoja makrovaskularnih komplikacija. (Rizik

nastanka makrovaskularnih komplikacija dovodi se više u vezu s inzulinskom rezistencijom, dislipidemijom, hipertenzijom i pušenjem) (64,65). Dijabetičari s hipertenzijom (promatran je povećan sistolički tlak) imaju veći rizik razvoja komplikacija od onih bez hipertenzije. Smanjenjem sistoličkog tlaka krvi smanjuje se rizik nastanka komplikacija. Rizik nastanka komplikacija smanjen je liječenjem tlaka ACE inhibitorima i beta blokatorima.

Brojčano izraženo rezultati UKPDS-a studija su:

- smanjenje HbA1c za 1% (u studiji od 7,9% na 7,0%), u tijeku deset godina, značajno smanjuje rizik nastanka svih mikrovaskularnih komplikacija (za oko 21%). Nisu nađene nikakve mikrovaskularne komplikacije kod razine glikemije s HbA1c do 6,2%
- smanjenje sistoličkog tlaka za svakih 10 mmHg, smanjuje za 12 % nastanak svih dijabetičkih komplikacija
- optimalne vrijednosti lipida smanjuju za 25-55 % koronarnu bolest i za 43 % smrtnost dijabetičara od kardiovaskularnih bolesti
- redovna kontrola očne pozadine smanjuje za 60-70 % gubitak vida
- kontrolom stopala smanjuje se za 64 % rizik amputacija (66).

Međutim, praćenjem primjene navedenih smjernica u liječenju dijabetesa kod obiteljskog liječnika u toku 10 godina, uočeni su sljedeći problemi (66-68):

- jesu li procesi i ciljevi u liječenju dijabetesa jasno definirani?
- jesu li su ciljevi precijenjeni?
- postoje li dokazi kliničke učinkovitosti?
- jesu li podaci zabilježeni i dostupni?
- mogu li se postupci primijeniti na čitavoj populaciji diljem svijeta?
- koje su varijabilnosti među praksama obiteljske medicine?
- kakav je profil prakse koja može provesti smjernice?

- jesu li, ili nisu, obiteljski liječnici skloni primjenjivati međunarodne smjernice?

Stav je da preporuke ne mogu biti provedene u obiteljskim praksama diljem svijeta. Treba ih prihvatiti kao dogovoreni standard zaštite u ovom trenutku, orijentir, ili za sada znanstveno dokazanu optimalnu razinu zaštite dijabetičara u obiteljskoj medicini.

1.4. SPECIFIČNI PROBLEMI VEZANI ZA ZBRINJAVANJE DIJABETESA KAO KRONIČNE BOLESTI U OBITELJSKOJ MEDICINI

Bolest, pogotovo dijabetes tip 2, ide najčešće s općim "minor", neobjašnjenim simptomima koje pacijent često pripisuje umoru i starosti. Stoga bolesnik dijabetes ne doživljava kao tešku kroničnu bolest. Obiteljskom liječniku je teško motivirati dijabetičkog bolesnika na *suradnju, privolu ili ustrajanost u liječenju* (69-72).

Kod suradnje liječnika i pacijenta u liječenju bolesti postavljaju se najčešće tri pitanja:

- koliko se pacijenata pridržava preporuka
- koje su osobine pacijenata koji se ne pridržavaju uputa
- zašto se bolesnici ne pridržavaju uputa?

Poznato je više čimbenika o pacijentima koji ne surađuju u liječenju. U stručnoj literaturi navodi se sljedeće: uputa se ne pridržavaju pacijenti kroničari (navikavanje na bolest, zamor), lošijeg obrazovanja, koji ne žele uzimati lijekove, koji nemaju motivacije za liječenje, ambivalentni pacijenti, "ne znaju oni to raditi", ne znaju dovoljno o bolesti, mentalni problemi, sociokulturne poteškoće, obiteljsko nerazumijevanje. Liječnici ih ocjenjuju kao "teške ili loše pacijente". Većina studija proučava i stavlja pacijenta kao subjekt o kojem ovisi suradnja (69).

Suradnja u liječenju bolesnika dijabetičara uključuje ne samo uzimanje lijekova nego suradnju na četiri područja: *samokontrola, dijeta, medikacija i fizička aktivnost* (62).

Pacijent dijabetičar tipa 2 je stariji pacijent, boluje od više bolesti, uzima više vrsta lijekova. Dijabetičar tipa 2 u terapijskom pristupu postaje sve više kompliciran. Većina pacijenata treba više vrsta peroralnih antidijabetika za postizanje normoglikemije. Bolest je često vezana uz hiperlipidemiju i hipertenziju, za koje se uzima više kombinacija lijekova. Pretili dijabetičar, uz navedene bolesti, uzima danas najmanje pet temeljnih lijekova u nekoliko dnevnih doza. Dokazano je da više vrsta lijekova smanjuje suradnju u liječenju (72-79). Svega 66 % pacijenata na dvije doze peroralne terapije uzima lijekove pravilno (75,79). Pacijenti stariji od 70 godina ne očekuju poboljšanje kvalitete života i ne sagledavaju razvoj komplikacija do kraja života. Iz tog razloga nemaju motivaciju za idealnom kontrolom glikemije i rigoroznim mjerama liječenja dijabetesa. Mlađi pacijenti mogu sagledati problem komplikacija, traže više informacija i edukacije i skloniji su provoditi preporučene mjere liječenja (42-45).

Najlošija suradnja postignuta je u provođenju dijetnih mjera i fizičke aktivnosti (80,81). U novije vrijeme problemi suradnje u liječenju dijabetesa okreću se i prema obiteljskim liječnicima i specijalistima: nedovoljno znanje cijelog tima, neadekvatno određivanje terapije, rigorozne neprovedive preporuke, rutinski pristup u davanju uputa, nesagledavanje problema pacijenta (70,82).

Multimorbiditet i komorbiditet

Prosječna životna dob dijabetičara tipa 2 dijabetesa je oko 60 godina. Dobna granica otkrivanja dijabetesa (ili pojave bolesti) se spušta a dijabetički bolesnik ima i sve duži

život. U toj dobi kod iste osobe postoji nekoliko bolesti nezavisnih jedna od druge te govorimo o *multimorbiditetu*. Tako je na primjer uz dijabetes česta kardiovaskularna i osteomuskularna bolest. Obično su kod iste osobe zastupljene 2 do 3 kronične bolesti, ali se one javljaju kod oko 65 % starije populacije.

Multimorbiditet dodatno pogađa pacijenta kroničara: oni su slabije pokretljivi, lošija je kvaliteta života, veći su troškovi liječenja. Multimorbiditet otežava rad obiteljskog liječnika: kompliciranija je preskripcija i moraju se primjenjivati smjernice za zbrinjavanje nekoliko bolesti, ima više konzultacija kod specijalista. Sve više se ističe da postojeća edukacija obiteljskog liječnika nije dovoljna za rješavanje multimorbiditeta, te to prisiljava obiteljskog liječnika na brže učenje i snalaženje u zbrinjavanju kronične bolesti (70,74).

Nekoliko je klasifikacija multimorbiditeta (83-85). Praktična, za praćenje i proučavanje kod obiteljskog liječnika, je njemačka prema Schellevisu (85). Prema toj klasifikaciji multimorbiditet se može razvrstati u četiri grupe:

- postojanje nekoliko bolesti nevezanih patofiziološki jedna za drugu, na primjer kardiovaskularna bolest i osteoartritis,
- multimorbiditet zatvoren u manje grupe obilježene po spolu ili dobi, suprotno od randomiziranog multimorbiditeta, osteoporoza u postmenopauzi,
- uzročni multimorbiditet vezan na zajedničku patofiziologiju bolesti, na primjer, ishemička srčana bolest s perifernom vaskularnom insuficijencijom,
- bolest sa specifičnim komplikacijama na više organa, na primjer, dijabetes sa dijabetičkom retinopatijom i nefropatijom.

Ova posljednja skupina multimorbiditeta naziva se *komorbiditet*.

Komorbiditet u obiteljskoj medicini ovisi o tri čimbenika: raširenosti bolesti, korištenju zdravstvene zaštite od strane pacijenta, i dijagnostičkim postupcima liječnika.

Dijabetičar tipa 2 bolesti je multimorbidno/komorbidno obilježena osoba (83-86). Obiteljski liječnik je jedini zdravstveni djelatnik koji ima potpun uvid u multimorbiditet i komorbiditet pacijenta (86,87).

Multimorbiditet u ambulanti obiteljske medicine klasificira se prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB - 10. Za posebne vrste istraživanja u obiteljskoj medicini, kada se želi ocjenjivati i koristiti razina - težina komorbiditeta, Kaplan i nekoliko autora koristilo je MKB klasifikaciju s kliničkom modifikacijom Index Comorbidity Disease-9 (ICD-9-MD codes), adaptiran po - Charlsonu Index levels (verzija za medicinski zapis) (MKB-10/ICD-9/CI) (88,89).

Bolest ulazi u zapis ako je zabilježena kao dijagnoza, tj, stanje u postupku obrade ili liječenja.

Teškoće su u klasifikaciji bolesti i razgraničenju komorbiditeta i multimorbiditeta kod istog pacijenta.

Od komorbidnih bolesti uzimaju se bolesti uzrokovane patološkim procesima na malim krvnim žilama - mikrovaskularne komplikacije, nastale kao posljedica dugotrajne hiperglikemije. Treba napomenuti da pored opće poznatih patofizioloških uzroka razvoja komplikacija, rasnih i genetskih sklonosti, društveno razvijenosti zajednice, postoje mnoge nejasnoće zašto se kod nekih ljudi razvijaju češće komplikacije bolesti nego kod drugih (90,91).

Retinopatija (H36.0). Ova komplikacija danas uzrokuje oko polovicu svih sljepoća. Dokazano je da 20 godina poslije dijagnoze tipa 1 i tipa 2 dijabetesa 65 % bolesnika ima jedan od stupnjeva retinopatije. 1993. u Hrvatskoj je zabilježeno 26 % retinopatija kod dijabetičara (53). U 1997. godini retinopatija je zabilježena kod 29 % dijabetičara u SAD, i 35 % u Italiji (67,68). Patološke promjene su na malim krvnim žilama retine koje se začepu, postaju propusne, stvara se perivaskularni edem. Proces se odvija kontinuirano, dugo bez simptoma ili oštećenja vida. Može se otkriti tek pregledom očne

pozadine. Preporuča se pregled očne pozadine 1-2 puta godišnje. Učinkovito se proces zaustavlja laserskom fotokoagulacijom (91-95).

Periferna neuropatija, distalna simetrična dijabetička neuropatija (G 59.0, G63.2). To je prisustvo znakova ili simptoma poremećaja perifernih živaca u osoba sa šećernom bolesti nakon što se isključe drugi uzroci. 5 % bolesti perifernih živaca kod dijabetičara uzrokovano je drugim uzrocima. Najčešće se javlja kao poremećaj osjetljivosti na stopalu, širi se simetrično proksimalno (ili fokalno) u obliku senzornog a kasnije i motornog osjeta. Navodi se kao najčešća komplikacija šećerne bolesti. Prisutna je kod više od 50 % dijabetičara tipa 2. Klinička obilježja su različita: od simptoma jake boli, pečenja, probadanja, hiperestezije, parestezije (trnci, bockanje), alodinije (osjećaj boli kao odgovor na jednostavne stimulacije). Drugi klinički izražaj je potpuno odsustvo boli (što je glavni razlog nastanka dijabetičkog ulkusa), ukočenost stopala, umrtvljenost stopala. Simptomi su najjače izraženi noću. Kod svakog dijabetičara potrebno je obaviti neurološki pregled stopala u ordinaciji obiteljske medicine. U pregledu stopala potrebno je ispitati reflekse gležnja, funkciju dugih vlakana akustičkom vilicom od 128Hz na velikom nožnom prstu, funkciju malih vlakana na ubod igle, i prisustvo osjećaja topline (96-100).

Drugi klinički oblik neuropatije je *autonomna neuropatija* (G99.0) koja najčešće zahvaća probavni sustav (česte stolice, proljevi, opstipacija), mokraćni sustav (često mokrenje, inkontinencija autonomna) (82-84). U Hrvatskoj je 1993. zabilježena neuropatija kod 28 % dijabetičara (53).

Nefropatiju (N08,3), karakterizira albuminurija, hipertenzija i progresivna renalna insuficijencija. U početku se znakovi nefropatije pokazuju kao intermitentna mikroalbuminurija koja progredira u stalnu mikroalbuminuriju. Mikroalbuminurija se definira kao lučenje 30 do 300 mg albumina u 24-satnom urinu. ADA preporuča ranu detekciju mikroalbuminurije u 12 ili 24-satnom urinu, i određivanje kreatinina jednom

godišnje. Tlak se mora održavati na razini 130/85 mmHg. Preporuča se primjena angiotenzin-convertaza enzim (ACE) inhibitor koji smanjuje proteinuriju. (65,100). U Hrvatskoj je zabilježeno svega 5 % nefropatija 1993. Kao razlog malog broja nefropatija navodi se što dijabetičari s nefropatijom brže umiru (53).

Dijabetičko stopalo (I 79.2) nastaje združenim djelovanjem mikro i makroangiopatije, neuropatije, pretilosti, deformiteta stopala, loših higijenskih uvjeta i loše tjelesne kondicije (53,101,102).

Liječnik u zbrinjavanju dijabetičkog bolesnika u svakom *posjetu*, za razliku od drugih kroničnih bolesti, radi nekoliko grupa postupaka (56,57,61,74,90).

Nefarmakološki postupci:

- savjetuje promjenu stila života i prehrane (*loša suradnja, zamor liječnika i pacijenta*)
- edukaciju o bolesti (*velike nepoznanice i dileme, educiran pacijent slabije sluša, slabije provodi preporuke liječnika*).

Farmakološki postupci:

- propisuje više vrsta lijekova (*agresivni menadžment za liječenje kroničnih bolesti, komorbiditet, brze promjene stavova liječenja*)
- šalje kod više vrsta konzultanata (*nedostatak konzultanata koji se bave dijabetesom, fokusiranje organa i zaštite, dolazi do diskontinuiteta u sveobuhvatnom pristupu, polipragmazija*).

Preventivni postupci:

- provodi preventivne aktivnosti za sprječavanje komplikacija (*najcjenjeniji dio posla koji se kod obiteljskog liječnika ne valorizira*).

1.5. DEKLARACIJA IZ ST. VINCENTA U PRIMARNOJ ZAŠTITI DIJABETIČKIH BOLESNIKA

U listopadu 1989. u St. Vincentu u Italiji, na sastanku predstavnika ministarstava zdravstva Europe i Udruženja dijabetičkih bolesnika te stručnjaka za dijabetes, pod pokroviteljstvom Svjetske zdravstvene organizacije - Regionalnog ureda za Europu, donešeno je niz preporuka pod nazivom *St Vincentska Deklaracija*.

Zaključeno je da bi u petogodišnjem razdoblju trebalo:

- za trećinu smanjiti broj sljepoća od dijabetesa
- za trećinu smanjiti broj dijaliziranih dijabetičara
- za polovicu smanjiti broj amputacija zbog dijabetesa
- smanjiti rizične čimbenike za kardiovaskularne bolesti dijabetičkih bolesnika
- postići ishod trudnoća dijabetičarki-trudnica kao u onih bez dijabetesa (54,103).

Stručnjaci obiteljske medicine, unutar St Vincent Deklaracije, 1995. na svojoj Prvoj konferenciji u Ateni, organiziraju se i donose program za praćenje i zbrinjavanje dijabetesa u obiteljskoj medicini u Europi - SVDPCDG. Program je od tada prilagođivan i problemski orijentiran složenom zbrinjavanju dijabetesa u obiteljskoj medicini.

Grupa se danas naziva: *Primary Care Diabetes Europe St Vincent Declaration in Practice - PCD*.

Grupa ima 37 članica iz Europe, uključujući Tursku i Izrael. Hrvatska je 1997. godine postala punopravni član PCD-a, a od 2001. godine jedan član iz Hrvatske je član Izvršnog odbora PCD-a.

Od niza znanstveno-istraživačkih projekata, dogovorenih u svakoj zemlji članici, izdvajamo:

- iznalaženje najoptimalnijeg modela, prakse obiteljske medicine u liječenju tipa 2 dijabetesa
- poticanje projekta u svakoj zemlji s ciljem otkrivanja varijacija zaštite, preskripcije, komplikacija bolesti i kvalitete zaštite
- poticanje kontinuirane medicinske edukacije zdravstvenih radnika
- stvaranje međunarodne baze podataka (103).

S ciljem izučavanja problema liječenja dijabetesa tipa 2 u obiteljskoj medicini, u Hrvatskoj je 1997. godine skupina liječnika obiteljske medicine osnovala grupu *Cro Diab GP (59)*.

Ovo istraživanje je nastavak studije započete 1997. godine u Hrvatskoj u sklopu ciljeva programa PCD-Europe.

1.6. PROBLEM ZBRINJAVANJA DIJABETESA NA RAZINI OBITELJSKE MEDICINE U HRVATSKOJ

Zbog komorbiditeta dijabetičar kao kroničar, za razliku od ostalih kroničara, ima 2,5 problema po posjeti (nasuprot 2,1 ostali kroničari). Posjet kod dijabetičara, zbog postupaka: farmakoloških, nefarmakoloških i preventivnih, je najduži od svih kroničnih bolesti. Broj posjeta godišnje za dijabetičara je po nekim istraživanjima 3,8 za

dijabetičare na terapiji tabletama, 5,2 na terapiji inzulinom. Kronični bolesnici sa dijabetesom dolaze 5,4 puta godišnje (ostali kroničari 5,1), a akutni po bolesti (epizodi zaštite) 4,4 posjeta (68,69,70,90,92-93).

Novija desetogodišnja studija liječnika obiteljske medicine Danske pokazuje da kvartalna posjeta dijabetičkog bolesnika obiteljskom liječniku daje optimalnu zdravstvenu skrb dijabetičkom bolesniku (58). Osnovni preduvjet za kvartalni posjet u ovom istraživanju je provedena dodatna edukacija tima obiteljskog liječnika i prilagođena organizacija rada tima dijabetičkom bolesniku. Freeman u novijim istraživanjima pokazuje da duža konzultacija, pogotovo kod kroničnih bolesnika, ima bolje pokazatelje zaštite bolesnika, propisuje se manje lijekova, suradnja u liječenju je bolja, razmak između dvije posjete je duži (92).

Ako se sagledava dijabetes kao bolest, broj dolazaka dijabetičara u ordinaciju ovisi o sljedećim čimbenicima:

1. tip dijabetesa
2. kliničko/biokemijskim pokazateljima u odnosu na postavljene ciljeve
3. promjenama terapijskog plana
4. prisustvu multimorbidnih bolesti i komplikacija.

Ako se sagledava kompletno zbrinjavanje dijabetesa na nacionalnoj razini, broj dolazaka ovisi o (46):

1. praksi
2. pacijentu
3. nacionalnim zdravstvenim propisima i standardima
4. odnosu zdravstveni sustav - liječnik - pacijent.

U istraživanju provedenom u Hrvatskoj 1998. godine, u sklopu Programa Cro Diab GP (dio Programa Cro Diab NET), nađeno je da dijabetičar posjeti obiteljskog liječnika 10,4 puta godišnje (sd = 8,84). Od ukupno 696 ispitanika dijabetičara, njih 300 je u ordinaciju došlo više od 12 puta u godini dana (59).

Ne znamo je li dijabetički bolesnik u Hrvatskoj godišnjim brojem dolazaka obiteljskom liječniku učestali posjetilac. Međutim, u takvim uvjetima 10,4 posjeta godišnje, uz ostale zadatke obiteljskog liječnika, teško je pretpostaviti da se može osigurati navedena potrebna kvalitetna i kontinuirana skrb dijabetičkog bolesnika na razini obiteljske medicine.

Stoga je posjete dijabetičara obiteljskom liječniku u Hrvatskoj potrebno znanstveno istražiti.

Stalno opterećenje prakse dolazaka dijabetičara: učestali posjeti, povremeni neplanirani akutni poremećaji bolesti, razvoj komplikacija, suradnja pacijenta u liječenju i primjedbe pacijenata su prioritetni problemi koje treba istražiti u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj.

Je li broj konzultacija kroničnih bolesnika proporcionalan s boljim ili lošijim kliničkim pokazateljima zdravlja pacijenta i populacije. Dolaze li kroničari liječniku zbog kronične bolesti, bolesti združene sa socijalno-ekonomskim problemima ili je problem u nečem drugom, što nije u domeni liječnika obiteljske medicine?

Potrebno je iznaći optimalne karakteristike obiteljskog liječnika - prakse i skup intervencija (postupaka) koji su učinkoviti u našim uvjetima u svim kliničkim entitetima dijabetesa kao kronične bolesti, da budu što manje opterećenje a da bolest - pacijent ne strada.

2. SVRHA RADA, CILJEVI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

Svrha rada je poboljšati kvalitetu zaštite dijabetičkih bolesnika, naročito učestalih posjetilaca na temelju provedenog istraživanja u obiteljskoj medicini.

Cilj istraživanja je bio istražiti pojavu učestalih posjetioca kroničnih bolesnika - dijabetičara, u ambulantama obiteljske medicine u našim uvjetima.

Primjenjujući u literaturi prihvaćene kriterije za učestalog posjetioca, identificirati dijabetičara učestalog posjetioca.

Specifični ciljevi istraživanja:

1. Utvrditi u kojem je opsegu bolesnik s dijabetesom učestali posjetilac u ambulanti obiteljske medicine u našim uvjetima.
2. Identificirati čimbenike koji utječu na učestale dolaske dijabetičara liječniku i to:
 - čimbenike od strane pacijenta (demografske, sociomedicinske, kliničke)
 - čimbenike od strane liječnika odnosno prakse (osobne karakteristike liječnika, stručna osposobljenost, provođenje smjernica za zbrinjavanje dijabetesa u obiteljskoj medicini).
3. Istražiti subjektivne čimbenike koji utječu na broj dolazaka liječniku kvalitativnom analizom (metodom fokus grupe).

HIPOTEZE

1. Bolesnik dijabetičar u našim uvjetima je učestali posjetilac.
2. Dijabetičar u našim uvjetima postaje učestali posjetilac zbog:
 - sociomedicinskih čimbenika
 - kliničkog stanja bolesnika
 - uzajamnog djelovanja obje grupe čimbenika
 - nedostatnog provođenja smjernica u zbrinjavanju dijabetesa na razini liječnika obiteljske medicine.
3. Subjektivni čimbenici su značajni za odluku o posjetu liječniku.

3. UZORAK I METODE

Istraživanje se sastojalo iz tri dijela:

- A. Istraživanje za utvrđivanje standarda dolazaka bolesnika u ordinaciju obiteljske medicine i određivanje standarda učestalih posjetilaca u našim uvjetima.
- B. Istraživanje čimbenika koji utječu na kvalitetu zaštite pacijenata dijabetičara.
- C. Istraživanje subjektivnih čimbenika koji utječu na kvalitetu zaštite učestalih posjetilaca dijabetičara.

3.1. A. ISTRAŽIVANJE STANDARDA DOLAZAKA BOLESNIKA U ORDINACIJU. DEFINICIJA POSJETE

Istraživanje standarda dolazaka bolesnika, u ordinaciji obiteljske medicine, provedeno je kod 13 600 pacijenata u osam ordinacija.

Ordinacije su smještene u manjim gradovima ili prigradskim naseljima, i selima Sjeverne Hrvatske. U istraživanje je bilo uključeno šest liječnica i dva liječnika, četiri specijalista obiteljske medicine, a četvero nije imalo završenu poslijediplomsku edukaciju niti specijalizaciju. Prosječna dob liječnika je 42 godine. Dužina radnog staža je od 4 do 35 godina, prosječno 19 godina.

Razdoblje praćenja je bilo 36 mjeseci: od 1.1.1997. do 31.12.1999. godine.

U uzorak su bili uključeni pacijenti stariji od 18 godina, svaki drugi po redu, složeni u kartoteci po abecednom redoslijedu. Dob pacijenata je računata prema prvoj godini studije.

Iz studije su isključene trudnice, pacijenti koji su imali veće traumatske povrede u navedenom razdoblju, i pacijenti koji su u promatranom razdoblju promijenili liječnika.

Navedenom metodom odabira u uzorak je ušlo 4312 pacijenata.

U istraživanju se upotrebljavala definicija posjeta iz *Morbidity statistics from general practice. Fourth national study 1991-1992. HMSO London 1995.* (3). U toj studiji posjet se definira kao izravni susret ("face to face") liječnika obiteljske medicine i pacijenta u ordinaciji ili kući pacijenta.

U našem istraživanju nisu bili uključeni kućni posjeti, posjeti patronažne sestre, posjeti hitnoj medicinskoj pomoći, posjeti pacijenata izvan radnog vremena ordinacije i telefonske konzultacije. Nisu ubrojani ni posjeti privatnim liječnicima po izboru pacijenta.

Za svakog ispitanika izbrojan je broj dolazaka liječniku prema zabilježenim podacima u zdravstvenim kartonima, za svaku godinu posebno, kroz svih 36 mjeseci.

Učestali posjetilac je pacijent koji je ostvario broj posjeta iznad broja koji označava graničnu vrijednost treće kvartile (Q_3) (24-26).

Analiza je provedena prema spolu i dobnim skupinama. U svakoj skupini je određen broj posjeta za svaku promatranu godinu s medijanom, prosječnom vrijednosti i standardnom devijacijom. Izračunata je granična vrijednost posjete (Q_3) za učestalog/neučestalog pacijenta za svaku dobno spolnu skupinu.

3.2. B. ISTRAŽIVANJE ČIMBENIKA KOJI UTJEČU NA UČESTALE POSJETE I NA KVALITETU ZAŠTITE DIJABETIČKIH BOLESNIKA

U 13 ordinacija obiteljske medicine uključenih u program Cro Diab GP, prema registru dijabetičara iz 1997. godine, izdvojeni su pacijenti dijabetičari (59). 1997. godine nađeno je 696 dijabetičara. Od 696 dijabetičara, tri godine kasnije - 1999. godine u registru je ostalo 490 dijabetičara. 121 dijabetičar je umro, a 83 su promijenili liječnika ili se na drugi način nije moglo doći do podataka. Kod 2 pacijenta radilo se o jatrogenom dijabetesu te nisu uključeni u istraživanje.

U istraživanje nisu uključeni novootkriveni pacijenti dijabetičari u razdoblju 1997.-1999. godine.

Praćen je broj posjeta 490 dijabetičara od 1.1.1997. do 31.12.1999. godine.

Dijabetičari su podijeljeni u dobno spolne skupine. Prema graničnoj vrijednosti (Q_3) dobivenoj u određivanju standarda dolazaka obiteljskom liječniku, određen je pacijent dijabetičar učestali posjetilac. Jedini kriterij za dijabetičara učestalog posjetioca je ostvareni broj posjeta kroz godinu iznad granične vrijednosti (Q_3) u općoj populaciji. Ostali dijabetičari su uzeti kao komparativna skupina.

Za svakog od 490 pacijenata liječnik koji liječi i prati pacijenta ispunio je posebno pripremljen upitnik. Korišten je upitnik Hrvatsko - europskog registra (Diab Care) s prilagodbom upitnika PCD (St Vincent Deklaracije) za praćenje kvalitete zaštite dijabetičara u obiteljskoj medicini, s međunarodnom usporedbom (53,54,55) (prilog 1).

Upitnik se sastoji iz dva dijela. Prvi dio se odnosi na podatke o pacijentu dijabetičaru, i uključuje sociodemografske varijable pacijenta, podatke o dijabetesu, suradnji pacijenta u liječenju.

1. Sociodemografske varijable pacijenta: dob, spol, stručna sprema, broj članova obitelji.
2. Podatci o dijabetesu: tip bolesti, poznata dužina trajanja bolesti, vrsta liječenja, samokontrola bolesti, multimorbidne bolesti, komorbidne bolesti - komplikacije dijabetesa, lijekovi koje pacijent uzima, broj dolazaka liječniku kroz tri godine.

Multimorbiditet je određen prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB-10. U našem istraživanju cilj je bio procijeniti i usporediti razinu - težinu multimorbiditeta. Iz tog razloga koristili smo dodatnu klasifikaciju MKB-10 s kliničkom modifikacijom Index Comorbidity Disease, adaptiran po Charlsonu (Index levels - verzija za medicinski zapis) (MCD-10/ICD-9/CI) (84,85) (prilog 2).

Bolest ulazi u zapis ako je zabilježena u medicinskoj dokumentaciji kao dijagnoza - stanje u postupku obrade ili liječenja.

Bolesti nastale kao komplikacija dijabetesa - dijabetička retinopatija (H36.0 i H28.0), neuropatija (G73.0, G99.0, G59.0, G63.0) nefropatija (N08.3), periferna vaskularna bolest (I79.2), svrstane su u komorbidne bolesti (91-103).

Ozbiljnost komorbiditeta ocijenjena je prema skali ozbiljnosti: Index Disease Severity (IDS) (88). Prema toj skali postoje četiri razine ozbiljnosti komplikacija bolesti:

razina 0 = nema povijesti bolesti ni kliničkih pokazatelja komplikacija

razina 1 = postoje pokazatelji komplikacija pod kontrolom, nema simptoma

razina 2 = komplikacije s izraženim simptomima

razina 3 = komplikacije nije moguće staviti pod kontrolu.

Kliničko stanje pacijenta ocijenjeno je, dakle, prema klasifikaciji MC-10/ICD - 9/CI i IDS skali.

Lijekovi koje pacijenti uzimaju svrstani su prema Anatomical Therapeutic Chemical Classification Index, Oslo 2000. (ATC), u 14 skupina prema anatomskoj cjelini na kojoj se očituje glavni učinak lijeka (103,104).

3. Suradnja pacijenta u liječenju

U našem istraživanju od liječnika smo tražili da procijene suradnju pacijenta: motiviranost za liječenje, pridržavanje dijetnih preporuka, uzimanje lijeka, uzimanje lijekova općenito, provođenje samokontrole. Liječnik je procijenio razinu suradnje prema zdravstvenom standardu koji pruža dijabetičaru, prema zdravstvenoj i socio-kulturnoj razini svoje populacije. Ponuđena je stupnjevana ljestvica od 0 ("ne surađuje") do 3 ("vrlo dobro surađuje u svemu") (69-73).

Drugi dio upitnika odnosi se na praksu i liječnika i uključuje podatke o osobnim karakteristikama liječnika, opće podatke o pokazateljima zaštite populacije, podatke o provođenju specifične zaštite dijabetičara.

1. Podatci koji se odnose na osobne karakteristika liječnika: dob, spol, stručna osposobljenost.
2. Opći pokazatelji zaštite populacije: cijepljenje protiv gripe u 1999. godini (praćeno kod dijabetičara), učinjena mamografija (praćena kod dijabetičarki), pušenje pacijenta (praćeno kod dijabetičara).
3. Pokazatelji provođenja specifične zaštite dijabetesa u 1999.godini.

Specifični postupci za praćenje dijabetesa određeni su prema smjernicama za kontrolu i praćenje bolesti, a uzeti su iz podataka iz kartona dijabetičara i prema izjavi liječnika.

Prikupljeni su sljedeći podatci: je li određena vrijednost glikoziranog hemoglobina, albuminurije u urinu, lipidogram. Zatim, je li pregledana očna pozadina kod okuliste, je li liječnik pregledao stopalo?

4. Zdravstvena služba koja prati i liječi pacijenta dijabetičara (obiteljski liječnik ili internist).

3.3. C. ISTRAŽIVANJE SUBJEKTIVNIH ČIMBENIKA. METODA FOKUS GRUPE

Uzorak učestalih posjetilaca za kvalitativno istraživanje - fokus grupe.

U svakoj ordinaciji identificirali smo bolesnike dijabetičare učestale posjetioce, analizom broja posjeta dijabetičara izračunatog prema standardu posjeta za cijeli uzorak. Za analizu metodom fokus grupe nisu bili uključeni bolesnici sa sljedećim kriterijima (zbog potrebe da svi sudionici fokus grupe sudjeluju u razgovoru i doprinesu dinamici grupe) (105-119):

- koji nemaju mjesto boravka u tri predložena mjesta istraživanja fokus grupa
- pacijenti koji su stariji od 75 godina
- koji boluju od težih malignih bolesti
- koji boluju od duševnih bolesti i bolesti ovisnosti
- koji su asocijalnog ili agresivnog ponašanja
- koji imaju probleme sa sluhom
- koji nisu pristali na istraživanje.

Odluku o uključivanju ili isključivanju dijabetičara za fokus grupe zajednički su donijeli obiteljski liječnik i glavni istraživač.

Odabrani pacijenti su pozvani telefonom ili usmeno u ordinaciji na razgovor o zajedničkim problemima zbrinjavanja dijabetesa.

Razgovor je vodio educirani liječnik obiteljske medicine, istraživač. Grupa je ukratko upoznata s ciljem razgovora, tj. da će razgovor poslužiti u svrhu poboljšanja kvalitete liječenja dijabetičkih bolesnika. Svi sudionici su potaknuti na iznošenje svojih mišljenja i postavljanja pitanja i odgovora međusobno u grupi.

Razgovor je audio-sniman. Razgovor je vođen prema unaprijed određenim kategorijama prema ciljevima istraživanja.

Skupine pitanja prema kojima je vođen razgovor u fokus grupi su bile:

1. Razlozi dolaska liječniku obiteljske medicine
2. Kako pacijenti vide ulogu obiteljskog liječnika u zbrinjavanju dijabetesa
3. Percepcija broja dolazaka liječniku
4. Procjena vlastitog zdravlja i kvalitete života.

3.4. ANALIZA PODATAKA

Deskriptivnom statističkom analizom obrađeni su podaci o broju posjeta u općoj populaciji i uzorku dijabetičara. Prema prihvaćenoj metodologiji (31) vrijednost treće kvartile (Q_3) broja posjeta u općoj populaciji za svaku dobno-spolnu skupinu uzeta je kao granična vrijednost razgraničenja učestalih od neučestalih posjetitelja.

Distribucije kvantitativnih varijabli testirane su na normalnost testom po Kolmogorov-Smirnovu. Dobivene razlike u vrijednostima kvantitativnih varijabli između učestalih i neučestalih posjetitelja u uzorku dijabetičara testirane su t-testom, odnosno Mann-Whitneyevim testom kada varijable nisu slijedile normalnu raspodjelu. Razlike u vrijednostima kvalitativnih varijabli testirane su χ^2 - testom. Razlike između učestalih i neučestalih posjetitelja u uzorku dijabetičara u odnosu na potrošnju lijekova, komorbiditet i multimorbiditet analizirane su multivarijatno primjenom diskriminacijske analize. Za multivarijatnu analizu predikcije učestalosti posjeta u skupini dijabetičara primjenjena je logistička regresija (120).

Za statističku analizu prikupljenih podataka korištena je programska potpora "The SAS System for Windows Release 6,12".

4. REZULTATI

4.1. ODREĐIVANJE STANDARDA POSJETA U OPĆOJ POPULACIJI

Tijekom 36 mjeseci, od 1.1.1997. do 31.12.1999. godine, praćeni su posjeti 4.312 pacijenata starijih od 18 godina u osam ordinacija obiteljske medicine, s ciljem određivanja standarda broja posjeta i distribucije posjeta po dobi i spolu u našim uvjetima.

U promatranom razdoblju zabilježeno je ukupno 58 088 posjeta u ordinacijama obiteljske medicine.

Rezultati trogodišnje analize dolazaka su pokazali male godišnje varijacije iako je uočljiv stalni porast broja posjeta.

Tako je 1997. godine zabilježeno 17 935 posjeta (4,2 posjete po pacijentu), 1998. godine 19 720 posjeta (4,6 po pacijentu), a 1999. godine 20 433 posjeta (4,7 po pacijentu).

Na tablici 1. prikazan je broj praćenih pacijenata po spolu i dobi. Distribucija broja posjeta po spolu i dobnim skupinama kroz tri godine prikazana je u tablicama 2. 3. 4.

Tablica 1. Struktura ispitanika prema dobi i spolu 1997. godine

Dob	Muškarci - broj	Žene - broj
< 20	45	55
20-29	331	401
30-39	315	419
40-49	341	434
50-59	309	422
60-69	317	439
70-79	141	269
80-89	27	46
90-100		1
Ukupno	1826	2486

Od ukupnog broja ispitanika bilo je 42,3 % je muškaraca i 57,7 % žena.

Tablica 2. Distribucija posjeta prema dobi i spolu za 1997. godinu

Dob	Muškarci				Žene			
	N	X	SD	Q_3	N	X	SD	Q_3
do 20	45	2,3	3,16	3,5	55	2,6	3,74	4,0
20-29	331	2,2	3,3	3,0	401	2,4	3,4	4,0
30-39	315	2,7	4,5	4,0	419	3,2	4,6	5,0
40-49	341	4,0	8,1	7,0	434	5,0	5,9	7,25
50-59	309	3,7	4,7	6,0	422	5,1	6,0	8,0
60-69	317	4,9	5,2	9,0	439	5,8	6,1	9,0
70-79	141	6,3	6,6	8,25	269	6,3	6,0	10,0
80-89	27	5,0	4,7	9,0	46	4,8	5,7	8,25

* Vrijednost treće kvartile (Q_3) broja posjeta u pojedinačnoj skupini ispitanika prema dobi i spolu predstavlja graničnu vrijednost razgraničenja učestalih od neučestalih posjeta prema prihvaćenoj metodologiji (24-26).

4 312 pacijenata ostvarilo je **17 935** posjeta, što po pacijentu iznosi **4,2** posjeta.

Srednja vrijednost i granična vrijednost (Q_3) najniže su do 40 godine života kod muškaraca i žena. Iznad 40 godine obje vrijednosti su u porastu kod oba spola.

Metodom izračuna broja posjeta prema trećoj kvartili, 944 (21,9 %) pacijenta (393 muškarca i 551 žena) su prema prihvaćenoj definiciji učestali posjetioći.

Ovih 944 pacijenata ili 21,9 % učestalih posjetilaca, učinilo je 11 270 posjeta ili 62,8 % ukupnih posjeta.

1 826 muškarca ostvarilo je 6 697 posjeta ili **3,7** po pacijentu. 1 433 muškarca koji nisu učestali posjetioći imali su 2 279 posjeta ili 1,59, a 393 učestala posjetioća 4 418 ili **11,24** posjeta po pacijentu.

2 486 žena ostvarilo je 11 238 posjeta ili **4,5** po pacijentici.

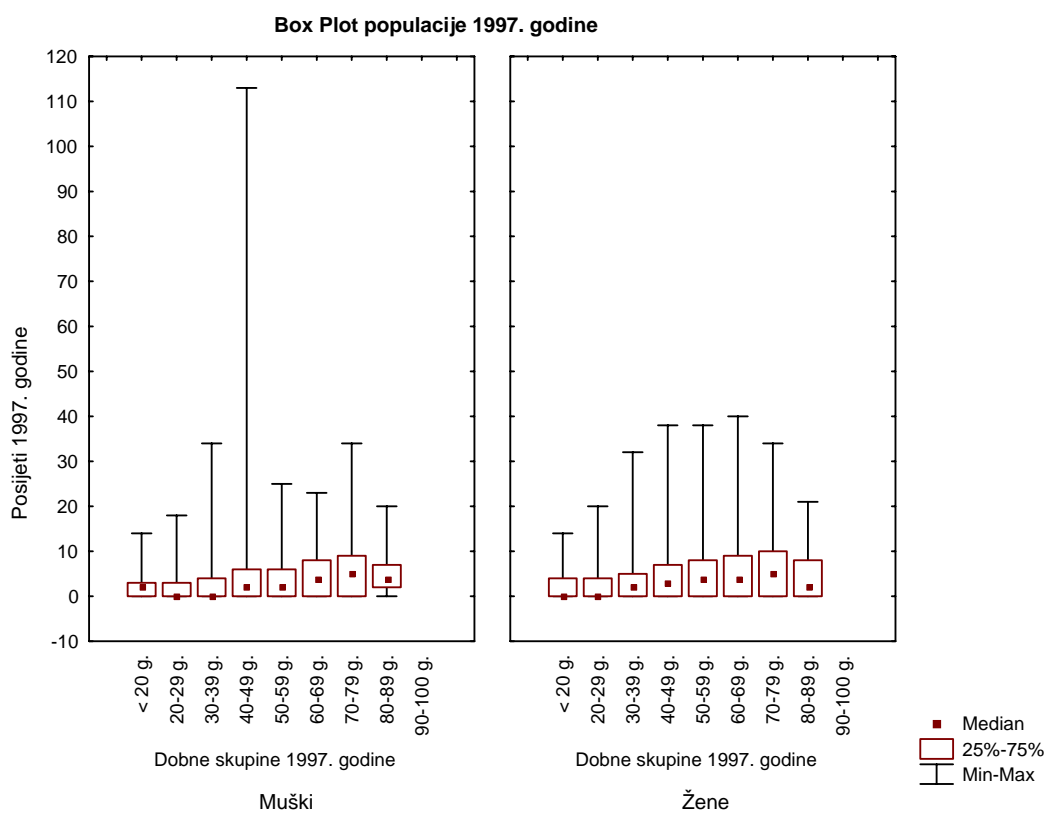
1 934 žene koje nisu učestali posjetioći imale su 4 386 posjeta, 2,26 po pacijentici.

552 žena učestalih posjetilaca, imale su 6 852 posjeta ili **12,4** po pacijentici.

Obiteljskog liječnika u tijeku 1997. godine barem jednom posjetilo je 2549 ispitanika (1560 žena i 989 muškaraca) (obuhvat pacijenata).

Obuhvat ispitanika za 1997. iznosi 59 % (muškarci 54 %, žene 63 %).

Grafikon 1. Distribucija posjeta 1997. godine, po kvartilama i dobi u skupini muških i ženskih ispitanika



Na grafikonu se vidi mali raspon posjeta do prve kvartile, što je posljedica malog obuhvata u 1997. godini. Nisko je položen medijan. Muškarci u 40-50 dobnoj skupini imaju "skok" broja posjeta u području iznad treće kvartile. Broj učestalih posjeta kod žena ima mirniju distribuciju s najvećim brojem učestalih posjeta između 40 do 70 godine života.

Tablica 3. Distribucija posjeta prema dobi i spolu za 1998. godinu

Dob	Muškarci				Žene			
	N	X	SD	Q_3	N	X	SD	Q_3
do 20	18	2,44	2,77	3,5	22	2,77	2,98	5,0
20-29	335	2,43	3,82	3,0	395	3,04	3,53	5,0
30-39	304	2,82	4,25	4,0	413	3,77	4,16	6,0
40-49	328	4,66	8,27	7,0	435	5,44	6,3	8,0
50-59	332	4,00	5,21	6,0	425	5,56	5,89	8,0
60-69	311	5,66	5,70	9,0	434	6,52	6,35	10,0
70-79	166	6,09	6,24	8,25	304	6,82	5,9	10,0
80-89	32	5,28	4,57	9,0	55	6,67	5,43	12,0
90-100					3	5,33	4,04	10,0

4 312 pacijenta ostvarilo je **19 720** posjeta ili **4,6** po pacijentu.

Muškarci imaju gotovo identičnu graničnu vrijednost za sve dobne skupine kao u 1997. godini uz nešto veću srednju vrijednost broja posjeta. Kod žena je granična vrijednost (Q_3) povećana u svim dobnim skupinama u odnosu na 1997. godinu.

Iznad treće kvartile 966 pacijenata (416 muškaraca i 550 žena) su učestali posjetioci i ostvarili su 11 515 posjeta ili **11,9** po pacijentu, a neučestali posjetioci 3 346 (1410 muškaraca i 1936 žena) 8 205 posjeta ili 2,5 po pacijentu.

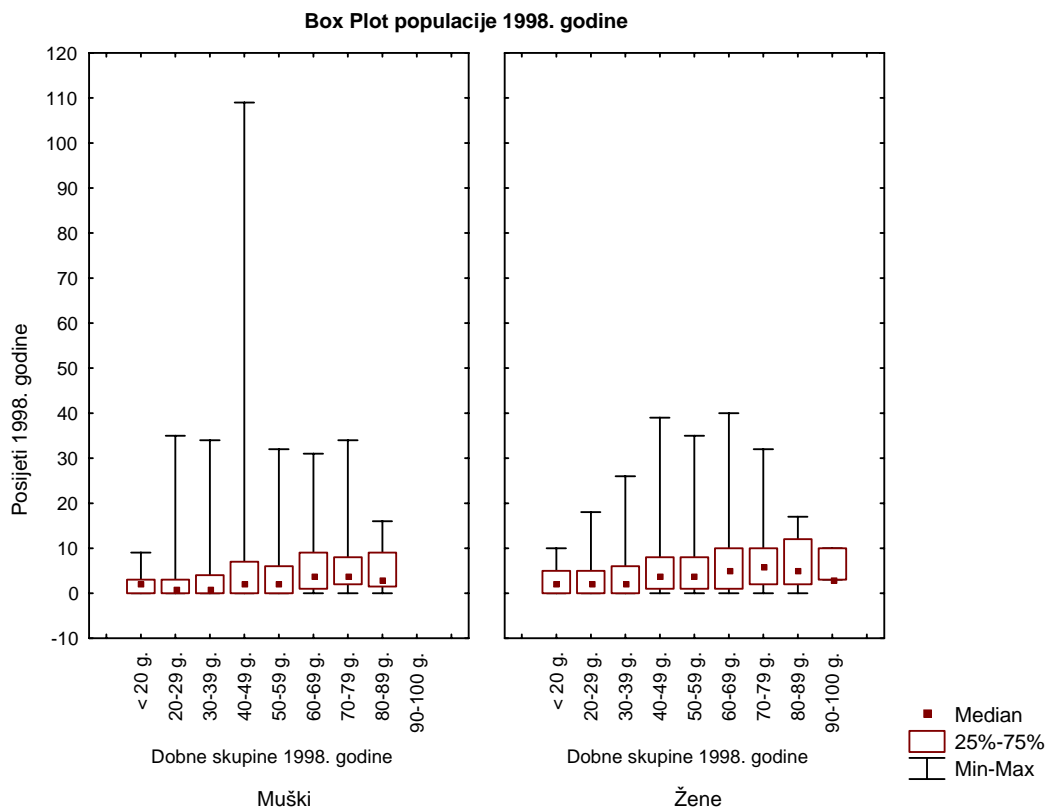
Ovih 966 ili 22,4 % pacijenata učestalih posjetioca učinilo je 11 515 ili 58,4 % ukupnih posjeta.

1 826 muškarca ostvarilo je 7 526 posjeta ili **4,1** po pacijentu.

2 486 žena ostvarilo je 12 194 posjeta ili **4,9** po pacijentici.

Obiteljskog liječnika u tijeku 1998. godine barem jednom posjetilo je 3 173 pacijenata ili 73,6 % pacijenata.

Grafikon 2. Distribucija posjeta u 1998. godini po kvartilama i dobi u skupini muških i ženskih ispitanika



Povećan je raspon broja posjeta u odnosu na 1997. godinu kod muškaraca iznad 50 godine, a kod žena iznad 40 godine. Učešće učestalih posjeta kod muškaraca je gotovo linearno u dobi od 20 do 80 godine života s ponovnim "skokom" učestalih posjeta između 40 do 50 godine života.

Tablica 4. Distribucija posjeta prema dobi i spolu za 1999. godinu

Dob	Muškarci				Žene			
	N	X	SD	Q_3	N	X	SD	Q_3
do 20	5	2,6	2,88	5,50	8	1,75	2,38	2,75
20-29	309	2,49	3,49	3,5	378	3,34	3,96	5,00
30-39	319	2,8	4,46	4,0	402	3,48	3,93	5,00
40-49	322	4,7	8,22	6,0	438	4,72	5,71	6,00
50-59	334	4,21	5,00	6,00	417	5,94	6,29	9,00
60-69	303	5,65	5,4	9,00	440	6,93	6,46	10,00
70-79	196	6,41	6,19	9,00	326	6,88	5,67	11,00
80-89	34	6,65	4,79	10,25	72	5,25	5,04	8,0
90-100	4	1,75	0,96	2,75	5	7,8	5,93	13,0

4 312 pacijenata ostvarilo je **20 433** posjeta, što iznosi **4,7** po pacijentu.

Određivanjem učestalog posjetioca prema broju ostvarenih posjeta iznad granične vrijednosti (Q_3), dobili smo sljedeće:

428 muškaraca je učestalih posjetilaca s 5 148 posjeta ili **12,0** po pacijentu.

560 žena učestalih posjetilaca je s 6 943 posjeta ili **12,39** po pacijentici.

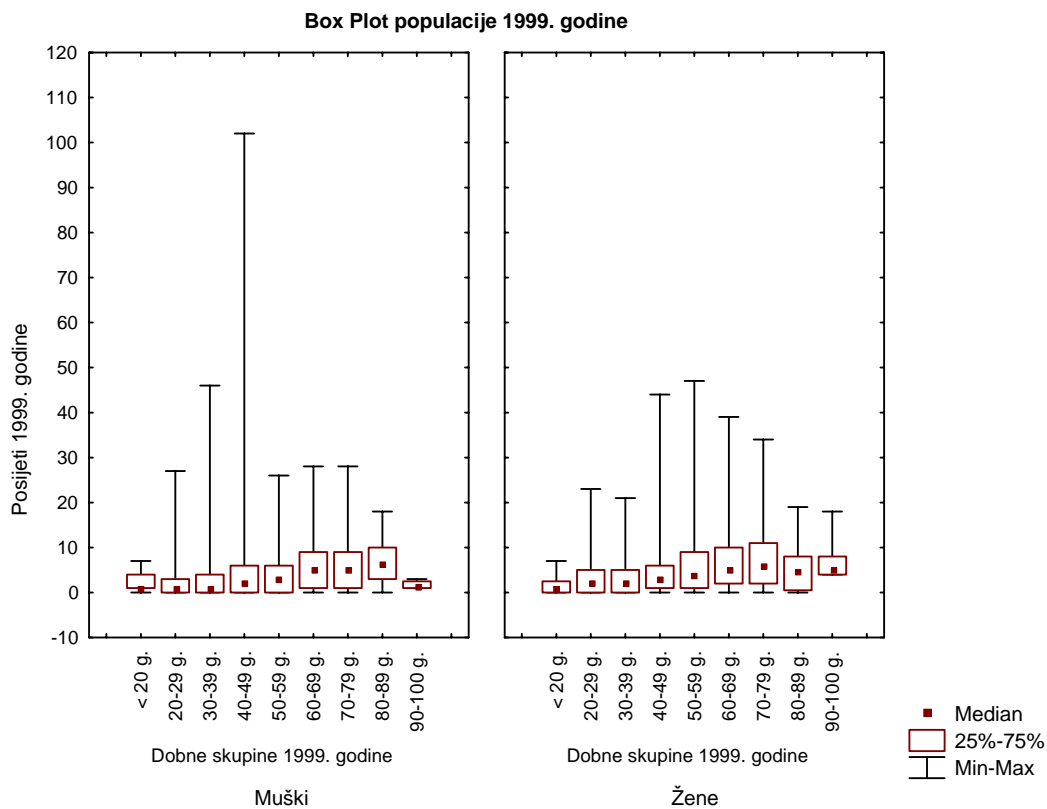
988 ili 22,4 % pacijenata učestalih posjetilaca učinilo je 13 091 ili 64,8% posjeta.

1 826 pacijenata muškaraca ostvarilo je 7 944 posjeta ili **4,4** po pacijentu.

2486 žena imalo je 12 489 posjeta ili **5,0** po pacijentici.

Obiteljskog liječnika barem jednom u tijeku 1999. godine posjetilo je 3 196 pacijenata (1 271 muškaraca i 1925 žena). Obuhvat pacijenata za 1999. godinu iznosi 74,1 %. U odnosu na 1997. obuhvat je povećan za 15 %, i to kod oba spola u svim dobnim skupinama.

Grafikon 3. Distribucija posjeta 1999. godine, po kvartilama i dobi u skupini muških i ženskih ispitanika



Porastao je raspon broja posjeta kod muškaraca od 20 do 40 godine života.

Porastao je raspon broja posjeta kod žena iznad 40 do 70 godine, a smanjen do 40 godine. U odnosu na 1997. godinu bitno je porastao raspon broja posjeta do prve kvartile (Q_1) kod oba spola što je rezultat povećanog obuhvata ispitanika.

Sažeto, rezultati broja posjeta kod opće populacije pokazuju:

- 1. Ukupno je porastao broj posjeta kod obiteljskog liječnika od 17 935 u 1997. godini na 20 433 u 1999. godini, što predstavlja porast od 13,9 %.*
- 2. Porastao je broj posjeta po pacijentu od 4,1 iz 1997. godine na 4,7 u 1999 godini.*
- 3. Porastao je broj pacijenata, starijih od 18 godina, koji su najmanje jednom posjetili obiteljskog liječnika u godini 1997. s 59 % (2 550 pacijenata) na 74 % (3 196 pacijenata) u 1999. godini.*
- 4. U području do 3. kvartile, od ukupnih 75 % posjeta broj posjeta porastao je od 6 665 na 7 342 ili za 10,2 %.*
- 5. Iznad 3. kvartile broj posjeta u trogodišnjem praćenju je porastao od 11 270 na 13 091 ili za 16,2 %.*
- 6. 22 % učestalih posjetilaca 1997. godine i 22,4 % učestalih posjetilaca 1999. godine učini od 63 % i 65 % ukupnih posjeta kod obiteljskog liječnika.*
- 7. Žene učine oko 60 % posjeta (u promatranoj skupini bilo je 57,7 % žena).*

4.2. STRUKTURA BROJA POSJETA DIJABETIČARA

Iz 13 ordinacija obiteljske medicine uključenih u program Cro Diab GP, prema registru dijabetičara iz 1997. godine, izdvojeni su pacijenti dijabetičari. Godine 1997. nađeno je 696 dijabetičara. Od 696 dijabetičara, tri godine kasnije -1999., u registru je ostalo 490 dijabetičara (121 pacijent je umro, 83 su preselili kartone, a 2 pacijenta s jatrogenim dijabetesom nisu ušla u istraživanje). U istraživanje nisu uključeni novootkriveni pacijenti dijabetičari u razdoblju 1997.- 1999.

Dijabetičari su podijeljeni u dobno spolne skupine. Dob je određena prema 1999. godini, za koju su analizirane sve varijable prema ciljevima istraživanja.

Tablica 5. Dijabetičari prema dobi i spolu 1999. godine

Dob	Spol ispitanika		Ukupno
	muški	ženski	
20-29	1	1	2
30-39	2	1	3
40-49	19	15	34
50-59	43	41	84
60-69	66	107	173
70-79	60	111	171
80-89	6	17	23
Ukupno	197	293	490

197 je muškaraca i 293 žena. 92 % dijabetičara starije je od 50 godina (87 % je u dobnim skupinama između 50 i 80 godine).

Praćen je broj posjeta 490 dijabetičara od 1.1.1997. do 31.12.1999. godine.

1997. dijabetičari su kod obiteljskog liječnika ostvarili 5 454 posjeta, a

1999. godine 5 625 posjeta.

Prema graničnoj vrijednosti (Q_3), određenoj prema broju dolazaka obiteljskom liječniku u populaciji, određen je pacijent dijabetičar učestali posjetilac. Kriterij za dijabetičara učestalog posjetioca je broj posjeta kroz godinu iznad granične vrijednosti treće kvartile u općoj populaciji. Ostali dijabetičari su uzeti kao komparativna skupina. Prema tom kriteriju u skupini učestalih posjetilaca dijabetičara god. 1997. bilo je njih 285, a 1999. godine 279.

Tablica 6. Distribucija posjeta dijabetičara prema dobi i spolu 1997. godine

Broj posjeta / Spol		Dobne skupine (godina)						Ukupno	
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79		80-89
do 10	muški		2	5	18	13	4	1	43
	ženski			6	7	9		2	24
	ukupno		2	11	25	22	4	3	67
11-15	muški	1		6	8	19	8	2	44
	ženski			4	18	32	22	1	77
	ukupno	1		10	26	51	30	3	121
16-20	muški			3	2	10	8		23
	ženski	1		4	6	17	12	1	41
	ukupno	1		7	8	27	20	1	64
21-25	muški				1	1	2		4
	ženski		1	2		5	5		13
	ukupno		1	2	1	6	7		17
26-30	muški				1		1		2
	ženski		1	1	1	4	1	1	9
	ukupno		1	1	2	4	2	1	11
30 i više	muški					1			1
	ženski			1		3			4
	ukupno			1		4			5

Tablica 7. Distribucija posjeta dijabetičara prema dobi i spolu 1998. godine

Broj posjeta/Spol		Dobne skupine (godina)							Ukupno
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	
do 10	muški		1	16	31	32	22	3	105
	ženski			9	26	47	44	2	128
	ukupno		1	25	57	79	66	5	233
11-15	muški		1	4	10	25	21	1	62
	ženski			5	13	34	39	3	94
	ukupno		1	9	23	59	60	4	156
16-20	muški		1		3	10	5		19
	ženski	1		1	8	17	15	3	45
	ukupno	1	1	1	11	27	20	3	64
21-25	muški	1			3	1	1		6
	ženski					8	3	2	13
	ukupno	1			3	9	4	2	19
26-30	muški					4	1		5
	ženski		1	1	1	3	4		10
	ukupno		1	1	1	7	5		15
30 i više	muški					2	1		3
	ženski								
	ukupno					2	1		3

Tablica 8. Distribucija posjeta dijabetičara prema dobi i spolu 1999. godine

Broj posjeta/Spol		Dobne skupine (godina)							Ukupno
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	
do 10	muški		1	3	10	5	3		22
	ženski			2	1			2	5
	ukupno		1	5	11	5	3	2	27
11-15	muški		1	2	9	25	21	2	60
	ženski	1		5	12	30	27	5	80
	ukupno	1	1	7	21	55	48	7	140
16-20	muški	1		5	4	10	8		28
	ženski			2	2	19	17	3	43
	ukupno	1		7	6	29	25	3	71
21-25	muški				4	1	4		9
	ženski		1	2	3	5	5	2	18
	ukupno		1	2	7	6	9	2	27
26-30	muški				1		1		2
	ženski				2	3	4		9
	ukupno				3	3	5		11
30 i više	muški								
	ženski					3			3
	ukupno					3			3

Ukupan broj posjeta koji je ostvarilo 490 dijabetičara povećan je s 5 454 za 1997. godinu na 5 627 za 1999. godinu, ili za 3,1 %.

Muškarci dijabetičari 1999. godine imali su ukupno 2 094 posjeta ili **10,6** po pacijentu.

Muškarci učestali posjetioci imali su **14,1** posjet.

Žene dijabetičarke imale su 1999. godine ukupno 3 387 posjeta ili **11,5** po pacijentici.

Žene učestali posjetioci imale su **15,5** posjeta.

Sažeto, rezultati analize broja posjeta dijabetičara pokazuju:

- 1. U razdoblju od tri godine broj učestalih posjetilaca dijabetičkih bolesnika je smanjen s 285 na 279., ili za 2,8 %.*
- 2. Učestali posjetioци dijabetičari 1997. imali su 4252 posjeta, a 1999. 4319, ili za 1,6 % više nego 1997. godine.*
- 3. Najveća frekvencija učestalih posjetilaca je u rasponu posjeta 11 do 20, a najviše učestalih posjetilaca je u dobi od 50 do 80 godina.*

4.3. ANALIZA POKAZATELJA ZAŠTITE DIJABETIČARA

4.3.1. Demografske varijable

Analiza pokazatelja zaštite dijabetičara rađena je prema stanju 1999. godine za skupinu 279 učestalih i 211 neučestalih posjetilaca dijabetičara.

Razlike u demografskim varijablama (dob, spol, obrazovanje, bračni status, broj članova domaćinstva) između grupa učestalih i neučestalih posjetilaca dijabetičara testirane su χ^2 testom.

Tablica 9. Distribucija dijabetičara učestalih i neučestalih posjetilaca prema demografskim varijablama pacijenata

		UČESTALI	NEUČESTALI	df	λ	P
SPOL	M	121	76	1	2,700	0,100
	Ž	158	135			
OBRAZOVANJE	NSS	167	130	2	1,654	0,437
	SSS	90	59			
	VSS	22	22			
BRAČNI STATUS	U BRAKU	189	137	3	3,964	0,265
	UDOVAC	74	67			
	RASTAVLJEN	11	3			
	NEOŽENJEN	5	4			

197 je muškaraca dijabetičara i 293 žena. Nema statistički značajne razlike u distribuciji učestalih/neučestalih posjetilaca prema spolu pacijenata ($\chi^2=2,700$; $df=1$, $P=0,100$). Učestalih posjetilaca je podjednako kod muškaraca i žena.

60,6% od svih dijabetičara je niže stručne spreme, 30,4 % srednje stručne spreme i 8,9% više i visoke stručne spreme. Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema stupnju obrazovanja ispitanika nije statistički značajna ($\chi^2=1,654$; $df=2$, $P=0,437$).

46% dijabetičara živi u braku, 28,7% su udovci, a 25,3% su samci ili rastavljeni.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetioca prema bračnom statusu ispitanika nije statistički značajna ($\chi^2=3,964$; $df=3$, $P=0,265$).

Tablica 10. Parametri distribucije dobi dijabetičara 1999. godine u skupinama učestalih i neučestalih posjetitelja

<i>DOB ISPITANIKA</i>	Učestali posjetitelji	Neučestali posjetitelji
<i>N</i>	279	211
\bar{x}	65,79	67,36
<i>s</i>	10,53	9,61
<i>Q</i> ₁	60,00	61,00
Medijan	68,00	38,00
<i>Q</i> ₃	73,00	75,00
<i>Q</i> ₃ - <i>Q</i> ₁	13,00	14,00
Mod	71,00	74,00
Min	28,00	43,00
Max	89,00	87,00
<i>Raspon</i>	61,00	44,00
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	1,897	1,285
<i>P</i>	0,002	0,074

Raspon dobi učestalih posjetioca je 61 godina sa prosjekom 65,8 godina , a neučestalih 44 godine s prosjekom 67,4 godine.

Distribucija dobi u skupini učestalih posjetitelja nije normalne raspodjele, dok u skupini neučestalih posjetitelja slijedi normalnu raspodjelu, što je testirano Kolmogorov-Smirnovljevim testom čiji rezultati su prikazani u tablici 10. Razlika u distribuciji dobi između učestalih i neučestalih posjetitelja testirana Mann-Whitneyevim testom nije se pokazala statistički značajnom (Mann-Whitney $U= 27223,000$; $P = 0,154$).

Učešće učestalih i neučestalih posjetilaca u svim dobnim skupinama je podjednako.

Tablica 11. Parametri distribucije dijabetičara učestalih i neučestalih posjetilaca prema broju članova domaćinstva

<i>BROJ ČLANOVA DOMAĆINSTVA</i>	Učestali posjetitelji	Neučestali posjetitelji
<i>N</i>	279	211
\bar{x}	3,48	3,33
<i>s</i>	10,53	1,80
<i>Q</i> ₁	2,00	2,00
Medijan	3,00	3,00
<i>Q</i> ₃	5,00	5,00
<i>Q</i> ₃ - <i>Q</i> ₁	3,00	3,00
Mod	2,00	2,00
Min	1,00	1,00
Max	11,00	8,00
<i>Raspon</i>	10,00	7,00
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	3,186	3,006
<i>P</i>	<0,001	<0,001

Dijabetičar učestali i neučestali posjetilac živi u obitelji s 3 do 4 člana.

Distribucija broja članova domaćinstva ne slijedi normalnu raspodjelu niti u skupini učestalih, niti u skupini neučestalih posjetilaca, a što je testirano Kolmogorov-Smirnovljevim testom čiji rezultati su prikazani u tablici 11 Razlika u distribuciji broja članova domaćinstva između učestalih i neučestalih posjetitelja testirana Mann-Whitneyevim testom nije se pokazala statistički značajnom (Mann-Whitney U= 28565,500; P = 0,569).

Istraženo je 5 demografskih varijabli dijabetičara u skupini učestalih i neučestalih posjetilaca. Po promatranim varijablama nije nađena statistička značajnost razlike.

4.3.2. Rezultati učestali/neučestali posjetilac prema obilježjima bolesti dijabetesa i drugih pridruženih bolesti

Tablica 12. Učestalost posjeta dijabetičara u 1999. godini prema tipu dijabetesa

		Učestalost posjeta 1999.		Ukupno
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
<i>Dijabetes</i>	Tip 1	15	1	16
	Tip 2	264	210	474
<i>Ukupno</i>		279	211	490

Od 490 dijabetičara njih 16 ili 3,3% ima tip 1 bolesti, njih 474 ili 94,7% boluje od tipa 2 dijabetesa.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema tipu dijabetesa statistički je značajna ($\chi^2=9,141$; $df=1$, $P=0,002$). Ovoj razlici najviše doprinosi udio neučestalih posjetitelja u skupini ispitanika s dijabetesom tipa 1 puno manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 5,0349$), kao i udio učestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika puno veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 3,8078$).

Tablica 13. Učestalost posjeta dijabetičara u 1999. godini prema različitim načinima liječenja dijabetesa

		Učestalost posjeta 1999.		Ukupno
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
<i>Način liječenja</i>	Samo dijeta	36	52	88
	Oralni antidijabetici	162	128	290
	Inzulin	45	12	57
	Inzulin + oralni antidijabetici	36	19	55
<i>Ukupno</i>		279	211	490

Samo na osnovnim principima liječenja (dijeti) je 18% dijabetičara, na peroralnoj terapiji 59,2%, na inzulinu 11,6% i na inzulinu za peroralnu terapiju je 11,2% dijabetičara.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema načinu liječenja dijabetesa statistički je značajna ($\chi^2=22,247$; $df=3$, $P<0,001$). Ovoj razlici najviše doprinosi udio neučestalih posjetitelja u skupini ispitanika liječenih inzulinom koji je puno manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 6,4117$) odnosno udio učestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika koji je puno veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 4,849$), te udio neučestalih posjetitelja u skupini ispitanika liječenih inzulinom koji je puno veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 5,2511$) te udio učestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika koji je puno manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 3,9712$).

Tablica 14. Učestalost posjeta dijabetičkih bolesnika u 1999. godini prema promijenjenoj terapiji u liječenju dijabetesa u 1999. godini

		Učestalost posjeta 1999.		Ukupno
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
<i>Promijenjena terapija</i>	DA	46	34	80
	NE	233	177	410
<i>Ukupno</i>		279	211	490

Od 490 dijabetičara kod njih 80 liječnik je promijenio peroralnu terapiju na inzulin, ili je promijenjena vrsta peroralne terapije ili vrsta inzulina. Uglavnom je razlog promjene terapije bila loša glikemija na dosadašnjoj terapiji.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema promijenjenoj terapiji ispitanika u 1999. godini nije statistički značajna ($\chi^2=0,012$; $df=1$, $P=0,912$).

Tablica 15. Učestalost posjeta dijabetičara u 1999. godini prema glavnoj bolesti ispitanika

		Učestalost posjeta 1999.		Ukupno
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
<i>Glavna bolest</i>	Dijabetes	159	140	299
	Druge bolesti	120	71	191
<i>Ukupno</i>		279	211	490

Za 299 dijabetičara (61%) obiteljski liječnik je potvrdio da je dijabetes pacijentova glavna bolest. Za 39% ispitanika druge multimorbidne bolesti su glavna bolest.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema glavnoj bolesti ispitanika statistički je značajna ($\chi^2=4,427$; $df=1$, $P=0,035$). Udio učestalih posjetitelja u skupini kojima je dijabetes glavna bolest bio je manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 0,743$), dok je udio neučestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika bio veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 0,9825$). Udio učestalih posjetitelja u skupini kojima dijabetes nije glavna bolest bio je veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 1,1631$), dok je udio neučestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika bio manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 1,538$).

Tablica 16. Parametri distribucije trajanja dijabetesa u skupinama učestalih i neučestalih posjetitelja

<i>Trajanje dijabetesa</i>	Učestali posjetitelji	Neučestali posjetitelji
<i>N</i>	279	211
\bar{x}	12,00	11,05
<i>s</i>	7,45	7,47
<i>Q</i> ₁	6,00	6,00
Medijan	9,00	8,00
<i>Q</i> ₃	15,00	14,00
<i>Q</i> ₃ - <i>Q</i> ₁	9,00	8,00
Mod	5,00	5,00
Min	3,00	4,00
Max	51,00	44,00
<i>Raspon</i>	48,00	40,00
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	2,998	2,640
<i>P</i>	<0,001	<0,001

Distribucija trajanja dijabetesa ne slijedi normalnu raspodjelu niti u skupini učestalih, niti u skupini neučestalih posjetitelja, a što je testirano Kolmogorov-Smirnovljevim testom čiji rezultati su prikazani u tablici 16. Učestali posjetitelji su u ispitivanoj skupini duže bolovali od dijabetesa, nego neučestali posjetitelji. Ova razlika u distribuciji trajanja dijabetesa između učestalih i neučestalih posjetitelja testirana Mann-Whitneyevim testom statistički je značajna (Mann-Whitney U= 26317,500; P = 0,044).

Tablica 17. Učestali posjetioci dijabetičari u 1999. godini prema samokontroli dijabetesa (primjenom aparata i traka)

		Učestalost posjeta 1999.		Ukupno
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
<i>Samokontrola</i>	DA	83	41	124
	NE	196	170	366
<i>Ukupno</i>		279	211	490

25,3% dijabetičara vrši samokontrolu glikemije u krvi sa trakama i aparatom za mjerenje glukoze u krvi.

Gotovo da nalaz korelira sa postotkom inzulinske terapije, jer jedino kod takvih pacijenta Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje podmiruje troškove za mjerenje glukoze u krvi.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema samokontroli dijabetesa statistički je značajna ($\chi^2=6,766$; $df=1$, $P=0,009$). Ovoj razlici najviše doprinosi udio neučestalih posjetitelja u skupini ispitanika koji primjenjuju samokontrolu dijabetesa koji je puno manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 2,8777$), kao i udio učestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika koji je puno veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 2,1763$).

Doprinos razlici može činiti i to što je samokontrola u našim uvjetima vezana uz inzulinsku terapiju, a dijabetičari na inzulinu češće posjećuju liječnika.

Tablica 18. Učestali posjetioци dijabetičari u 1999. godini prema suradnji u liječenju bolesti

		Učestalost posjeta 1999.		Ukupno
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
<i>Suradnja ispitanika</i>	Nema suradnje- 0 bodova	13	15	28
	Slaba suradnja- 1 bod	34	35	69
	Prosječna suradnja- 2 boda	101	89	190
	Dobra suradnja- 3 boda	131	72	203
<i>Ukupno</i>		279	211	490

Prema ocjeni obiteljskog liječnika 5,7% dijabetičara gotovo uopće ne surađuje u liječenju (0 bodova); 14,1% surađuje slabo (1 bod); 38,7% ima prosječnu ocjenu (2 boda); i 41,1% surađuje vrlo dobro (3 boda). Liječnici su prema nalazu zadovoljni sa suradnjom pacijenata u provođenju liječenja kod 41,4% dijabetičara. Ta je suradnja bolja kod učestalih (46,9%) nego kod neučestalih (34,1%) dijabetičara.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema suradnji ispitanika statistički je značajna ($\chi^2=8,796$; $df=3$, $P=0,032$). Udio učestalih posjetitelja u skupini ispitanika koji su tijekom 1999. godine dobro surađivali s liječnikom bio je puno veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 2,0556$), dok je udio neučestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika bio puno manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 2,7181$).

Tablica 19. Učestali posjetitelji dijabetičari u 1999. godini prema broju multimorbidnih kroničnih bolesti uz dijabetes (prema MKB-10)

Broj multimorbidnih bolesti		Učestalost posjeta 1999.		Ukupno / %
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
<i>Multimorbiditet</i>	0	30	29	59 12%
	1	104	92	196 40%
	2	99	68	167 34,1%
	3	33	17	50 10,2%
	4	10	5	15 3,1%
	5	2	0	2 0,4%
	6	1	0	1 0,2%
<i>Ukupno</i>		279	211	490 100%

Uz dijabetes dijabetičari imaju još nekoliko pridruženih bolesti, u rasponu 0 do 6. 1 do 3 bolesti ima 84,3% dijabetičara. Uz dijabetes od pridruženih kroničnih bolesti ne boluje 12% dijabetičara, što je i razumljivo jer je raspon godina dijabetičara od 28 do 89 godina. Više od 3 kronične bolesti uz dijabetes ima 4,7% dijabetičara.

Naš dijabetičar s dijabetesom ima prosječno 2,53 kronične bolesti.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema broju multimorbidnih bolesti ispitanika nije statistički značajna ($\chi^2=6,991$; $df=6$, $P=0,322$).

Tablica 20. Parametri distribucije učestalih/neučestalih posjeta prema indeksu težine multimorbiditeta, prema MKB-10/ICD-9/CI (Index Comorbidity Disease adaptiran po Charlsonu), u skupinama učestalih i neučestalih posjetitelja, mogućnost 0 do 6. (prilog 3)

<i>Multimorbiditet</i>	Učestali posjetitelji	Neučestali posjetitelji
<i>N</i>	279	211
\bar{x}	1,27	0,99
<i>s</i>	0,98	0,62
<i>Q</i> ₁	1,00	1,00
Medijan	1,00	1,00
<i>Q</i> ₃	1,00	1,00
<i>Q</i> ₃ - <i>Q</i> ₁	0,00	0,00
Mod	1,00	1,00
Min	0	0
Max	7	3
<i>Raspon</i>	7	3
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	7,104	6,141
<i>P</i>	0,000	0,000

Raspon zbroja težine multimorbiditeta kod neučestalih dijabetičara iznosi 3, a učestalih 7.

Dijabetičari učestali posjetioci imaju prema MKB-10/ICD-9/CI, ozbiljnije pridružene kronične bolesti. Dijabetičari s većim indeksom težine multimorbidnih kroničnih bolesti značajno su češće posjećivali obiteljskog liječnika, indeks 1,27. Dijabetičari neučestali posjetioci imaju indeks multimorbidnih bolesti 0,99.

Dobivene razlike u distribucijama varijable indeksa težine multimorbiditeta između skupina učestalih i neučestalih posjetitelja statistički su značajne (Mann-Whitney $U=25731,000$; $P=0,002$)

Skala multimorbiditeta po Charlsonu uz neke nedostatke navedene u poglavlju 5.6. može dati kliničku procjenu stanja pacijenta za znanstvenu analizu.

Analiza je pokazala da obiteljski liječnik primjenom navedene skale može procijeniti težinu bolesti svog pacijenta i njegov ukupni klinički status.

Tablica 21. Parametri distribucije komorbiditeta - komplikacija bolesti dijabetesa prema IDS (Indeks Disease Severity), u skupinama čestalih i neučestalih posjetioca

<i>Komorbiditet</i>	Učestali posjetitelji	Neučestali posjetitelji
<i>N</i>	279	211
\bar{x}	1,37	2,62
<i>s</i>	1,80	1,56
<i>Q</i> ₁	0,00	0,00
Medijan	1,00	0,00
<i>Q</i> ₃	2,00	2,00
<i>Q</i> ₃ - <i>Q</i> ₁	1,00	2,00
Mod	0,00	0,00
Min	0	0
Max	12	7
<i>Raspon</i>	12	7
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	3,724	4,970
<i>P</i>	0,000	0,000

Mogućnost raspona jedne varijable je 0-3, raspon zbroja 0 do 12.

0 = nema znakova komplikacija

1 = prisutni znaci komplikacija

2 = komplikacije izražene, moguće ih je držati pod kontrolom

3 = dekompenzirane komplikacije

Promatrane su: retinopatija H36.0, neuropatija G59.0, G63.2,G99.0, nefropatija N08.3, dijabetičko stopalo I79.2.

Dobivene razlike u distribucijama varijable indeksa težine multimorbiditeta između skupina učestalih i neučestalih posjetioca statistički su značajne (Mann-Whitney $U=24089,000$; $P=0,000$).

Neučestali posjetilac ima veći indeks težine komplikacija bolesti 2,62 od učestalog posjetioca 1,37, iako je raspon indeksa ozbiljnosti manji nego kod učestalih 0 do 7. Razlog je što je dijabetičar sa većim indeksom ozbiljnosti komplikacija bolesti dijabetesa teži bolesnik. Vezano na broj posjeta, više je na bolničkom liječenju, teže je pokretan i manje može posjećivati obiteljskog liječnika. U fazi bolesti dijabetesa kad su komplikacije izražene, a pod kontrolom pacijent ima manji indeks ozbiljnosti dijabetesa, ali često dolazi liječniku jer mu klinički status još dozvoljava.

Tablica 22. Parametri distribucije uzimanja broja lijekova prema Anatomical Therapeutical Chemical Classification (ATC), u skupinama učestalih i neučestalih posjetitelja

<i>Lijekovi ukupno</i>	Učestali posjetitelji	Neučestali posjetitelji
<i>N</i>	279	211
\bar{x}	3,46	2,62
<i>s</i>	1,63	1,51
<i>Q</i> ₁	2,00	2,00
Medijan	3,00	2,00
<i>Q</i> ₃	4,00	4,00
<i>Q</i> ₃ - <i>Q</i> ₁	2,00	2,00
Mod	3	2
Min	0	0
Max	9	7
<i>Raspon</i>	9	7
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	2,914	2,617
<i>P</i>	0,000	0,000

Za liječenje dijabetesa i drugih pridruženih bolesti učestali posjetilac dijabetičar troši prosječno 3,46 lijeka (raspon 0 do 9), a neučestali 2,62 lijeka (raspon 0 do 7).

Dobivene razlike u distribucijama varijable uzimanja broja lijekova između skupina učestalih i neučestalih posjetioca statistički su značajne (Mann-Whintney U=20759,500; P=0,000).

Sažeto, rezultati analize učestali/neučestali posjetilac dijabetički bolesnik prema obilježjima bolesti dijabetesa i drugih pridruženih bolesti, tablice 12-22:

- 1. Učestali posjetilac je češće pacijent koji boluje od tipa 1 dijabetesa.*
- 2. Dijabetičari na inzulinskoj terapiji češće su učestali posjetioci.*
- 3. Ako su druge multimorbidne bolesti glavna bolest kod dijabetičkog bolesnika, pacijent dijabetičar češće je učestali posjetilac.*
- 4. Dijabetičari kod kojih je dijabetes duže trajao češće su učestali posjetioci.*
- 5. Pacijenti dijabetičari koji sami obavljaju kontrolu glukoze u krvi i koji bolje surađuju u liječenju češće su učestali posjetioci.*
- 6. Dijabetičari sa većim indexom težine drugih multimorbidnih bolesti češće su učestali posjetioci (prema MKB-10/ICD-9/CI).*
- 7. Dijabetičari sa većim indexom težine komplikacija dijabetesa u manjoj su mjeri učestali posjetioci (prema IDS).*
- 8. Dijabetičari koji troše više lijekova češće su učestali posjetioci (prema ATC).*

Na učestale/neučestale posjete dijabetičkih bolesnika ne utječe:

- 1. Promjena terapije dijabetesa.*
- 2. Broj pridruženih multimorbidnih bolesti (prema MKB-10).*

4.3.3. Analiza distribucije učestali/neučestali posjetilac prema varijablama liječnika-prakse

Tablica 23. Distribucija učestali/neučestali posjetilac dijabetičar prema spolu liječnika i specijalizaciji

		UČESTALI	NEUČESTALI	UKUPNO	%	χ^2	p
SPOL LIJEČNIKA	M	117	90	207	42,2	0,025	0,873
	Ž	162	121	283	57,8		
SPECIJALIZACIJA LIJEČNIKA	DA	220	177	397	81,0	1,979	0,159
	NE	59	34	93	19,0		

U našem istraživanju 42,2 % dijabetičara liječi se kod liječnika, a 57,8% kod liječnica. 81,0% lijeći specijalist obiteljske medicine, a 19,0% liječnik bez specijalizacije. Distribucija muških/ženskih liječnika ne odgovara distribuciji u Hrvatskoj, a niti specijalist/nescijalist. Međutim, radi se o liječnicima koji su 1997. pristali na sudjelovanje u projektu Cro Diab GP, pa je proporcija više u korist liječnika i specijalista obiteljske medicine, nego to vrijedi za sve liječnike/liječnice u Hrvatskoj.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetilaca prema spolu liječnika obiteljske medicine nije statistički značajna. $\chi^2 = 0,025, P = 0,873, df = 1$.

Razlika u distribuciji učestalih//neučestalih posjetilaca prema specijalizaciji liječnika obiteljske medicine koji liječe dijabetičare nije statistički značajna $\chi^2 = 1,979, P = 0,159, df = 1$.

Tablica 24. Učestali posjetitelji u 1999. godini u grupi liječnika

LIJEČNICI (šifra)		Učestali posjetitelji 1999.god.		Ukupno
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
	K-1	28	36	64
	P-1	14	22	36
	B-1	13	10	23
	SB-1	12	16	28
	S-1	28	12	40
	P-2	11	10	21
	SB-2	17	11	28
	S-2	19	19	38
	S-3	28	11	39
	S-4	29	12	41
	S-5	16	16	32
	K-2	29	7	36
	P-3	21	18	39
	P-4	14	11	25
<i>Ukupno</i>		279	211	490

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema liječniku obiteljske medicine koji liječi ispitanika statistički je značajna ($\chi^2=31,131$; $df=13$, $p=0,003$).

Udio učestalih posjetitelja među dijabetičarima koje liječe liječnici K-1 manji je od očekivanog (doprinos $\chi^2= 1,9552$), P-1 manji je od očekivanog (doprinos $\chi^2= 2,0599$), i SB-1 manji je od očekivanog (doprinos $\chi^2= 0,9751$).

Udio učestalih posjetitelja među dijabetičarima koje liječe liječnici S-1 veći je od očekivanog (doprinos $\chi^2= 1,1984$), S-3 veći je od očekivanog (doprinos $\chi^2= 1,5117$), .

S-4 veći je od očekivanog (doprinos $\chi^2= 1,3699$) K-2 veći je od očekivanog (doprinos $\chi^2= 3,5264$).

Udjeli učestalih i neučestalih posjetitelja koje liječe liječnici B-1, P-2, SB-2, S-2, S-5, P-3 i P-4 nisu se značajno razlikovali od očekivanih udjela u ispitivanom uzorku dijabetičara.

Tablica 25. Distribucija učestali/neučestali posjetilac prema općim pokazateljima kvalitete prakse

		UČESTALI	NEUČESTALI	UKUPNO	%	χ^2	P
PUŠENJE DIJABETIČARA	DA	35	27	62	12,7	0,007	0,934
	NE	244	184	428	87,3		
CIJEPLJENJE PROTIV GRIPE	DA	176	115	291	59,4	3,667	0,05
	NE	103	96	199	40,6		
MAMOGRAFIJA DIJABETIČARKI	DA	48	36	84	28,0	0,511	0,475
	NE	113	102	215	72,0		

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetilaca prema pušenju dijabetičara u 1999. godini nije statistički značajna. $\chi^2 = 0,007$, $df=1$, $P=0,934$.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetilaca prema cijepljenju protiv gripe je statistički značajna $P=0.05$. Udio učestalih posjetilaca u skupini cijepljenih protiv gripe bio je veći od očekivanog (doprinos $\chi^2 = 0,6413$). Udio učestalih posjetilaca u skupini koji nisu bili cijepljeni protiv gripe bio je manji od očekivanog (doprinos $\chi^2 = 0,9378$).

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetilaca prema mamografiji ispitanica u 1999. godini nije statistički značajna $\chi^2 = 0,511$; $df=1$, $P=0,475$.

Tablica 26. Distribucija učestali/neučestali posjetilac prema primjeni prihvaćenih pokazatelja specifične zaštite dijabetičara

		UČESTALI	NEUČESTALI	UKUPNO	%	χ^2	P
ODREĐIVANJE HbA1C	DA	76	43	119	24,3	3,076	0,079
	NE	203	168	371	75,7		
ODREĐIVANJE ALBUMINA U URINU	DA	192	123	315	64,3	5,795	0,016
	NE	87	88	175	35,7		
ODREĐIVANJE LIPIDA	DA	190	128	318	64,9	2,917	0,088
	NE	89	83	172	35,1		
KONTROLA OKULISTE	DA	204	129	333	68,0	7,920	0,005
	NE	75	82	157	32,0		
PREGLED STOPALA	DA	182	108	290	59,2	9,815	0,002
	NE	97	103	200	40,8		

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetilaca prema određivanju HbA1c u 1999. godini nije statistički značajna. $\chi^2 = 3,076$, $df = 1$, $P = 0,079$.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetilaca prema određivanju albumina u urinu statistički je značajna $\chi^2 = 5,795$; $df = 1$, $P = 0,016$.

Udio učestalih posjetilaca u skupini koji tijekom 1999. nisu određivali albumine bio je puno manji od očekivanog (doprinos $\chi^2 = 1,6041$).

Udio učestalih posjetilaca u skupini koji su tijekom 1999. određivali albumine bio je veći od očekivanog (doprinos $\chi^2 = 0,8912$).

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetilaca prema određivanju lipida ispitanika u 1999. godini nije statistički značajna $\chi^2 = 2,917$; $df = 1$, $P = 0,088$.

Razlika u distribuciji učestali/neučestali prema okulističkom pregledu u 1999. godini statistički je značajna $\chi^2 = 7,920$; $df = 1$, $P = 0,005$. Udio učestalih posjetilaca koji 1999. nisu posjetili okulistu bio je puno manji od očekivanog $\chi^2 = 2,3176$.

Udio učestalih posjetitelja u skupini koji su tijekom 1999. godine posjetili okulista bio je veći od očekivanog $\chi^2 = 1,0927$.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja kojima je 1999. godine pregledano stopalo statistički je značajna $\chi^2 = 9,815$; $df = 1$, $P = 0,002$. Udio učestalih posjetilaca u skupini kojima nije pregledano stopalo bio je manji od očekivanog doprinos $\chi^2 = 2,5014$.

Udio učestalih posjetilaca u skupini koji su tijekom 1999. imali pregled stopala bio je veći od očekivanog $\chi^2 = 1,7251$.

Tablica 27. Učestalost posjeta u 1999. godini prema kontrolama internista (dijabetologa, endokrinologa ili općeg internista)

		Učestalost posjeta 1999.		Ukupno
		Učestali posjetitelj	Neučestali posjetitelj	
<i>Kontrola internista</i>	DA	111	44	155
	NE	168	167	335
<i>Ukupno</i>		279	211	490

155 dijabetičara ili 32%, osnovno liječenje dijabetesa propisuje internist. Obiteljski liječnik u Hrvatskoj, uglavnom partnerstvo u liječenju dijabetesa prepušta internistu "share care", kod inzulini ovisnih dijabetičara. U studiji je 22,6% inzulini ovisnih dijabetičara. Ne možemo tvrditi da su svi inzulini pod kontrolom internista, ali je sigurno da je najmanje 10% i peroralne terapije pod kontrolom internista.

Razlika u distribuciji učestalih/neučestalih posjetitelja prema kontrolama internista statistički je značajna ($\chi^2=19,911$; $df=1$, $P<0,001$). Udio učestalih posjetitelja u skupini koji su tijekom 1999. godine imali kontrolne preglede kod interniste bio je puno veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 5,8618$), dok je udio neučestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika bio puno manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 7,7509$). Udio učestalih posjetitelja u skupini koji tijekom 1999. godine nisu imali kontrolni pregled internista bio je puno manji od očekivanog (doprinos $\chi^2= 2,7122$), dok je udio neučestalih posjetitelja u istoj skupini ispitanika bio puno veći od očekivanog (doprinos $\chi^2= 3,5862$).

Sažeto, rezultati analize učestali/neučestali posjetilac dijabetički bolesnik prema varijablama liječnika, prakse. Tablice 23-27:

- 1. Razlika prema varijabli liječnik koji liječi pacijenta dijabetičara statistički je značajna.*
- 2. Dijabetičari koji su se 1999. godine cijepili protiv gripe češće su učestali posjetioci.*
- 3. Dijabetičari kojima su 1999. godine određeni albumini u urinu, koji su imali pregled okuliste, kojima je pregledano stopalo češće su učestali posjetioci.*
- 4. Dijabetičari koji se kontroliraju kod interniste češće su učestali posjetioci.*

Nije nađena statistički značajna razlika učestali/neučestali posjetilac:

- 1. Razlika u distribuciji učestali/neučestali posjetilac dijabetički bolesnik prema varijablama spola liječnika nije statistički značajna.*
- 2. Razlika u distribuciji učestali/neučestali posjetilac dijabetički bolesnik i specijalizacije liječnika obiteljske medicine nije statistički značajna.*
- 3. Nije statistički značajna razlika prema posjetama dijabetičara koji puše/ne puše i dijabetičarki kod kojih je 1999. godine učinjena mamografija.*
- 4. Nije nađena statistički značajna razlika učestali/neučestali posjetilac dijabetičar prema određivanju HbA1c i određivanju lipida u 1999. godini.*

4.3.4. Diskriminacijska analiza razlike između učestalih i neučestalih posjetitelja dijabetičara prema potrošnji lijekova, komorbiditetu i multimorbiditetu

Dvije skupine ispitanika formirane su prema učestalosti posjeta liječniku obiteljske medicine tijekom 1999. godine:

grupa - 279 učestala posjetitelja

grupa - 211 neučestala posjetitelja.

Dobivena diskriminacijska funkcija statistički je značajna ($\chi^2 = 41,313$; $df = 6$; $P < 0,001$)

Rezultati diskriminacijske analize prikazani su u tablicama 28. i 29. Grupne centroide prikazuje slika 1.

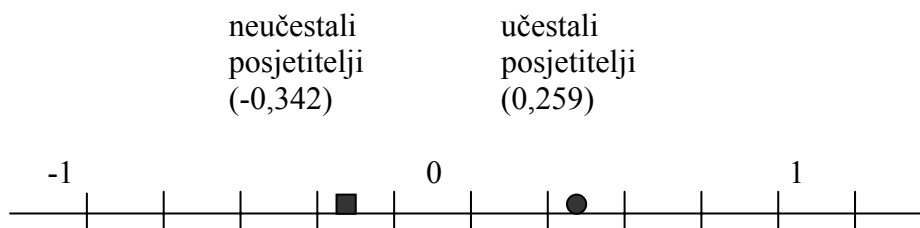
Tablica 28. Standardizirani koeficijenti kanoničke diskriminacijske funkcije

	Funkcija 1
Komorbiditet - score	0,338
K - retinopatija - score	0,201
K - nefropatija - score	0,166
K - neuropatija - score	0,088
K - stopalo - score	-0,001
Lijekovi - ukupno	0,737

Tablica 29. Matrica strukture

	Funkcija 1
Lijekovi - ukupno	0,893
Komorbiditet	0,549
K - retinopatija - score	0,385
K - nefropatija - score	0,338
K - neuropatija - score	0,262
K - stopalo - score	0,113

Dobivena diskriminacijska funkcija pretežito je opisana pozitivnim projekcijama varijabli "ukupni broj propisanih lijekova" i "komorbiditet-score" (indeks težine).



Slika 1. Centroidi grupa ispitanika u dvodimenzionalnom diskriminacijskom prostoru - skupine učestalih i neučestalih posjetitelja

Diskriminacijska analiza je pokazala da su dijabetičari koji učestalo posjećuju svog liječnika obiteljske medicine u ovom ispitivanju dobili više preskripcija za lijekove ukupno i da imaju veći indeks težine multimorbidnih bolesti, Charlson Indeks, od neučestalih posjetitelja .

LOGISTIČKA REGRESIJA

Kriterijska varijabla "učestalost posjeta 1999. godine" je binarna (učestali/neučestali pacijent) pa je stoga učinjena logistička regresija. U logističku regresiju su ušli kao prediktori:

- dob ispitanika (u godinama - kontinuirana varijabla)
- spol ispitanika (muški/ženski)
- bračni status ispitanika (u braku/udovac/rastavljen/neoženjen)
- obrazovanje ispitanika (NSS/SSS/VSS)
- broj članova domaćinstva
- tip dijabetesa (tip I/tipII)
- trajanje dijabetesa
- terapija dijetom (da/ne)
- terapija inzulinom (da/ne)
- terapija oralnim antidijabeticima (da/ne)
- samokontrola trakicama (da/ne)
- suradnja pacijenta u liječenju (da/ne)
- promijenjena terapija u posljednjih godinu dana (da/ne)
- glavna bolest (dijabetes/drugo)
- multimorbiditet (broj bolesti)
- kontrola interniste u 1999. (da/ne)
- cijepljenje protiv gripe u 1999. (da/ne)
- pušenje (da/ne)
- HbA1c u 1999. (da/ne)
- albumini u 1999. (da/ne)
- lipidi u 1999. (da/ne)

- kontrola okulista u 1999. (da/ne)
- pregled stopala u 1999. (da/ne)
- specijalizacija doktora (SOM/LOM)
- spol doktora (muški/ženski).

Dobivene su statistički vrlo značajne predikcije ($\chi^2=78,568$; $df=28$; $P<0,0001$).

Ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti grupi iznosi 68,16% što je prikazano u klasifikacijskoj tablici (tablica 30). Dakle 68,16% učestalih posjeta dijabetičkih bolesnika tijekom 1999. godine moglo se predvidjeti na osnovi analizirane 24 prediktorske varijable.

Tablica 30. Klasifikacijska tablica za "učestalost posjeta 1999." (razina značajnosti je 0,05)

	Procijenjena pripadnost grupi			
Opažena pripadnost grupi		učestali posjetitelj	nije učestali posjetitelj	% ispravno procijenjenih
	učestali posjetitelj	212	67	75,99
	nije učestali posjetitelj	89	122	57,82
	Ukupno slaganje 68,16%			

Slažu se oni kod kojih je procijenjena (predviđena) vrijednost (rezultat) učestalosti posjeta 1999 jednaka ostvarenoj: a to je za skupinu 212 učestalih pacijenata i za skupinu 122 neučestala pacijenata. Ne slaže se 67 učestalih pacijenata koji su prema prediktorima svrstani u neučestale i 89 neučestalih pacijenata koji su procijenjeni kao učestali. Ukupno neslaganje iznosi 31,84%.

Tablica 31. Logistička regresija – učestalost posjeta 1999. godine

Varijable	B	S.E.	Wald	df	Sig	Exp (B)	95% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
Dob	0,016 3	0,0129	1,594 0	1	0,2068	1,016 5	0,991 0	1,0425
Spol (m:ž)	- 0,309 3	0,2371	1,701 5	1	0,1921	0,734 0	0,461 1	1,1682
Bračni status u braku : neoženjeni udovci : neoženjeni rastavljeni: neoženjeni	- 0,436 7 - 0,242 4 - 1,500 7	0,7965 0,8069 1,0451	3,450 6 0,300 6 0,902 2,062 0	3 1 1 1	0,3272 0,5835 0,7639 0,1510	0,646 2 0,784 7 0,223 0	0,135 6 0,161 4 0,028 8	3,0783 3,8154 1,7291
Obrazovanje NSS : VSS SSS : VSS	- 0,427 0 - 0,307 6	0,3913 0,3874	1,201 9 1,190 4 0,630 6	2 1 1	0,5483 0,2752 0,4271	0,652 5 0,735 2	0,303 0 0,344 1	1,4050 1,5709
Br. članova domaćinstva	- 0,041 4	0,0567	0,534 5	1	0,4648	0,959 4	0,858 6	1,0721
Tip dijabetesa (I: II)	- 1,595 1	1,1098	2,065 8	1	0,1506	0,202 9	0,023 0	1,7861
Trajanje dijabetesa	0,004 0	0,0158	0,063 1	1	0,8016	1,004 0	0,973 4	1,0355
Dijeta (da : ne)	1,535 9	0,5613	7,488 1	1	0,0062	4,645 3	1,546 2	13,956 2
Inzulin (da : ne)	- 0,416 9	0,4545	0,841 6	1	0,3589	0,659 1	0,270 4	1,6062
Oralni antidijabetici (da : ne)	0,573 0	0,4788	1,432 1	1	0,2314	1,773 5	0,693 9	4,5328

Samokontrola (da : ne)	0,206 4	0,3649	0,320 0	1	0,5716	1,229 3	0,601 2	2,5133
Suradnja pacijenta (da : ne)	- 0,323 5	0,4555	0,504 4	1	0,4776	0,723 6	0,296 4	1,7669
Promjena terapije (da : ne)	0,308 9	0,2850	1,175 3	1	0,2783	1,362 0	0,779 1	2,3809
Glavna bolest (dijabetes : drugo)	0,901 0	0,2572	12,27 49	1	0,0005	2,462 1	1,487 3	4,0757
Multimorbiditet - broj	- 0,120 4	0,1201	1,004 8	1	0,3161	0,886 6	0,700 7	1,1218
Kontrola internista (da : ne)	- 0,751 8	0,2980	6,365 1	1	0,0116	0,471 5	0,262 9	0,8456
Gripa - cjepivo (da : ne)	- 0,263 1	0,2237	1,382 9	1	0,2396	0,768 7	0,495 8	1,1917
Pušenje (da : ne)	0,185 7	0,3243	0,327 7	1	0,5670	1,204 0	0,637 7	2,2733
HbA1C (da : ne)	0,722 3	0,3269	4,880 6	1	0,0272	2,059 1	1,084 9	3,9080
Albumini (da : ne)	- 0,417 9	0,3137	1,775 4	1	0,1827	0,658 4	0,356 0	1,2175
Lipidi (da : ne)	0,294 6	0,3135	0,883 5	1	0,3473	1,342 6	0,726 3	2,4818
Kontrola okuliste (da : ne)	- 0,115 9	0,2924	0,157 1	1	0,6919	0,890 6	0,502 1	1,5797
Kontrola stopala (da : ne)	- 0,326 3	0,2862	1,299 8	1	0,2543	0,721 6	0,411 8	1,2645
Specijalizacija doktora (SOM : LOM)	0,463 9	0,2746	2,854 7	1	0,0911	1,590 3	0,928 4	2,7241
Spol doktora (m : ž)	0,079 0	0,2142	0,136 1	1	0,7122	1,082 2	0,711 2	1,6467
Constant	- 1,017 0	1,4727	0,476 9	1	0,4898			

Statistički značajne prediktorske varijable za učestale posjetitelje ambulante obiteljskog liječnika bile su dijabetes kao glavna bolest ($P=0,0005$), terapija dijetom ($P=0,0062$), kontrola internista ($P= 0,0116$) te kontrola HbA1c u 1999. godini ($P=0,0272$). Za varijablu specijalizacije doktora može se reći da je granično značajna ($P=0,0911$). Navedene varijable su nezavisno udružene s učestalošću posjeta liječniku obiteljske medicine.

Prema dobivnim rezultatima logističke analize 4,6 puta je veća šansa da će pacijent koji se liječi samo dijetom učestalo posjećivati liječnika obiteljske medicine; 2,5 puta je veća šansa da će učestali posjetitelj biti pacijent kojemu je dijabetes glavna bolest, a 2 puta je veća šansa da će pacijent kojem je kontroliran HbA1c biti učestali posjetitelj, dok je pak šansa da će pacijent koji se kontrolirao kod internista biti učestali posjetitelj 2 puta manja.

4. 4. KVALITATIVNA ANALIZA PERCEPCIJE ULOGE OBITELJSKOG LIJEČNIKA U LIJEČENJU DIJABETESA, PERCEPCIJA DOLAZAKA, PROCJENA KVALITETE ŽIVOTA DIJABETIČARA UČESTALIH POSJETILACA. FOKUS GRUPE

Prema pravilima i metodologiji za razgovor u fokus grupama dobili smo uzorak učestalih posjetilaca za kvalitativno istraživanje.

Uzorak učestalih posjetilaca za kvalitativno istraživanje - fokus grupe.

Dobna distribucija	Trajanje dijabetesa	Vrsta liječenja
30-50 god. 6	do 5 god 18	Dijeta 8
50-65 god. 37	do 10 god 21	Peroralna 22
65-75 god. 20	>10 god 24	Inzulin 33

Grupa od 63 bolesnika raspodijeljena je u 6 fokus grupa, s 8 do 12 dijabetičara u 3 mjesta - grada. Razgovor je vodio educirani liječnik obiteljske medicine, istraživač. Svaka grupa je ukratko upoznata s ciljem razgovora, tj da će razgovor poslužiti u svrhu poboljšanja kvalitete liječenja dijabetičkih bolesnika. Svi sudionici su potaknuti na iznošenje svojih mišljenja i postavljanja pitanja i odgovora međusobno u grupi. Razgovor je audio-sniman. Razgovor je vođen prema unaprijed određenim kategorijama prema ciljevima istraživanja.

Skupine pitanja prema kojima je vođen razgovor u fokus grupi su bile:

1. Razlozi dolaska liječniku obiteljske medicine
2. Kako pacijenti vide ulogu obiteljskog liječnika u zbrinjavanju dijabetesa

3. Precepcija broja dolazaka liječniku

4. Procjena vlastitog zdravlja i kvalitete života.

4.4.1. U kategoriji pitanja razloga dolaska obiteljskom liječniku možemo odgovore, koji proizlaze iz rasprave u grupama, razvrstati u nekoliko potkategorija

1. Dijabetes kao kronična bolest je osnovni razlog potrebe čestog dolaska liječniku.

"... redovno kontroliram šećer, doktor mi kaže što ću raditi.....".

".....već šesti put idem na laser.....".

"...lako je dok je sve pod kontrolom, dok rane cijele i dok je vid dobar, a sada? Krpaj pa dokle ide. Nije lako. Hodaj od jednog do drugog, a kako, kao da sam najzdraviji".

Radi se uglavnom o specifičnim dijagnostičkim i terapijskim postupcima vezanim za samu bolest dijabetes, administrativnim potrebama oko zbrinjavanja bolesti.

2. Dijabetes kao bolest nije razlog dolaska liječniku. Druge kronične bolesti su razlog dolaska.

"...meni je najteže sa tlakom, kod ove promjene vremena ne mogu se smirit.....".

"Ruka me boli, pijem tablete, ništa nije bolje.....".

"Nemam ja problema sa šećerom, da je sve ko' šećer ja bi lako. Ako se pazim i pijem lijek on je dobar, a ovo drugo nikako nema pomoći".

"Ja sam prebolila dva infarkta, stalno kontroliram krv (PV). Lako je meni sa šećerom, ja o njemu znam sve, znam kad je visok, kad je nizak i šta ću. Ali srce, tu se bojim".

Radi se o pacijentima s multimorbidnim bolestima i dijabetičarima na peroralnoj terapiji ili dijeti. U ovoj kategoriji pacijenti spominju simptome: bol, vrtoglavicu, nesanicu.

3. Zadnji posjet ili specijalistički pregled često je razlog ponovnog dolaska, kontinuiteta zaštite. Dolazak traži obiteljski liječnik ili specijalist.

"...oni su me gore naručili opet, rekli su da dođem , što ja znam, pa idem po uputnicu....."

"Ja dolazim jer sam mislio da će biti bolje, ali opet je sve isto....."

"Meni moj doktor kaže dođi opet da vidimo šećer. Ja ga nazovem da kažem koliki je šećer, a on kaže dođi....."

"Doktori nikako odredit, ne znaju šta mi je, ne mogu nikako postaviti dijagnozu da bi me započeli liječiti i stalno me naručuju....."

".....on meni ne kaže šta ja smijem jesti". "Pa zar se čitav život ne mogu najest".

"Ja popijem te lijekove i šećer opet visok, k'aki su to lijekovi.....?"

Radi se o dijabetičarima kod kojih je bolest kraće trajala, koji nisu dovoljno educirani o bolesti, s pasivnim stavom prema liječenju.

4. Poznavanje obiteljskog liječnika, familijarnost i dostupnost.

".....meni je do ambulante dvije minute. Stalno nešto treba, pa uputnica pa nešto pitat, pa me tu probada, ja rado dođem. Tu se mi nađemo i malo popričamo....."

".....znate ovako pod večer kad nema nikoga onda ja volim sa doktoricom popričat, mi vam se znamo još iz gimnazije i deca su nam skup' hodila u školu....."

4.4.2. U kategoriji pitanja o ulozi obiteljskog liječnika u zbrinjavanju bolesnika s dijabetesom, mogu se donekle složiti sljedeće potkategorije:

1. Više od polovice pacijenata u obiteljskom liječniku ne percipira ključnu stručnu vodilju i oslonac u zaštiti dijabetesa. Njegov/njezin liječnik piše samo lijekove i uputnice.

".....nemam ja problema sa doktoricom, ona meni dadne sve što ja tražim.....".

"Nema on meni šta reći novoga, ja sve čitam i vidim na televiziji. Samo mi to ne radimo, kad bi poslušali bilo bi bolje.....".

"Što mi doktor može, ja sve kući sam obavim, kontroliram šećer. Najbolji doktor meni je moja žena.....".

".....šta kad se nešto desi, gdje se bum javila, doktorici? Šta ona može? Opet me šalje dalje drugim doktorima, po svim pretragama, sama sam, ko' će me vozit.....?"

"Dođem, napiše mi lijekove i uputnice. Ne bi mi uopće dolazili da ne trebaju lijekovi i uputnice....."

".....kažem ja, vi ćete se doktore razbolit kad mene vidite. Kaže on, samo vi dolazite dok ne bude bolje? Šta će mi biti bolje ako mi kontrolirate šećer. Samo dolazim bez potrebe.....".

"Meni doktor ne treba, sve su me naučili na "Švarči". Nego zamjeram im što ne nauče dijabetičara na inzulinu koliki je najniži šećer."Zašto ih niste pitali?"Pa sjetio sam se i pitao, neće odgovorit.....".

Povjerenja u izabranog obiteljskog liječnika nema, jer (pacijent) misli da dobro vlada liječenjem, ili ga nema po "principu učestalog posjetioca", koji inače nema povjerenja u

obiteljskog liječnika. On hoće čuti njegovo mišljenje ali konačnu odluku prepustit će specijalistu.

".....da vidim što će mi reći pa da me pošalje specijalisti, šta će onaj reći.....".

".....šta ću ga pitat ja znam šta će mi reći, nek me šalje dalje.....".

"Nek on meni dade uputnicu, nije zgorega čuti i njih tamo(specijaliste)".

"Snaha mi je dogovorila pregled pa idem da mi dade uputnicu" "Šalje vas doktorica?"

"Ma ne šta bi me ona slala.....".

Navedeni pacijenti ostvaruju zdravstvenu zaštitu na dvije razine: primarnoj i konzilijarnoj.

2. Nešto manje od polovice dijabetičara vidi u obiteljskom liječniku jedinu stručnu osobu kojoj povjerava liječenje.

".....da mi doktor ne riješi sve, ne znam, možda bi išla dalje. Ne znam, ne dođem puno...".

".....kontrolira mi šećer, piše lijekove, sve mi kaže. Za sada mi je još dobro"

".....da ja poslušam šta svi vi kažete mene više ne bi bilo. Dok ide, ide. Nisu oni drugi bolji doktori od ovog mog. Svi oni isto kažu".

".....vidite da ja nikud ne idem, vi ste mi sredili šećer, po što ću ići gore..... Oni se gore stalno mijenjaju, nikad kod istoga. Išla sam na početku i sve je isto. Samo viču 'smršavite!', kako? Pa ja sam stalno za traktorom i u štali, od čega ću živjet ako ne jedem. A ne mogu ne jest. Odakle meni u Slavoniji ona riba šta on priča, neka on na ribi ore i kopa.....vi me barem razumijete pa mi rastumačite kako tu našu 'ranu jesti".

".....gore se morate naručit, čitav dan sam od kuće, šećer je gore uvijek visok jer se dva dana prije sekiram što moram ići, često idem pa ništa ne obavim, a ne možeš bez njih.....".

".....moja doktorica meni liječi nogu, izmjeri tlak, sve napiše, pošalje me ako treba dalje, a ja kažem nemojte me molim vas slati, de' nabavite vi taj za krv...".

4.4.3. Percepcija dolazaka obiteljskom liječniku

U ovoj kategoriji gotovo nema potkategorija. Dijabetičar učestali posjetilac ne dolazi često liječniku prema njihovom mišljenju. Ako dolaze, oni moraju dolaziti ali ne često. Vjeruju da je njihov broj posjeta potpuno legitiman, na to imaju pravo, to je realna potreba njihove bolesti. Oni čak ne idu liječniku za "svaku sitnicu", drugi su svaki dan kod doktora.

".....ne, ne dolazim gusto. Samo kad trebam. Ima nekih stalno kod doktora.....".

".....idem kad trebam, ne idem ja ako ne moram.....".

"Ne znam ja kako drugi, ja moram ići zbog lijekova i uputnica, ja drugačije ne idem".

".....meni je nekako lakše kad dođem. Lakše je bolesnima među bolesnima. Izjadaš se i dobro, lakše je.....".

U usporedbi s drugim vršnjacima, oni ne dolaze često, drugi dolaze više.

Ako bi dobili sve što treba za tri mjeseca, to im ne bi bilo dobro. Bolje je doktora češće viđati.

4.4.4. Percepcija zdravlja

U odnosu na vršnjake nisu oni više bolesni nego nekako ograničeni, sputani. Nisu njihovi vršnjaci zdraviji. Dijabetes nije teška bolest ako se pridržavaš uputa, ako ne stradaju noge i oči.

".....nije to nika bolest, nismo mi još bolesni ako ćemo slušati, a poslije šta bude.....".

"Ma drugi, stalno ih nešto boli, mene ne, malo jesam umorna.....".

"Moja majka je isto imala starački šećer i umrla je u 87 godini..... nije to bolest..... eto, možda se treba malo pripaziti hrane.....".

".....e, kad ostaneš bez noge to je već drugo. Znači ima više vrsta ti' šećera".

".....ma kakvi teška bolest, to ja taj starački, malo se bavimo o sebi, a nešto vas mora sapinjati..... moji su svi imali šećer i otac i tri brata. Otac je živio 92 godine.....".

Fokus grupa nije najprikladnija za procjenu osobnog zdravlja. Razgovor se u grupi pretvori u zajedničku jadikovku sa socijalnim uplivima i ponese ka konsenzusu grupe.

Potkategorija sputanosti, umora do zasićenosti, prilagodbe i ustupaka.

".....e, nemoj ovo, nemoj ono, kaže meni žena, to dodaje svaki dan... da nije nje već bi ja sve pustio".

"Najgore je kad nekud treba ići, drugi jedu i piju a ti gledaš".

"...nije meni problem djeta! Ako se baš nečeg zaželim, pojedem ja nekad i dobro. Dadem više inzulina, znam ja to nije dobro, al' eto.....".

".....zasitili smo se mi hrane, nismo 'vaki od gladi, nismo mi željni ničega više. A šta ti onda ostaje.....".

"Ma znate, pojedete kolač i odma' ste u strahu.....".

"Kažu hodaj. Kuda? Po cesti više ne možete kako ludo voze.....sama sam, reći će da sam luda, šta ako padnem po cesti, evo dođem tu, u trgovinu, nekad u crkvu i to je sve.....".

"...kako ću hodat jedva dođem do doktora...".

"Nisam sam reza' nokte kad sam bio mlad, što ću sada gledat noge, kako bude.....".

Potkategorija straha i neizvjesnosti.

".....mi smo vam stalno nekao umorni. Dobro je dok se, eto, možemo brigat sami o sebi.....".

"Mene je jedino strah pikanja. Dok se može ovako sa tabletama dobro je.....".

"Brat mi je umro slijep od šećera, to je najgore".

"Ne vidim dobro, 'ko će mi davat inzulin. Morate odma' jest što ako ne mogu pripremit...kažem ja doktorici, ako treba inzulin to je onda kraj, bolje da me nije.....".

"Sve je to nekako, a kad sam vidio one noge, koji je to smrad, ajme.....".

Sažeto, rezultati rezultati analize metodom fokus grupe su:

Razlozi dolaska

- 1. Dijabetes kao bolest je razlog dolaska. Razlozi su uglavnom administrativni i potrebe kontrole bolesti*
- 2. Razlozi čestog dolaska liječniku su druge kronične bolesti. Bolesnici ovdje iznose i znakove i simptome.*

Uloga liječnika ili kako vide zbrinjavanje dijabetesa u obiteljskoj medicini

- 1. Liječnik je nemoćni administrativac*
- 2. Liječnik ima ključnu ulogu u zbrinjavanju dijabetesa.*

Percepcija dolazaka

Ne dolazi se često, samo kad treba.

Percepcija zdravlja i kvalitete života

- 1. Zdravlje procjenjuju kao dobro*
- 2. Sputani su, ograničeni, prisutni su realni strahovi od događaja vezanih uz dijabetes: strah od inzulina, sljepoće i amputacija nogu.*

5. RASPRAVA

5.1. BROJ DOLAZAKA, STANDARD U OPĆOJ POPULACIJI

Za određivanje učestalog posjetioca u ovom istraživanju odabrana je metoda kojom se učestalim posjetiocem označava pacijent koji učini broj posjeta iznad treće kvartile (Q_3) za dobno spolnu skupinu (29-32). Dobili smo da je 22 % pacijenata učestalih posjetioca učinilo 63,0 % posjeta 1997. godine, a 22,4 % pacijenata učestalih posjetilaca 1999. godine učinilo 65,0 % posjeta. U trogodišnjem razdoblju broj posjeta iznad treće kvartile porastao je za 16,2 %. Više je žena učestalih posjetilaca i žene učine veći broj učestalih posjeta.

Već od četvrte dekade broj učestalih posjeta je u porastu, kod žena linearno, kod muškaraca sa "skokom" od 40 do 50 godine. Iznad 60 godine muškarci i žene se približavaju u graničnoj vrijednosti treće kvartile, medijanu i broju učestalih posjeta.

Za Hrvatsku nemamo usporedne podatke.

Prema rezultatima Švaba i Kersnika (31,32) u Sloveniji istom metodologijom 1999. godine, nađeno je da 24 % pacijenata učestalih posjetilaca učini 54,8 % posjeta. Engleski i finski autori, također primjenjujući istu metodologiju, nalaze da 20 % do 25% učestalih posjetilaca učini 50 do 55 % posjeta (28-30). Navedene studije imaju nešto veću graničnu vrijednost (Q_3), vjerojatno zbog većeg godišnjeg obuhvata pacijenata, zatim uključenih telefonskih konzultacija i kućnih posjeta u posjetu. Sve tri studije pokazuju veće učešće žena među učestalim posjetiocima i porast učestalih posjeta u mladim dobnim skupinama.

Dakle, u našem istraživanju, za razliku od sličnih istraživanja, u ukupnom broju posjeta nalazimo veće opterećenje obiteljskog liječnika učestalim posjetima.

Učestale posjete možemo vezati za nađene rezultate u studiji, obuhvata pacijenata (koji su barem jednom u godini posjetili obiteljskog liječnika), ukupnog broja posjeta u ordinaciji, broj posjeta po pacijentu i dinamiku kretanja navedenih pokazatelja kroz tri godine.

Naše istraživanje je pokazalo mali obuhvat pacijenata u 1997. godini (59 %). U trogodišnjem razdoblju nađeno je povećanje za 15 %. Najveće povećanje obuhvata je uočeno u dobi iznad 50 godine života kod oba spola. Analizirani pacijenti su učinili ukupno 14,0 % više posjeta kroz tri godine, a broj posjeta po pacijentu je porastao od 4,2 na 4,7 posjeta 1999. godine.

Naši pokazatelji su nešto niži od državnog izvješća Republičkog Zavoda za javno zdravstvo za razdoblje od 1995. do 1999. godine. U Hrvatskoj 1999. obuhvat pacijenata/osiguranika koji su na bilo koji način posjetili timove opće medicine iznosio je oko 80 %. Navodi se povećanje za 10 % u odnosu na 1995. godinu (18).

Prema izvješćima National Ambulatory Medical Care (NAMCS)- SAD obuhvat pacijenata kod obiteljskog liječnika povećan je sa 75 % iz 1980. na 80 % za 1994. godinu (16,17). Dakle, naše istraživanje pokazuje da je 1999. obuhvat pacijenata isti kao u SAD-u 1980. godine. Što znači mali obuhvat pacijenata za kroničara dijabetičara? Mali obuhvat znači manju vjerojatnost pasivnog otkrivanja dijabetesa (dijagnostičkim postupcima u sklopu drugih bolesti), manju mogućnost preventivnog rada po čimbenicima rizika za dijabetes (kao prestanak pušenja, smanjenje tjelesne težine, poticanje tjelesne aktivnosti).

Broj posjeta, prema izvješću Republičkog Zavoda za javno zdravstvo, u liječničkim ordinacijama primarne zaštite povećan je za 12 % od 1995. do 1999. godine. Za 25 % povećan je broj posjeta u općoj medicini, što je objašnjeno porastom broja liječnika u

istom razdoblju u općoj medicini za 16 %, zatim porastom broja djece do 7 godina kod obiteljskog liječnika i starijih osoba koji su i najveći korisnici zaštite (18). Budak i suradnici za Novi Zagreb 1994. godine, na uzorku sa 10,4 % djece do 7 godina i 8,6 % starijih od 65 godina, nalaze 6,0 posjeta godišnje (5).

Naša studija ne može povećanje broja posjeta objasniti navedenim tezama povećanja broja liječnika i djece do sedam godina, jer su praćeni isti pacijenti kod istih liječnika, a mlađi od 18 godine nisu uključeni u studiju.

Kad se prave međunarodne usporedbe broja posjeta i posjeta po pacijentu, treba uvažiti specifičnosti razvoja, položaja i strukture rada liječnika obiteljske medicine, profil liječnika primarne zaštite svake zemlje (2,5-10).

Europska studija "Profil zadataka liječnika opće medicine u Europi" provedena u organizaciji Instituta za istraživanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz Utrechta u Nizozemskoj, a potpomognuta od WHO/EURO, u 30 europskih zemalja, pokazala je prve rezultate. Razdoblje praćenja 1995.-2000. god., standardizirano na 1996. godinu. U studiji je korištena International Classification of Primary Care (ICPC) na broj dolazaka obiteljskom liječniku, problema po dolasku, epizode bolesti, dolazaka po epizodi, morbiditetnoj problematici. Posjet je definiran kao susret liječnika i pacijenta u ordinaciji, kao i u našem istraživanju (4,10,20). Usporedni pokazatelji za naše istraživanje: broj dolazaka u Nizozemskoj iznosi 5,7, u Japanu 5,6, a u Poljskoj 4,1 (10). Iako nema većih razlika, zanimljivo je da smo 1997. po broju posjeta jednaki s Poljskom 1996. god. Vjerojatno postoje sličnosti zdravstva zemalja u tranziciji. I u Poljskoj liječnik primarnog kontakta je pedijatar, ginekolog i obiteljski liječnik.

Prema izvješću NAMCS, SAD, za razdoblje od 1980. do 1994.god., smanjen je broj pacijenata kod obiteljskog liječnika, smanjen je ukupni broj posjeta obiteljskom liječniku, a povećan je broj posjeta po pacijentu s 4,7 na 6,1. Objašnjeno je povećanjem broja ostalih specijalista u primarnoj zaštiti, a povećan broj posjeta po pacijentu tumači

se povećanjem broja starijih i kroničnih bolesnika (16,17). Engleski autori 1996. nalaze povećanje s 3,4 na 4,0 posjeta, što čini 30 % povećanja u odnosu na 1991. godinu (15).

Ukupan porast posjeta obiteljskom liječniku i po pacijentu, u međunarodnim izvješćima, objašnjen je zbog porasta učešća starijih dobnih skupina kod obiteljskih liječnika, na račun kroničnih bolesti, menadžmenta u zbrinjavanju kroničnih bolesti, preventivnih aktivnosti i promocije zdravog načina življenja srednjih i starijih dobnih skupina (9,10,16,17). U navedenim izvješćima nalazimo i vremensko produženje trajanja posjeta zbog navedenih novih sadržaja u posjetu.

Kako možemo protumačiti veće učešće učestalih posjeta, povećanje broja učestalih posjeta i broja posjeta po pacijentu u našem istraživanju, u trogodišnjem razdoblju praćenja?

Iako nismo analizirali sadržaj posjeta, niti dužinu trajanja posjeta prema ICPC, možemo prihvatiti utjecaj kroničnih bolesti na broj posjeta.

U našem istraživanju imamo 45,7 % zastupljenih pacijenata iznad 50 godina života. Ta dobnja skupina u zadnjem desetljeću doživjela je najveće promjene u vlastitim stavovima o zdravlju i bolesti, i imaju najveći pritisak zdravstvenog menadžmenta zbog kroničnih bolesti u toj dobi (38,42-45). Drugo, primjenjujući metodologiju analize posjeta po dobno-spolnim skupinama, nalazimo da su upravo ti pacijenti imali u promatranom razdoblju i najveće povećanje obuhvata u ordinacijama, i povećanje točke razgraničenja za učestalog posjetioca, odnosno povećanje broja posjeta.

U mlađim dobnim skupinama, kad su kronične bolesti manje zastupljene (pacijenti koji su imali veće traume, posjete zbog trudnoće i materinstva su isključene u istraživanju), u vrijeme zaposlenosti oba spola, imamo mali obuhvat i manju točku razgraničenja gornje kvartile, znači i mali broj posjeta.

Preventivni pregledi nisu utjecali na povećanje broja posjeta. Istraživanje Tiljka o strukturi rada obiteljskog liječnika pokazuje da liječnici u Hrvatskoj preventivne

postupke rade "usput" u sadržaju konzultacije, ali ne aktivno i planski pozivajući pacijente na preglede po rizicima za dob i spol (6). Sigurno, takvim načinom rada dio preventivnih aktivnosti nije ni administrativno prikazan.

I nadalje, prema izvješću Republičkog Zavoda za javno zdravstvo, broj preventivnih pregleda kod obiteljskog liječnika opao je za 13 % u posljednjem petogodišnjem razdoblju (18).

Iz svega navedenog skloniji smo mišljenju da naš pacijent više puta dođe zbog svoje kronične bolesti, da je naš obiteljski liječnik opterećen posjetima pacijenata srednje i starije životne dobi zbog kroničnih bolesti, a ne preventivnim pregledima.

Veće učešće učestalih posjeta u ukupnom broju posjeta u našem istraživanju, za razliku od onih prikazanih u literaturi za to razdoblje, možemo pripisati poraću, ekonomskim i socijalnim promjenama koje se, prema istraživanjima, grupiraju u obilježja razloga za učestale posjete (34,35-38). Zanimljiv je nalaz "eruptivne" pojave učestalih posjeta kod muškaraca u dobi od 40 do 50 godina života kroz sve tri godine našeg istraživanja. U toj životnoj dobi u promatranom razdoblju došlo je do gubitka zaposlenja kod većeg broja pacijenata što može biti razlog za učestale posjete kod obiteljskog liječnika. Najčešće su takvi eruptivni učestali posjeti vezani uz akutne bolesti sa socioekonomskim problemima.

Žene su ostvarile veći broj učestalih posjeta. I dosadašnje studije nalaze iste pokazatelje. Žene ostvaruju veći broj posjeta kroz godinu i, kad se isključe posjeti vezani za reprodukciju i materinstvo (u našem istraživanju), razmaci između posjeta su kraći. Razlike se navode u dijagnostičkim grupama: traume-muškarci, simptomi bez bolesti-žene, prevencija i dijagnostika-žene (kontracepcija). U morbiditetnim obilježjima razlikuju se od muškaraca: urinarne infekcije, bolesti štitnjače, bolesti vena nogu, anemije, debljine i neurotskih bolesti. Muškarci češće dolaze zbog kardiovaskularnih (u ranijoj dobi od žena) plućnih i osteomuskularnih bolesti (121,122).

Našli smo porast broja učestalih posjetilaca kod mlađih dobnih skupina, za razliku od prijašnjih saznanja. Pretpostavka je povećanje broja minor bolesti u toj dobi, potreba administriranja. Novija saznanja govore da mlađi posjećuju liječnika češće zbog informacija o zdravom načinu života, traže potvrdu svojih stavova o liječenju od strane liječnika. Manje su skloni provoditi preporučene mjere zaštite, i traže veću ulogu u partnerstvu (42-45). U našem istraživanju, uz navedene hipoteze, postavljamo gore navedenu hipotezu, i uz pretpostavku da je vezana i na događaje u Hrvatskoj, pogotovo gubitkom posla kod muškaraca u toj dobi.

5.2. BROJ DOLAZAKA DIJABETIČKIH BOLESNIKA

U trogodišnjem razdoblju (od 1.1.1997. do 31.12. 1999. godine) pratili smo broj posjeta 490 kroničnih bolesnika - dijabetičara, broj učestalih posjetilaca dijabetičara i broj učestalih posjeta dijabetičara. U navedenom razdoblju ukupni broj posjeta dijabetičara obiteljskom liječniku porastao je s 5 454, 1997. godine, na 5 627 za 1999. godinu, što iznosi 3,1 %. Istovremeno je kod ispitanika u općoj populaciji uočen porast posjeta za 13,9 %. Metodologijom navedenom u poglavlju "Metode i istraživanja", utvrdili smo da su, od svih dijabetičara, njih oko 60 % učestali posjetioци. Od 1997. do 1999. godine zabilježen je pad broja učestalih posjetilaca među dijabetičarima, od 285 na 279, ili za 2,8%. Porastio je i broj učestalih posjeta s 4 252 na 4 319 ili 1,6 %. Najveća frekvencija učestalih posjeta kreće se u rasponu od 11 do 20 posjeta kroz godinu.

Možemo potvrditi početnu hipotezu našeg istraživanja: dijabetički bolesnik u našim uvjetima je učestali posjetilac, s gotovo linearnom proporcijom za sve tri godine od oko 60 %. Nađena je stabilnost broja učestalih posjeta kroz sve tri godine.

Dakle, učestali posjetioci dijabetičari imaju gotovo stabilnu mirnu dinamiku kretanja posjeta u trogodišnjem razdoblju. Nalaz je važan podatak jer je pretpostavka da su i čimbenici koji utječu na pojavu učestalih posjeta stabilni. Takve čimbenike lakše je identificirati i na njih djelovati.

Kod nas nisu zabilježena slična istraživanja u definiranoj morbiditetno obilježenoj skupini bolesnika.

Većina studija o učestalim posjetiocima nalazi stalno prisustvo kroničnih bolesti u morbiditetnom obilježju pacijenta (11,22,31,32,38,40,123).

Najveći doprinos u izučavanju kroničara učestalog posjetioca dala je engleska studija dvadesetogodišnjeg praćenja učestalih posjetilaca u općoj populaciji. U kontinuitetu se javljaju kronične bolesti u velikoj proporciji. Na prvom mjestu su vaskularne bolesti, zatim dijabetes i osteomuskularne bolesti. Autori postavljaju sljedeću tvrdnju: ako je tako, onda kronična bolest sama po sebi zahtijeva više posjeta i ne može se tretirati kao učestali posjet. Ili, učestali posjetilac nije pacijent nego bolest. Međutim, ista studija pokazuje da se ne radi o istim pacijentima. Kroničar jedno kraće vrijeme jest učestali posjetilac, a onda se vraća na standardni broj posjeta koji je objektivno potreban (123). Zanimljiv je naš nalaz da je iz grupe od 285 ispitanika učestalih posjetilaca na standardni broj posjeta nakon tri godine prešlo šest ispitanika.

Dakle, većina studija prepoznaje da je kronična bolest konstantna varijabla kao čimbenik rizika od strane pacijenta, da će pacijent - kronični bolesnik, kod obiteljskog liječnika, biti učestali posjetilac. Međutim, malo je studija koje rasvjetljuju problem zašto je pacijent s određenom kroničnom bolesti učestali posjetilac.

Ako se kronična bolest javlja kao važan čimbenik za učestalog posjetioca, onda je treba detaljno rasvijetliti (9,11,123). Obiteljski liječnik u Hrvatskoj ima 50 do 100 dijabetičkih bolesnika. Ako je 60 % među njima učestalih posjetilaca, opterećenje za praksu je veliko. I drugo, po definiciji učestalog posjetilaca, 60 %, dijabetičara bit će u

našim uvjetima "oštećeno" u zbrinjavanju dijabetesa po principu učestalog posjetioca. Učestali posjetilac dijabetičar je "složena pojava" sastavljena od interakcije niza zavisnih i manje zavisnih varijabli koje u konačnici naprave učestalog posjetioca.

5.3. KLINIČKI POKAZATELJI DIJABETIČARA, LIJEČENJE I PRAĆENJE BOLESTI

Liječenje i ishod liječenja kroničnog bolesnika rezultat su širokog spektra varijabli koje mogu biti uvjetovane od strane pacijenta, prakse, liječnika i zdravstvenih i nacionalnih propisa (19,46,124-126). Kompleksnost dijabetesa u obiteljskoj medicini je dodatno uvjetovana:

- brojem dijabetičara u praksi
- brojem posjeta dijabetičara
- multimorbiditetom i komorbiditetom dijabetičkih bolesnika.

Naša studija je pokazala da oko 60 % dijabetičara spada u učestale posjetioce.

Pratili smo čimbenike potencijalno vezane na dijabetičara učestalog posjetioca.

Kvantitativnim metodama analizirali smo 16 varijabli grupiranih na obilježje pacijenta.

5.3.1. Sociodemografske varijable pacijenta

Analizom sociodemografskih varijabli dijabetičara (dob, spol, stručna sprema, broj članova domaćinstva), nismo dobili statističku značajnost razlike učestali/neučestali

posjetilac. Multivarijatna analiza također nije pokazala da su demografske varijable dijabetičara prediktor za učestalog posjetioca.

Većina studija o učestalim posjetiocima u literaturi pokazuje da su učestali posjetioci češće stariji pacijenti, žene, pacijenti slabijeg obrazovanja i samci ili rastavljeni (23,29,31,34,122). U radovima nalazimo, za opću populaciju: za 20 % učestalih posjeta razlog se može naći u socijalnim varijablama (25,26,30).

Objašnjenje našeg nalaza: dobno obilježje dijabetičara pokazuje raspon od 28 do 89 godina. Međutim, dobna srednja vrijednost učestalih posjetilaca je 65,8 godina, a neučestalih 67,4 godine s normalnom distribucijom kod neučestalih. Tako, obje grupe dijabetičara spadaju u istu dobnu grupu - stariji od 65 godina. U prvom dijelu studije u toj starosnoj dobi našli smo bitno veću točku razgraničenja u odnosu na mlađe dobne skupine. Znači, stariji imaju više posjeta liječniku u odnosu na mlađe dobne skupine. Međutim, po primijenjenoj metodologiji za određivanje učestalog posjetioca, broj posjeta do točke razgraničenja treće kvartile (Q_3) je objektivni standard posjeta te dobi u našim uvjetima. Dakle, stoji tvrdnja da su stariji češći posjetioci u općoj populaciji u odnosu na mlađe dobne skupine. Dobne grupe malog dobnog raspona, kao u našem istraživanju dijabetičari, homogenije su i pokazuju manje oscilacije zdravstvenog ponašanja (32). Nalaz je i potvrda valjano izabrane metodologije rada u definiranju učestalog posjetioca, za analizu posjeta kroničnih bolesnika (29-32).

U studiji je analizirano 293 žena i 197 muškaraca dijabetičara. Žene dijabetičarke nisu češći posjetioci. Iznad 60 godine našli smo u prvom dijelu studije gotovo jednaku točku razgraničenja za učestalog posjetioca za muškarce i žene. Obrazložimo nalaz pretpostavkom da žene u dobi javljanja dijabetesa tipa 2, nemaju obveze odlaska liječniku zbog materinstva, administrativnih potreba i potreba drugih članova obitelji jer su domaćinstva mala, a i zbog dobi su pošteđene. Te uloge žene u obitelji inače utječu na povećan broj posjeta kod žena (121,122,128-130).

Manje obrazovani ili više obrazovani dijabetičari nisu češći posjetioci.

54,0 % dijabetičkih bolesnika su udovci, rastavljeni ili neoženjeni. Oni također ne posjećuju češće liječnika. Pretpostavka je: ako su udovci, rastavljeni ili neoženjeni, da ne žive sami, jer je prosjek broja članova obitelji 3 do 4 kod učestalih i neučestalih posjetioca. Naš nalaz je zanimljiv i zbog toga što je iz literature poznato da su dobri bračni odnosi bitni za adaptaciju dijabetičara na bolest (ne i dobro liječenje). Bračni odnosi imaju veću ulogu od bilo koje razine drugih obiteljskih i socijalnih odnosa u adaptaciji na dijabetes. Ako dođe do rastave braka, smrti bračnog partnera, kao obiteljski liječnici naš se nalaz može iskoristiti da se usmjeri dijabetičara u adaptaciji na bolest, na druge članove obitelji (29,31,33,127,128,130).

Dakle, kad učestalog posjetioca izdvojimo po obilježju kronične bolesti, u ovom slučaju dijabetičkog bolesnika, po epidemiološkim varijablama, dolazimo do potpuno drugih nalaza, za razliku od istraživanja u općoj populaciji.

Nismo potvrdili našu hipotezu da sociodemografske varijable utječu da dijabetičar postaje učestali posjetilac. Nalaz ide u prilog tvrdnji da kroničara učestalog posjetioca ne čini pacijent nego bolest (123).

5.3.2. Klinički pokazatelji bolesti dijabetičara

Procjena zdravstvenog statusa pacijenta prikazana je brojem bolesti i scorom težine pridruženih bolesti prema MKB-10 adaptirano po Charlsonu (84). Prikazan je broj i vrste komplikacija dijabetesa. Procjena stanja i funkcionalnog statusa pacijenta prikazana je skalom ozbiljnosti komorbiditeta (komplikacija bolesti) - IDS skala (88).

Broj kroničnih bolesti uz dijabetes kreće se od 0 do 6 (ili s dijabetesom 1 do 7). 74 % pacijenata uz dijabetes ima još 1 do 2 kronične bolesti, a 84,3 % ima uz dijabetes još 1 do 3 bolesti. Dijabetičar u našem istraživanju ima prosječno 2,53 kronične bolesti. Podatak govori da je dijabetičar u ordinaciji obiteljskog liječnika "case mix", što je i osnovno morbiditetno obilježje pacijenata u obiteljskoj medicini (9,10,131-140). Međutim, broj drugih kroničnih bolesti nije varijabla koja utječe na broj učestalih posjeta dijabetičara.

Scor multimorbiditeta - kombinirana zbirna težina drugih kroničnih bolesti kreće se u rasponu 0 do 7, medijan 1. Radi usporedbe, jedna od rijetkih sličnih studija kod dijabetičara, provedena u Belgiji, ima identičan raspon scora po Charlsonu s medijanom 1 (136). Neučestali posjetitelji imaju raspon Charlson scora 0 do 3. Veći scor ima značajno više učestalih posjetilaca. Dakle, zbroj težine drugih bolesti, više nego broj drugih bolesti, nosi veći rizik da će dijabetičar biti učestali posjetilac.

Ozbilnost komplikacija dijabetesa nalazimo u rasponu 0 do 12 kod učestalih posjetilaca i od 0 do 7 kod neučestalih. Višu srednju vrijednost težine komplikacija imaju dijabetičari neučestali posjetitelji, i to 2,62, prema 1,37 kod učestalih. Dijabetičar s ozbiljnijim komplikacijama je lošijeg funkcionalnog statusa, teže pokretan i više na bolničkom liječenju. Može se pretpostaviti da koristi više kućne njege i ima više kućnih posjeta liječnika, što nije ispitivano u ovom istraživanju. Dakle našli smo pad broja učestalih posjetilaca kroničnih bolesnika dijabetičara u trogodišnjem razdoblju kao i engleska studija u dvadesetogodišnjem razdoblju (123). Razlog objašnjavamo pogoršanjem stanja kronične bolesti prema dobivenom indeksu težine bolesti.

Zahvaljujući činjenici da je istraživanje rađeno u ambulantama obiteljske medicine, i da je podatke o težini ili ozbiljnosti komplikacija, davao liječnik koji dugo prati pacijenta, mogli smo dodatnom primjenom skale ozbiljnosti komplikacija (IDS skala) po liječnikovoj procjeni, odrediti stanje i funkcionalni status pacijenta. Naime, procjena

stanja i funkcionalnog statusa pacijenta nije moguća prema skali komorbiditeta i multimorbiditeta. Za pretpostavku učestali/neučestali posjetilac istraživanje je pokazalo da je funkcionalni status pacijenta kroničnog bolesnika, u našem istraživanju dijabetičara, bitna varijabla (84,88).

Analiza, dalje, pokazuje da su značajno češći učestali posjetioци dijabetičari koji su na inzulinu, kod kojih je bolest duže trajala - granica 11 do 12 godina, koji uzimaju više lijekova, koje kontrolira internist, koji provode samokontrolu glikemije trakama i aparatom.

Podaci se mogu grupirati, dijabetičar na inzulinu uglavnom se liječi kod internista i samo takvi dijabetičari imaju pravo na besplatne trake za samokontrolu. Za sve te potrebe pacijent mora (iz administrativnih razloga) doći često obiteljskom liječniku.

Ili, pacijent dijabetičar, da bi dobio potrebni standard zaštite, mora toliko često dolaziti liječniku da konačno postaje učestali posjetilac.

Međutim, multivarijatna analiza smanjila je broj varijabli kliničkog statusa pacijenta koji utječu na učestale posjete dijabetičara. Tako pacijent kojeg liječi internist ima dva puta manju šansu da će biti učestali posjetilac od onog kojeg liječi naš obiteljski liječnik. I drugi zanimljiv nalaz multivarijatne analize pokazuje: češće su učestali posjetioци dijabetičari na dijeti. Razlog ovakvog nalaza objašnjavamo: dijabetes na dijeti je usputni nalaz težih multimorbidnih bolesti zbog kojih pacijent često dolazi, a težina multimorbiditeta veliki je prediktivni čimbenik za česte dolaske. Drugi razlog može biti da se obiteljski liječnik dugo odlučuje za početak primjene farmakološke terapije i da pacijenta često naručuje na kontrole.

5.3.3. Rasprava o varijablama prakse, liječnika.

U našem istraživanju nismo analizirali osobine prakse, jer je studija nastavak istraživanja Cro Diab GP započetog 1997. godine kada smo nastojali dobiti formalno povezane grupne prakse iz malih mjesta, s približno istom tehničkom opremljenosti, sastavom tima, brojem pacijenata i približno istom udaljenosti od bolnica (59).

Osobne karakteristike liječnika, varijable: dob, spol, specijalizacija liječnika, bivarijatom analizom nisu pokazale značajnosti razlike u broju učestalih posjetilaca dijabetičara.

Kada se bivarijatom analizom usporede učestali/neučestali pacijenti kod pojedinih liječnika bez navedenih varijabli, postoje značajne razlike po broju učestalih posjeta između liječnika. Multivarijatna analiza, međutim, pokazuje (granična vrijednost značajnosti $P = 0,911$) da će pacijent dijabetičar koji se liječi kod specijalista obiteljske medicine imati manju vjerojatnost da će biti učestali posjetilac.

Kuhti je identificirao 54 čimbenika koji utječu na kvalitetu zaštite dijabetičara na razini obiteljske medicine. Od toga se 20 (37 %) čimbenika odnosi na tim liječnika, 14 na pacijenta, a 20 na organizaciju prakse (134).

Kuhti dalje u svojim radovima iznosi da manje organizirane grupne prakse u malim sredinama, "mini klinike", pružaju bolji standard zaštite dijabetičkim bolesnicima. Prakse koje u timu imaju bolje educiranu sestru, dijetetičara, psihologa i dostupnost konzultanata imaju bolji standard zaštite. Liječnici koji imaju u skrbi manje pacijenata, manje posjeta u danu i manje dijabetičara u skrbi imaju bolju zaštitu (131-138).

Poznato je da liječnici obiteljske medicine s više poslijediplomske edukacije u pravilu imaju manje učestalih posjetilaca (26,46). Vezano uz dijabetes, preciznije vode bazu podataka, imaju širi tim za zbrinjavanje dijabetičara, daju više informacija o bolesti,

prave više specifičnih preventivnih postupaka, ranije otkrivaju komplikacije bolesti (131). Takvi postupci mogu i povećati broj posjeta, ali kratkoročno.

Bez dodatnog istraživanja, razlike među liječnicima ne možemo sa sigurnošću objasniti. Možemo ih donekle pripisati individualnom stilu rada liječnika, organizacijskim sposobnostima, sustavu naručivanja, blizini konzultanata, veličini i angažiranju ostalih članova tima, broju starijih osoba u skrbi, broju dijabetičara. Ove parametre nismo istraživali, ali su u literaturi opisani (6,11,12,14,21,58,139,140).

Za procjenu kvalitete prakse primijenili smo u literaturi najčešće istraživane kvantitativne pokazatelje u području preventivnih aktivnosti (126,129,140). Pokazatelje specifične zaštite dijabetičara primijenili smo po kriterijima ADA, SVDG, i Europskog Konsenzusa (52-54,61,62).

Bivarijatna analiza za prihvaćene opće pokazatelje preventivnih aktivnosti u procjeni kvalitete prakse pokazala je graničnu statističku značajnost za učestalog posjetioca ($p=0,05$), kod cijepljenih dijabetičkih bolesnika.

Cijepljenje protiv gripe je preventivna aktivnost, ovisi o raspoloživosti cjepiva, animiranju pacijenata i odazivu pacijenata. U pozivu na cijepljenje sudjeluju i javni mediji. Za kronične bolesnike je besplatno.

Provedeno je kod 291 dijabetičara ili kod 59,4 %.

Mamografija se može uzeti i kao terapijski i dijagnostički postupak zbog pojave karcinoma dojke u toj dobi. Učinjena je kod 84 dijabetičarki ili 28,0 %, po saznanjima liječnika. Mamografija danas u našim uvjetima nije dostupna većini žena u preventivne svrhe. Broj obavljenih mamografija, za koje liječnik obiteljske medicine nema evidenciju, nije poznat.

Puši 12,7 % dijabetičara. U literaturi se navodi da je pušača među dijabetičarima kao u općoj populaciji (139). Podaci za engleske dijabetičare: oko 20 % je pušača (137).

Podatke je davao liječnik ili medicinska sestra, tako da ih ne možemo prihvatiti s potpunom sigurnošću. Prestanak pušenja je najvažnija stavka u preventivnoj aktivnosti dijabetičkih bolesnika, jer su mikroangiopatske promjene kod pušača dijabetičara teže i nisu reverzibilne nakon prestanka pušenja (139). Malo je vjerojatno, kao što je i ova studija pokazala, da će pušači dijabetičari češće dolaziti liječniku.

Zadnjih tridesetak godina dijabetes tipa 2, u razvijenim zemljama i u zemljama u razvoju, zbrinjava obiteljski liječnik. Od tada se provode istraživanja o rezultatima liječenja dijabetesa na razini obiteljske medicine. Nedvojbeno je dokazano da dijabetes tipa 2 jednako uspješno liječi obiteljski liječnik (u literaturi se odnosi na specijalista obiteljske medicine) kao internist, diabetolog ili endokrinolog (129,131-138). Razlike su nađene u kvaliteti zaštite između navedenih specijalista i liječnika opće medicine bez poslijediplomske edukacije (131).

Paralelno s prelaskom zaštite dijabetičara sa specijalističke na primarnu zaštitu, donešene su međunarodne smjernice. Smjernice i preporuke su donešene za obiteljskog liječnika, kako je navedeno u uvodnom poglavlju (91-102).

Zašto smjernice za dijabetes?

1. bolest je dugo neprepoznata, potreban je aktivan pristup u ranom otkrivanju
2. posljedice ili rezultati liječenja vide se nakon dugog niza godina. Potreban je aktivan i ustrajan pristup u praćenju bolesti i sprječavanju komplikacija, a rezultati se vide tek dugoročno
3. da bi se procijenila dugoročno kvaliteta zaštite, potrebno je imati dogovorene pokazatelje, voditi dobru bazu podataka i, uz nekoliko metodoloških pristupa, evaluirati stanje (90,92).

U Hrvatskoj nisu na nacionalnoj razini donesene smjernice obiteljskom liječniku za zbrinjavanje dijabetesa.

Prema našem istraživanju 24,3 % dijabetičara u tijeku 1999. godine ima određen HbA1c.

U odnosu na druge zemlje (postotak određenog HbA1c kreće se od 70 % do 89 %) imamo iznimno mali obuhvat u određivanju HbA1c(126,128-133).

Albumini u urinu određeni su kod 64,3 % dijabetičara. Dvojbeno je da li je kod svih određena mikroalbuminurija (87). Liječnici su uglavnom mislili na rutinsko određivanje proteina u urinu. Lipidi su određeni kod 64,9 % dijabetičara. Kontrola okulista obavljena je kod 68,0 % dijabetičara. Pregled stopala je obavljen kod 59,2 % dijabetičara.

Preventivne aktivnosti u svrhu liječenja, praćenja bolesti i sprječavanja komplikacija u odnosu na iste pokazatelje u literaturi su suboptimalne (126,132-138).

Bivarijatna analiza pokazala je značajnosti razlike da će određivanje albumina u urinu, pregled okulista i stopala, utjecati na učestalost/neučestalost posjetioca dijabetičara. Razlog češćih posjeta vezanih uz varijablu određivanja albumina u urinu možemo pripisati i pridruženim bolestima kod dijabetičara kao hipertenzija, hiperlipidemija, srčana oboljenja kod kojih se inače češće određuju albumini u urinu (86,87,100). Vezano uz sam dijabetes, poznato je da dijabetičari s nefropatijom imaju i veću razinu ozbiljnosti bolesti, pa je to mogući razlog za češće dolaženje (53,87). Pretpostavka je da pregled okulista u dobi javljanja dijabetesa kolerira s potrebom korekcije vida, kataraktama koje i ne moraju biti posljedica dijabetesa, a ne samo pregledom očne pozadine u preventivne svrhe. U literaturi nije precizno definirano što je pregled stopala u *ordinaciji obiteljskog liječnika*, je li to samo palpacija pulzacije arterija, ili još pregled neurološkom viljuškom, topla hladna noga, pregled već nastalog ulkusa (94,95,101)? Odgovori liječnika stoga nisu niti precizni. Ako bismo pretpostavili da je pregled obavljen u preventivne svrhe, onda bi obuhvat od oko 60 % bio suboptimalan. Ako je obavljen u dijagnostičke svrhe, što je vjerojatnije, jer je i češći kod učestalih

posjetilaca, onda je obavljen u vezi dijabetičkih komplikacija neuropatija, angiopatija i dijabetičkog stopala.

Multivarijatna analiza nije prepoznala da će dijabetičar, kod kojeg su u svrhu praćenja bolesti i u preventivne svrhe sprječavanja komplikacija bolesti učinjeni dijagnostički postupci, biti učestaliji posjetilac. Analiza je, međutim, pokazala da su pacijenti s određenim glikoziranim hemoglobinom češće učestali posjetioci. Ovaj nalaz moramo povezati s činjenicom da se HbA1c u našim uvjetima određuje po preporuci specijalista. Ako internist liječi teže dijabetičare s većom težinom multimorbiditeta, oni su po našim nalazima češće učestali posjetioci.

Zanimljivo je uz naše rezultate navesti rezultate danske studije (po značenju je uspoređuju s UKPDS studijom), koja je trajala 6 godina a uključila je 243 tima obiteljske medicine. Oni su provodili liječenje dijabetičara prema smjernicama za sprječavanje komplikacija. Nakon 6 godina liječenja dijabetesa po smjernicama, smanjen je prosječno HbA1c za 0.5 %, kolesterol za 0,1 mmol/L, sistolički tlak za 5 mmHg. Rizik nastanka komplikacija dijabetesa smanjen je za 26 %. Broj posjeta kroz godinu bio je 6 puta, a značajno je smanjen broj posjeta specijalistima i bolnicama (58).

Prema izjavi obiteljskih liječnika, 32 % dijabetičara u našoj studiji liječi internist, dijabetolog ili endokrinolog. Ovdje nisu uključeni konzultanti kao okulisti, neurolog, nefrolog.

Po Hrvatskom modelu dijabetičar do tri puta godišnje treba pregled internista. Obiteljski liječnik partnerstvo u liječenju prepušta internistu kod inzulin ovisnih dijabetičara (53). U studiji je 22,6 % inzulin ovisnih dijabetičara, što bi značilo da još 10 % dijabetičara na peroralnoj terapiji ili dijeti, liječi internist. U literaturi je opisano da internist liječi teže dijabetičare s komplikacijama, mlađe pacijente, pacijente višeg obrazovanja, one

koji su bolje educirani o bolesti (90,91). Analiza pokazuje da su pacijenti koje liječi internist značajno češće učestali posjetioci, što je vjerojatno vezano uz indeks težine multimorbiditeta i komorbiditeta. Ako internist liječi teže dijabetičare, teže komorbidne bolesti, oni po obje analize češće dolaze. Ali kad se dijabetičar u multivarijantnoj analizi promatra sa svim varijablama, onda oni pacijenti koje liječi internist imaju dva puta manju šansu da će biti učestali posjetioci od onih koje liječi obiteljski liječnik. Za naše istraživanje ovaj je nalaz bitan.

Naš nalaz se uklapa u niz rasprava koje se danas vode oko optimalne razine zdravstvene zaštite u liječenju dijabetesa. U literaturi su opisane velike varijabilnosti među praksama i rizik za dijabetičara da neće u svakoj praksi dobiti optimalnu zaštitu.

Specijalisti u liječenju dijabetesa više koriste smjernice. Međutim, u zbrinjavanju dijabetesa od strane specijalista, pokazalo se da se javlja problem "fokusiranja" organa, ne uzimajući u obzir cjelovitost pacijenta, prekida se kontinuitet zaštite, postiže se lošija suradnja u liječenju. Rezultati liječenja su suboptimalni a troškovi liječenja su nekoliko puta veći (ako se isključe pacijenti s komplikacijama bolesti) (63). Izgleda da nije samo stvar u liječenju nego i praćenju bolesti.

U tom pogledu obiteljski liječnik je u prednosti jer češće vidi pacijenta, poznaje kompletan klinički status i funkcioniranje, njegove psihofizičke mogućnosti prihvaćanja liječenja. On postiže bolji sveobuhvatni kontinuitet zaštite dijabetičara i bolju suradnju pacijenata. U mogućnosti je za svakog pacijenta individualno napraviti i prilagoditi program i plan liječenja (66-70). Dijelom je to i razlog i odgovor na kritike da obiteljski liječnici ne vole smjernice. Međutim, razina prakse, tima, na čijem je čelu obiteljski liječnik, mora biti daleko razvijenija i kvalitetnija, da po ovom principu skrbi o dijabetičaru, od one kad postupa po smjernicama. U navedenoj činjenici i leži kompleksnost i posebnost skrbi o kroničaru, posebno dijabetičaru u obiteljskoj medicini.

Po rezultatima našeg istraživanja, dijabetičar u našim uvjetima, za pretpostavku učestali/neučestali posjetilac - po varijabli liječnika koji ga liječi, ima dva puta manju šansu da bude učestali ako ga liječi internist, graničnu vjerojatnost da neće biti učestali ako ga liječi specijalist obiteljske medicine.

Smanjuje li internist broj posjeta jer "sažme" zaštitu po smjernicama liječenja dijabetesa? Liječenje praćenjem bolesti i sprječavanjem komplikacija po smjernicama nije povećalo broj posjeta. Leži li u tome šansa obiteljskog liječnika i dijabetičkog bolesnika?

Daljnje rasvjetljavanje nalaza naći ćemo u kvalitativnom istraživanju.

5.4. KVALITATIVNA ANALIZA METODOM FOKUS GRUPA

Kvantitativne analize pokazuju demografske, morbiditetne i druge osobine bolesnika o problemu koji istražujemo. Daju podatke koji se mogu mjeriti i kontrolirati. Daju odgovor na pitanje - *što se događa* (108-110).

Medicinske specijalnosti, poput obiteljske medicine, kvantitativna istraživanja u zadnje vrijeme nadopunjuju kvalitativnim (111). Razlog je što iskustva bolesnika, stavove, osjećaje, očekivanja, socijalne utjecaje okoline, motivaciju, ne možemo mjeriti, ali ih možemo saznati ako pitamo, razgovaramo s pacijentima (112-118). Kvalitativnim istraživanjem, uz teoretska znanja o problemu koji istražujemo, možemo objasniti dio kvantitativnih nalaza u istraživanju, *zašto i kako se događa* (110,113).

Kuhti u svojim radovima iznosi da primjenom metode fokus grupe u istraživanjima s dijabetičarima, s ciljem poboljšanja kvalitete zaštite, može se dobiti saznanja o 55 % organizacijskih čimbenika, 35 % od strane pacijenata dijabetičara i o 25 % čimbenika o liječniku-praksi (134).

U našem istraživanju statističkim metodama smo dobili da oko 60 % naših bolesnika dijabetičara spada u učestale posjetioce. Za obiteljskog liječnika važno je znati: *što bolesnik misli, zašto često dolazi liječniku, kako dijabetički bolesnik vidi liječenje dijabetesa kod obiteljskog liječnika?* Takva pitanja smo mu postavili u razgovoru u fokus grupama (141,142).

Preslušavanjem snimljenog i zapisanog materijala u razgovoru fokus grupa, dva istraživača su sastavila nekoliko potkategorija prema ciljevima istraživanja.

Razlog dolaska liječniku. Dijabetičari učestali posjetioći kao razlog dolaska liječniku, uglavnom su prepoznali dijabetes. Od postupaka, većim dijelom navode potrebu uputnica, recepata i potvrda, i u manjem segmentu praćenje bolesti, liječenje i kontrole dijabetesa. Bolesnici nisu iznosili simptome i znakove dijabetesa kao razloge dolaska. U

istraživanjima s učestalim posjetiocima u općoj populaciji znakovi i simptomi čine veliki razlog za učestale posjete (31,39). Objašnjenje je da se tip 2 bolesti danas rijetko javlja sa alarmantnim hitnim stanjima, više su to opći simptomi koje dijabetičar zanemaruje ili ih sam zna riješiti (69,70,74).

Od drugih kroničnih bolesti navode visoki tlak, reumatske bolesti, srčane bolesti. Dijabetičari s pridruženim bolestima navode simptome i znakove kao bol, teško disanje, otok nogu, nesanicu, razdražljivost.

Bolesnici nisu navodili nagovor članova obitelji ili laika za odlazak liječniku, što je nađeno u istraživanjima s učestalim posjetiocima u općoj populaciji (39). I u istraživanjima Hunta i Greenhalgha u nižim socio-ekonomskim grupama dijabetičara bitan je utjecaj obitelji i laika za odlazak liječniku (81,143). Objašnjenje je da su naši dijabetičari educirani, bolest poznaju bolje od okoline.

Međutim, nisu svi dijabetičari učestali posjetioci. Zašto baš ovi učine veliki broj posjeta?

Uloga liječnika. Pacijent dijabetičar ulogu obiteljskog liječnika sagledava prema nacionalnim propisima liječenja, nacionalnoj legislativi, prema mogućnosti utjecaja dijabetičara na propise (46,132,141).

Više od polovice dijabetičara učestalih posjetilaca u našem istraživanju obiteljskog liječnika percipira kao nemoćnog administratora.

To ilustriraju sljedeće izjave: "...nema on meni šta reći novoga. Ja sve čitam i vidim na televiziji", ".....šta on može? Nek me šalje dalje", "... nemam ja problema sa doktoricom, dadne mi sve što ja tražim.....".

U jednom istraživanju u Hrvatskoj Tiljak nalazi da gotovo svi liječnici opće medicine zbrinjavaju bolesnike s dijabetesom (6). Alzari u svom kvalitativnom istraživanju nalazi da je dijabetičar tipa 2 zadovoljniji liječenjem kod obiteljskog liječnika nego

specijalista zbog kontinuiteta zaštite, sigurnosti da će obiteljski liječnik na vrijeme prepoznati promjene i dati mu podršku u liječenju (142).

Zašto u našem istraživanju dijabetičar učestali posjetilac ne vidi ključnu ulogu obiteljskog liječnika u zbrinjavanju dijabetesa?

Već od 80-ih godina Browne je istražio da učestali posjetioci imaju nepotrebno više specijalističkih konzultacija i dobiju više recepata (25). Švab je postavio hipotezu da pacijent, učestali posjetilac, nema povjerenja u obiteljskog liječnika. On vrši pritisak na liječnika na pisanje uputnica, a liječnik se "slanjem dalje" rješava učestalog posjetioca (31). U kvalitativnoj studiji Kersnik je to potvrdio, ali skloniji je da su oni lošijeg zdravlja (32).

Jedno od objašnjenja je da je obiteljski liječnik u Hrvatskoj u procjepu između državne zdravstvene politike i "snažnog" dijabetičara. Između dijabetičara i liječnika je bolest. Očekivanja dijabetičara i liječnika od samog sadržaja konzultacije se razlikuju. Pacijent procjenjuje da je ozbiljnije bolestan od liječnikove procjene. Pacijent procjenjuje manje postupaka koje liječnik radi u tijeku posjeta od liječnika, 2,5 : 3,5 postupka (9,11,12,14,140).

On zaista dolazi po uputnice i recepte, ali svojom odlukom i strategijom koju mu podržava sustav, a ne zato što on treba više uputnica i recepata. Zdravstvenu zaštitu nepotrebno ostvaruje na dvije razine. Po dosadašnjim istraživanjima, njegova navika i stav ga pretvara u učestalog posjetioca i onda se proces nastavlja po poznatim zakonitostima.

Drugo objašnjenje možemo naći u tvrdnji poznatoj u literaturi da učestali posjetilac postaje (ili ostaje) učestalim i iz iskustva "sadržaja" prijašnjih posjeta. U našem istraživanju je nađeno da je tijekom jedne godine HbA1c određen kod 24 % dijabetičara. U razvijenim zemljama postotak od 80 % dijabetičara kod kojih je određen glikozirani hemoglobin smatra se suboptimalnim (128,130-138). Naš dijabetički

bolesnik ima iskustvo da mu njegov liječnik u prijašnjim posjetima uglavnom nije riješio potrebe. U razgovoru fokus grupa našli smo potvrdu takvih stavova. Posjet pacijenta, učestalog posjetioca, ostane samo na posjetu, bez preventivnih aktivnosti. On traje kratko, sadržajno ostane samo na administrativnom postupku. Pored nacionalno nedefinirane uloge obiteljskog liječnika u Hrvatskoj, dijabetes kao kronična bolest ima predisponirajuće specifičnosti za učestalog posjetioca, nađene i u drugim zdravstvenim sustavima. *"... idem vidjeti šta će reći, pa da me pošalje specijalisti šta će on reći...."*

O'Connor i suradnici u kvalitativnoj studiji provedenoj nakon četrdesetsatne edukacije dijabetičara nalaze "konverziju" stava pacijenata prema bolesti i liječnicima. Nakon edukacije pacijenti procjenjuju da su ozbiljnije bolesni od liječnikove procjene, imaju više motivacije za liječenje ali traže više pregleda kod specijalista (144).

Odnos liječnik pacijent u doživotnoj kroničnoj bolesti dugotrajnim "suživotom" prolazi nekoliko faza. U razdoblju edukacije pacijenta i privikavanja na bolest, liječnik je autoritet. Naučeni pacijent, dok još nisu razvijene komplikacije, ne vidi u liječniku zaštitu. Razvojem komplikacija pacijent ponovo u liječniku traži pomoć (69-71).

Jesu li učestali posjetioci dijabetičari novootkriveni ili već imaju komplikacije? Bivarijatna analiza u istraživanju je sa statističkom značajnošću prepoznala da učestali posjetilac ima dijabetes 12 godina a neučestali 11,5 godina.

I na kraju objašnjenje, koje iznosi dio pacijenata, je "procjep" između sadržaja onog što mu liječnik kaže i njegovih "minor" traženja koje on uvijek ne zna niti izraziti a ne dobije ih od svog liječnika.

".....ja sve vidim na televiziji, meni moj doktor ništa ne kaže, on meni priča o nekim aparatima, meni trebaju obične stvari da mogu živiti...."

Pacijent dakle dobije manje informacija i potpore u nefarmakološkom načinu liječenja, nego u farmakološkom. To osjetljivo područje "minor" običnih detalja u liječenju i potpore u liječenju, te odgovora na "nepostavljeno pitanje" trebao bi upravo pokrivati

obiteljski liječnik i tu je njegova prednost pred svim ostalim specijalistima, i zato je dobio prednost u potpunom liječenju i praćenju bolesti. Međutim, obiteljski liječnici navode da upravo taj dio liječenja stvara zamor i zasićenje jer pacijenti u tom segmentu liječenja najlošije surađuju(145,146)

Manje od polovine dijabetičara izražava povjerenje, zadovoljstvo i sigurnost s obiteljskim liječnikom. On je ključna uloga u liječenju dijabetesa.

"...meni moj doktor sve napravi, kontrolira mi šećer, liječi me" "Oni se gore stalno mijenjaju, nikad kod istoga.....". Istraživanja pokazuju da su učestali posjetioци u općoj populaciji u pravilu zadovoljni sa svojim obiteljskim liječnikom (39). Dijabetičari su zadovoljniji sa liječenjem kod obiteljskog liječnika nego kod specijalista (141,142). Dobije li naš dijabetičar učestali posjetilac čestim dolascima standard liječenja?

Hipoteza je da ovi češće dolaze po čimbenicima za učestale posjete iz opće populacije. U ovoj grupi prepoznat je dijabetičar, i to kao pacijent bez vlastite strategije i odluke, postavi se kao pasivac pa kud ga pošalju.

"Ja nazovem doktora koliki je šećer, a on kaže `dođi`, šta ja znam".

Taj pacijent ide danas liječniku po recept. a za dva dana će doći po uputnicu. On ne vidi potrebu ciljanog organiziranog smislenog dolaska liječniku, niti je svjestan dolazaka. Drugi je zadužen za njegovo zdravlje i organizaciju liječenja. On ima vremena, on je u mirovini (21,22,39,41).

Osobni stil rada liječnika ovdje dolazi do izražaja (39). U kvantitativnom dijelu studije nađeno je da spol, dob, specijalizacija liječnika ne utječu na broj učestalih posjetilaca, za razliku od dosadašnjih istraživanja (22,23,26). Liječnici koji su "dobri slušači", koji više vremena provode s pacijentom u ordinaciji i izvan ordinacije, koji "ispunjavaju želje pacijenata", koji pokazuju specijalan interes za probleme pacijenta, imaju više učestalih posjetilaca. Liječnici koji se ne žele "zamjeriti" pacijentu, s nastupom

"stjuardese", koji imaju više posjeta u ordinaciji i po pacijentu, imaju više učestalih posjetilaca.

Paternalistički stav liječnika prema pacijentu pretvara pacijenta u pasivca. Ili defanzivni, konzervativni pristup liječnika u postavljanju dijagnoze, liječenju i praćenju dijabetesa, (neki liječnici zbog vlastitog straha i nesigurnosti ili stava, češće naručuju na kontrole, radije nego da interveniraju), povećava broj posjeta.

Neuobičajena dostupnost i "familijarnost" učestalog posjetioca s obiteljskim liječnikom olakšava odluku da učestali posjetilac učini posjet. Prijašnji česti posjeti liječniku zbog materinstva, zaštite djece, administrativnih potreba, stvorile su naviku odlaska liječniku i za manje potrebe (22,36).

Percepcija dolazaka. Većina izjavljuje "... ne idemo često, koliko treba...". U literaturi se često navodi stav pacijenata učestalih posjetilaca, da ne idu često doktoru, samo kad trebaju (36,39). U kvalitativnom istraživanju 1997. godine, o percepciji dolazaka dijabetičara liječniku, pacijenti su sa statističkom značajnošću procijenili broj dolazaka prethodne godine (116).

Na postavljeno pitanje: ako se liječnik izbori da pacijent dobije sve potrebno za četiri mjeseca, većina se protivi. "... neka, nije nama teško dolaziti...". Oni žele češće vidjeti liječnika, osjećaju sigurnost u češćim kontaktima. Anksioznost, depresija, primarni strahovi češće su zastupljeni kod učestalih posjetilaca, a i dijabetičara (29,30,37,40). Međutim naši pacijenti iznose konkretne objektivne strahove vezne uz dijabetes, strah od inzulina, amputacija nogu, slijepoća (105,144,145).

Percepcija zdravlja i kvalitete života. Dijabetes kao kronična bolest ima veliki utjecaj na stil života, životne navike i socijalno-zdravstveni status pacijenta. Vlastita procjena zdravlja je bitan pokazatelj zdravstvene zaštite dijabetičara.

Jedan od većih problema u ispitivanju percepcije i interpretacije vlastitog zdravlja i dnevnog funkcioniranja dijabetičara je utjecaj komorbidnih bolesti koje interferiraju s

dijabetesom (147-150). Manje je vjerojatno da učestali posjetilac kroničar iznosi dobro zdravlje, kao što nalazimo u literaturi (24,25,31). Međutim, naš dijabetičar po vlastitoj procjeni nije više bolestan od svojih vršnjaka. Skloniji su procjeni dobrog zdravlja nego lošeg i izvrsnog. Slične rezultate nalazimo u psihometrijskim istraživanjima Pibernik-Okanović (105,150).

Veći dio dijabetičara izjavljuje da su često umorni, teže hodaju i slabije su pokretni. U razgovorima se prepoznaje slabija pokretljivost, zbog objektivnog lošijeg kliničkog statusa, kao jedan razlog: " ... *pa vidite da jedva dođem do vas!...*" i socio-kulturološki stav prema tjelesnoj aktivnosti kao terapijskom postupku u liječenju, kao drugi razlog: "... *kud ću hodati, reći će da sam luda...*" (80,150).

Veći dio dijabetičara učestalih posjetilaca je sputan u socijalnom segmentu života do izoliranosti. Njegovo socijalno okruženje uglavnom je odredila bolest, zbog potrebe stalnog odlaska liječnicima i svakodnevnih postupaka liječenja - dijeta, lijekovi, samokontrola. Pretpostavka je i da prosjek godina dijabetičara i manje obitelji bez mlađih članova utječu na ovakav stav. Okanović-Pibernik u psihometrijskim istraživanjima kod dijabetičara s ciljem procjene socijalne kvalitete života nije našla odstupanja od opće populacije (105). Pacijenti sa širokom mrežom socijalnog okruženja ne konzultiraju često liječnika (152-153).

Kvalitativna analiza fokus grupe dala je objašnjenje nalaza u dijelu kvantitativne studije: učestali posjetilac dijabetičar u sadržaju posjeta ne dobije standard liječenja od svog obiteljskog liječnika. Prepoznaje se uzajamni utjecaj liječnika i pacijenta: da se "riješe" jedan drugog - slanjem dalje ili odlaskom dalje. Objektivni problem je u nedostatku nacionalne podrške obiteljskom liječniku i pretpostavka nedovoljne edukacije.

Dijabetičar učestali posjetilac, za razliku od učestalih posjetilaca u općoj populaciji, iznosi sljedeće:

- simptomi i znakovi dijabetesa nisu razlog dolaska
- laička mišljenja i okolina ne utječu na dolazak liječniku
- više od polovice dijabetičara ne vidi ulogu obiteljskog liječnika u liječenju.
Liječnik je nemoćan administrativac.
- procjep je u nefarmakološkim načinima liječenja i odgovorima na "nepostavljena pitanja"
- procjenjuju zdravlje kao dobro
- navode sputanost i zasićenje, strah od sljepoće i inzulina
- socijalno su izolirani.

Čimbenici koji mogu dijabetičara pretvoriti u učestalog posjetioca:

1. Zdravstveni i nacionalni propisi
2. Pasivni, nesigurni ili paternalistički stav liječnika
3. Snaženje dijabetičara okrenuto samo "podjeli vlasti" u liječenju
4. Procjepi između liječnika i pacijenata u nefarmakološkim načinima liječenja.

Mogućnosti intervencije

1. Nacionalni propisi
2. Konsenzus ili smjernice obiteljskom liječniku u svim komponentama liječenja
3. Snaženje dijabetičara u podjeli odgovornosti, a ne samo u pravima.
4. Evaluacija učinjenog, primjenom više metoda u istraživanjima

5.5. ZNAČENJE REZULTATA ISTRAŽIVANJA ZA ZDRAVSTVENI SUSTAV, OBITELJSKOG LIJEČNIKA I DIJABETIČKOG BOLESNIKA

Problem dijabetesa kao ozbiljne kronične bolesti s velikim morbiditetom i mortalitetom je prepoznat. Zbrinjavanje bolesti i liječenje komplikacija spadaju danas u najskuplje kronične nezarazne bolesti. Dijabetički pacijent s komplikacijama bolesti tri puta je skuplji od onog bez komplikacija.

Troškovi liječenja dijabetesa izračunavaju se kao direktni i indirektni. U direktne troškove spadaju troškovi zdravstvene službe, troškovi liječenja samog pacijenta i obitelji, lijekovi, odsustvo s posla. Indirektni troškovi su teže mjerljivi a odnose se na lošiju produktivnost i funkcioniranje pacijenta i lošiji status u društvu (67,128,129,154).

CODE - 2 Study, provedena u osam europskih zemalja, procjenjuje: pacijenti s tipom 2 dijabetesa potroše 7,4 % ukupnog nacionalnog zdravstvenog novca. Najveća stavka odlazi na bolničko liječenje, i to 30 - 65 %. Za 50 % povećani su troškovi bolničkog liječenja dijabetičara, za 30 % povećani su troškovi ambulantnog liječenja i za 40 % troškovi u lijekovima (155).

U Hrvatskoj, procjenjuje se, danas ima oko 120 000 dijabetičkih bolesnika. Hrvatska kao zemlja u razvoju u sljedećim desetljećima može očekivati za 170 % povećanje broja dijabetičkih bolesnika: zbog još neotkrivenih dijabetičara, pretilosti, nedovoljne zdravstvene prosvjećenosti zdravog življenja, pasivnog stava pučanstva prema zdravlju.

Uza sva znanstvena otkrića na molekularnoj i kliničkoj razini, epidemiološkim i javnozdravstvenim istraživanjima, učinkovitost liječenja dijabetesa ostala je nezadovoljavajuća. Izgleda da nije samo problem u pravilnom liječenju nego i u

praćenju i evaluaciji bolesti, i sveobuhvatnom pristupu pacijentu. Istraživanja su pokazala da konzultanti daju samo preporuke liječenja, a na kvalitetu zaštite ne mogu utjecati: kao praćenje glikemije, sprječavanje komplikacija, suradnja i podrška u liječenju pacijentima. U razvijenim zemljama stoga se kompletno liječenje dijabetesa, napose tipa 2, prebacuje na obiteljskog liječnika.

Ako po rezultatima našeg istraživanja gledamo pacijenta dijabetičara u Hrvatskoj kao potrošača, 60% učestalih posjeta obiteljskom liječniku i liječenje dijabetesa na dvije razine zdravstvene zaštite sigurno čini veće troškove izvanbolničkog liječenja od 30%.

Ako gledamo budućnost dijabetičkog bolesnika kao bolesnika u Hrvatskoj, u ovim uvjetima on ne dobije dovoljno specifičnih postupaka u liječenju, praćenju bolesti i sprečavanju komplikacija, te nefarmakoloških postupaka kao u razvijenim zemljama.

Dijabetički bolesnik je učestali posjetilac ne zbog svoje vlastite odluke nego zbog međusobnog djelovanja niza čimbenika analiziranih u ovom istraživanju. Obiteljskom liječniku je potrebama podrška i obveza nacionalnog dogovora u zbrinjavanju dijabetičara. Na taj bi se način povećao opseg specifičnih postupaka u zaštiti dijabetičara, pacijent bi dobio više nefarmakoloških postupaka u konzultaciji, liječnik bi mogao pratiti i korigirati liječenje. Dijabetičar bi dobio kvalitetniju zaštitu, a po rezultatima našeg istraživanja i sličnih u svijetu, ovakva zaštita ne bi povećala broj učestalih posjeta.

Međutim, prema najnovijim preporukama SVPDG, nitko na nacionalnoj razini u ime obiteljskih liječnika ne može postaviti problem u liječenju dijabetičara, niti dati preporuke za rješenje. Potrebno je, primjenom više metodoloških pristupa, istražiti problem, na relevantna mjesta postaviti ljude struke i na nacionalnoj razini zahtijevati rješenja.

Dijabetičara treba snažiti i obvezati u kontinuiranom liječenju bolesti. On se danas "izgubio" u traženju većih "prava", u podjeli vlasti u liječenju. U literaturi se nalazi, kao što smo dobili u našem istraživanju, da veća prava u odlučivanju pacijenta u liječenju nisu proporcionalna s boljim ishodom liječenja, a troškovi liječenja su i nekoliko puta povećani (67,155).

5.6. RASPRAVA O IZABRANOM UZORKU I METODOLOGIJI RADA

5.6.1. Izbor uzorka pacijenata i liječnika

Pacijenti uključeni u istraživanje standarda dolazaka su reprezentativan uzorak populacije. Uključeni su svi dijabetičari iz odabranih ordinacija obiteljske medicine.

Liječnici uključeni u istraživanje ne predstavljaju reprezentativni uzorak liječnika obiteljske medicine Hrvatske po dobi i zastupljenosti specijalista. Razlog je sljedeći: studija je nastavak istraživanja CroDiabGP započeta 1997. godine u sklopu ciljeva St Vincent Deklaracije iz 1996. godine. Na početku studije, svrha rada je bila istražiti u jednoj ili više regija zdravstvenu zaštitu dijabetičkih bolesnika na razini obiteljske medicine. Nastojalo se iznaći prednosti i nedostatke liječenja dijabetičara u našim uvjetima, s ciljem poboljšanja kvalitete liječenja dijabetičara u obiteljskoj medicini (59). I tada je u literaturi bilo poznato da svaka manja regija, pa čak i svaka grupna praksa, imaju svoje specifičnosti u liječenju kroničnih bolesnika a pogotovo dijabetičara (129-136).

Tako su u početnom istraživanju bili uključeni liječnici iz sjeverne Hrvatske koji su htjeli sudjelovati u radu, prvenstveno liječnici iz manjih sredina, s formalnim grupnim praksama koji duže rade s istom populacijom, odnosno oni liječnici koji dobro poznaju

pacijente. Prema liječniku koji je pristao na istraživanje, u uzorak su ušli i liječnici iz njegove grupne prakse. Dakle, već tada je određen broj specijalista i liječnika bez specijalizacije. Tako je u istraživanje bilo uključeno 13 liječnika iz Požeško-slavonske, Karlovačke, Bjelovarsko-bilogorske, Brodsko-posavske i Zagrebačke županije.

U istraživanju je tada nađeno, za razliku od drugih zemalja, da je problem zbrinjavanja dijabetesa kod obiteljskog liječnika u Hrvatskoj veliki broj posjeta. Od ukupno 696 ispitanika dijabetičara, njih 300 je u ordinaciju došlo više od 12 puta u godini dana (59). Za usporedbu, u većini europskih zemalja dijabetičar dođe u ordinaciju od 3,8 do 5,4 puta (92,93). U takvim uvjetima, uz ostale zadatke obiteljskog liječnika, teško je pretpostaviti da će dijabetički bolesnik dobiti optimalnu zdravstvenu skrb u ordinaciji obiteljske medicine.

Da bismo istražili broj posjeta dijabetičkog bolesnika, standard posjeta iz opće populacije za dob i spol, nastojali smo utvrditi u ordinacijama obiteljske medicine iste regije (uzorak A).

Može se pretpostaviti da liječnici koji su pristali sudjelovati u početnom istraživanju (uzorak liječnika B) imaju i bolju motivaciju u liječenju dijabetičkog bolesnika. Međutim, rezultati su pokazali da, ako i postoji eventualna motivacija kod ovih liječnika, ona nije utjecala na rezultate zaštite dijabetičara.

5.6.2. Izbor metodologije

U studijama za proučavanje učestalog posjetioca ovom metodologijom (Westhead, Švab, Dowrick), uzima se onaj pacijent koji je godišnje ostvario broj posjeta liječniku u gornjoj tercili, kvartili ili gornjih 10 % posjeta (29-32). Uzorak temeljen na gornjih 10 % posjeta daje, međutim, informacije više o ekstremima. Kako cilj ove studije nije bio pratiti posjete

ekstremnih učestalih posjetilaca, nego kroničnih bolesnika, uzeta je metoda gornje kvartile. Većina studija prati kroničara kroz jednu godinu. Mi smo uzeli 36 mjeseci praćenja da bi se mogli pratiti posjeti vezani na jednu kroničnu bolest kroz više bolesničkih godina.

Pacijenti su, u statističkoj obradi, podijeljeni u dobno spolne skupine, zbog različitosti potreba korištenja zdravstvene zaštite za svaku dobno spolnu skupinu. Bez ove podjele, dobili bismo pomak posjeta prema starijim dobnim skupinama i ženama. Određivanje učestalog posjetioca kroničara prema pomaku broja posjeta prema ženama i starijim u općoj populaciji ne bi bilo objektivno.

Iz studije su isključeni pacijenti s težim povredama i trudnice, jer ove dvije grupe učine objektivno više posjeta koje, po definiciji, ne možemo svrstati u učestale posjete nego "eruptivne" prolazne posjetioce.

Postoje limitirajući čimbenici za uzorak pacijenata: uzeti su stalni pacijenti u razdoblju od 36 mjeseci. Pacijenti koji su mijenjali liječnika nisu uključeni u studiju. Poznato je da pacijenti koji mijenjaju liječnika često spadaju u učestale posjetioce.

5.6.3. Limitirajući čimbenici kod svrstavanja multimorbidnih bolesti koje utječu na broj dolazaka

U multimorbidne bolesti svrstavaju se definirana stanja zabilježena u medicinskoj dokumentaciji ili ona stanja koja su u tijeku obrade ili liječenja (85-88).

Kad se misli na komorbiditet kod dijabetičara, ističu se mikrovaskularne komplikacije bolesti koje su i analizirane u našem istraživanju. Kardiovaskularne bolesti spadaju u multimorbidne, a patomorfološki kod dijabetičara su češće nego u općoj populaciji i imaju težu prognozu (65,66).

Ograničenja klasifikacije multimorbiditeta, po Charlsonovoj skali, u odnosu na broj stanja ili bolesti (85-89):

- ne uvrštavaju se akutne "minor" bolesti, na primjer respiratorne, urinarne
- ne svrstavaju se žučni kamenci, nakon operacije, u kroničnu bolest koja se zabilježi
- stanja kao hipertrofija prostate se ne uvrštavaju
- refrakcione anomalije vida, nošenje slušnog aparata, nije predviđeno u klasifikaciji multimorbiditeta.

Uvrštavaju se samo stanja i dijagnoze postavljene od strane liječnika. Kondicija pacijenta, funkcionalni status, psihička i socijalna stanja koja utječu na klinički status nisu predviđena u skali multimorbiditeta.

5.6.4. Limitirajući čimbenici za procjenu komorbiditeta i ozbiljnosti komplikacija dijabetesa

U trenutku otkrivanja dijabetesa tipa 2, bolest je u prosjeku već trajala 10 godina. Procjenjuje se da su već nastupile komplikacije: retinopatija, mikroalbuminurija, neuropatija. U procjeni kliničkog, biokemijskog stanja i kvalitete života dijabetičara postoji nekoliko smjernica i konsenzusa. Za komplikacije bolesti u istraživanju su navedena ona stanja koja su, po ocjeni obiteljskog liječnika ili specijalističkih nalaza, dokazana i svrstana u komplikacije bolesti.

Dvojbena je procjena prisutnosti lakše nefropatije, ako u praćenju bolesti nije učinjena pretraga na mikroalbuminuriju. Nefropatiju karakterizira albuminurija, hipertenzija i progresivna renalna insuficijencija. U početku se znakovi nefropatije pokažu kao intermitentna mikroalbuminurija koja progredira u stalnu mikroalbuminuriju. Mikroalbuminurija se definira kao lučenje 30 do 300 mg albumina u 24-satnom urinu.

Određuje se kod težih nefroloških komplikacija, rjeđe u preventivne svrhe sprječavanja komplikacija (53,101,102).

Neuropatija je komplikacija koja se najrjeđe zabilježi. Dijabetička je kad se isključe sve druge neurološke bolesti, kojih u toj dobi ima. Testovi za kontrolu i samokontrolu neuropatije nisu specifični za dijabetičku neuropatiju. Diferentni testovi se najčešće primjenjuju kod jače naglašenih simptoma ili dijabetičkog stopala (96-100). Pacijent blažu utrnulost ili bockanje doživljava kao starost, išijas, a ne komplikaciju bolesti. Kompletan kliničko-biokemijski status dijabetičkog bolesnika poznaje jedino obiteljski liječnik.

Studija je, stoga, utemeljena na podacima zabilježenim u kartonima, i procjeni kliničkog statusa pacijenta od strane obiteljskog liječnika.

5.6.5. Kako procijeniti suradnju, odnosno privolu pacijenta u liječenju?

Praktični mjerljivi podaci su klinički pokazatelji: tjelesna težina, razina glikemije natašte i poslije obroka, glikozirani hemoglobin, odsustvo komplikacija. Glukoza i HbA1c mogu biti znak i neadekvatno određene terapije. S druge strane, bolest je doživotna, čimbenici za razvoj komplikacija se kumuliraju, ne ovise samo o suradnji pacijenta. Koliko je uspio, najbolje će sam pacijent odgovoriti?

Testovi za procjenu suradnje pacijenata su multidimenzionalni i ovise o području gdje se primjenjuju: o razvoju zdravstvene službe, educiranosti i motivaciji liječnika za problem, socio-ekonomskom razvoju. Kako pitati pacijenta pregledava li stopalo, ako nije dobio temeljnu edukaciju o postupku? Na svakom području trebalo bi odrediti vlastitu skalu mjerenja suradnje. Najčešće se ispituje pet područja, svako posebno, koja pokrivaju vlastito monitoriranje bolesti: općenito pridržavanje dijete, pridržavanje

specifičnih dijetnih preporuka, provođenje samokontrole glikemije, uzimanje lijekova (69-72). U našem istraživanju pitali smo liječnika da procijeni suradnju pacijenta kao: motiviranost pacijenta za liječenje, pridržavanje dijetnih preporuka, uzimanje lijekova, provođenje samokontrole bolesti. Liječnik je procijenio razinu suradnje prema zdravstvenom standardu koji pruža dijabetičaru i zdravstveno i socio-kulturnoj razini svoje populacije.

6. ZAKLJUČCI

1. Izabrali smo metodu određivanja učestalog posjetioca da je učestali posjetilac onaj pacijent koji u toku godine ostvari broj posjeta iznad granične vrijednosti treće kvartile (Q_3) za dobno spolnu skupinu.

Primjenom te metode nalazimo da pacijenti po broju ostvarenih posjeta, svrstani u učestale posjetioce, ostvare veći broj učestalih posjeta od pokazatelja iz sličnih europskih studija. Obiteljski liječnik u Hrvatskoj više je opterećen brojem učestalih posjeta od obiteljskog liječnika u Europi.

2. U trogodišnjem razdoblju 1997. -1999. godina broj učestalih posjeta porastao je za 16 %.

3. Dijabetički bolesnik u našim uvjetima je učestali posjetilac s visokom proporcijom od 60 % svih dijabetičara.

4. Broj dijabetičara učestalih posjetioca u trogodišnjem razdoblju, 1997. - 1999., godina je opao. Kronični bolesnik dijabetičar u jednom razdoblju kronične bolesti je učestali posjetilac, a prije ili poslije toga ima standardni broj posjeta za dob i spol.

Razlog, prema istraživanju, može biti pogoršanje komplikacija bolesti zbog kojih pacijent ne može dolaziti liječniku.

5. Ukupan broj učestalih posjeta dijabetičkih bolesnika u promatranom razdoblju je stabilan za razliku od broja učestalih posjeta u općoj populaciji gdje je zabilježen veći porast.

6. Epidemiološke varijable pacijenta : dob, spol, stručna sprema, broj članova domaćinstva, nisu čimbenici po kojima će dijabetički bolesnik biti učestali posjetilac. Kroničara - dijabetičkog bolesnika ne čini pacijent nego bolest. Istraživanja o problemu posjeta kroničnih bolesnika treba usmjeriti prema čimbenicima bolesti a ne općim epidemiološkim čimbenicima.
7. Dijabetes kao bolest je ključni čimbenik za učestalog/neučestalog posjetioca, kao tip bolesti, način liječenja, dužina trajanja.
8. Dijabetičari koji, po procjeni liječnika, surađuju u liječenju, provodeći samokontrolu trakama i aparatom, češće su učestali posjetioци. Da bi dobio standard zaštite, iz administrativnih razloga pacijent mora češće doći liječniku.
9. Broj drugih pridruženih bolesti uz dijabetes nije čimbenik da će dijabetičar biti učestali posjetilac.
10. Indeks težine multimorbidnih bolesti, indeks težine komplikacija dijabetesa, broj lijekova koje pacijent uzima su čimbenici za učestalog/neučestalog posjetioca dijabetičkog bolesnika.
11. Procjena kliničkog statusa pacijenta, prema MCD-10/ICD-9/CI skali i procjena težine dijabetesa prema IDS skali, pokazala se dobrom za izučavanje dijabetičkog bolesnika kao kroničara u obiteljskoj medicini.
12. Dijabetičari koje liječi liječnik specijalist obiteljske medicine i koje kontrolira internist imaju manju vjerojatnost da će biti učestali posjetioци.

13. Osobni stil rada liječnika obiteljske medicine veći je čimbenik za učestalog/neučestalog posjetioca od edukacije liječnika.
14. Specifični postupci za praćenje bolesti i sprječavanje komplikacija nisu čimbenik za učestalog/neučestalog posjetioca (osim HbA1c, što je objašnjeno većim indeksom težine dijabetesa).
15. Dijabetički bolesnik u našim uvjetima kod obiteljskog liječnika ne dobije dovoljno specifičnih postupaka za praćenje dijabetesa i sprječavanje komplikacija, kao u većini europskih zemalja. Većim brojem posjeta kod obiteljskog liječnika učestali posjetilac ne dobije više specifičnih i preventivnih postupaka za liječenje i praćenje bolesti.
16. Subjektivni čimbenici od strane dijabetičkog bolesnika predstavljaju bitnu odrednicu za učestalog/neučestalog posjetioca.
17. Oko 70 % dijabetičkih bolesnika učestalih posjetilaca ne vidi u obiteljskom liječniku osobu koja je ključna u liječenju dijabetesa. Dijabetičar vidi obiteljskog liječnika kao administrativca. On primarnu zdravstvenu zaštitu nepotrebno ostvaruje na dvije razine: obiteljski liječnik administrativac, a specijalist u ulozi primarne i konzilijarne zaštite.
18. Oko 30 % dijabetičkih bolesnika učestalih posjetilaca u obiteljskom liječniku vidi jedinu osobu koja mu liječi dijabetes. On jedino ima povjerenja i sigurnost u

obiteljskog liječnika. Pretpostavka je da na ove učestale posjetioce utječu čimbenici kao oni za opću populaciju.

19. Dijabetičar učestali posjetilac kod obiteljskog liječnika ne dobije dovoljno postupaka nefarmakološkog načina liječenja. On je kao učestali posjetilac uskraćen u nefarmakološkom načinu liječenja.
20. Dijabetičar učestali posjetilac, za razliku od učestalih posjetilaca u općoj populaciji, ne dolazi često liječniku na nagovor okoline.
21. Učestali posjetilac dijabetički bolesnik, za razliku od učestalog posjetioca u općoj populaciji, navodi konkretne objektivne strahove od inzulina, gangrene nogu i sljepoće. Socijalno je izoliran.
22. Iako nismo analizirali sadržaj rada liječnika u tijeku posjeta, iz kvantitativnih i kvalitativnih rezultata našeg istraživanja, razabire se da, u uvjetima učestalih posjeta, liječnik provodi manje nefarmakoloških postupaka, manje specifičnih i preventivnih postupaka liječenja dijabetesa.

7. LITERATURA

1. Allen JN, Ostergaard I. What's in a name? *Eur J Gen Pract* 1999;5:8-9.
2. The European definition of general practice/family medicine. /s.l./: Wonca Europe; 2002. p. 6-8.
3. Budak A. Opća/obiteljska medicina u Europi. Izvješće u povodu Prvog kongresa i skupštine EURACT-a. *Med Fam Croat* 1993;1:71-4.
4. Royal College of General Practitioners, Office of Population Censuses and Surveys, and Department of Health. Morbidity statistics from general practice. Fourth national study 1991-1992. London: HMSO; 1995.
5. Budak A, Katić M, Jurković Lj, Jovanović A, Barić K. Struktura rada liječnika obiteljske medicine (raskorak između prakse i zdravstvenog standarda). U: Zbornik. Dani primarne zdravstvene zaštite. Labin, 1995. Labin: Dom zdravlja; 1995. p. 127-35.
6. Tiljak H. Značajke strukture i procesa rada liječnika opće medicine u Hrvatskoj. /doktorska disertacija/. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2000. p. 46-70.
7. Jakšić Ž. Od poziva do profesije. Uvjeti za ispunjenje zadaće obiteljske medicine. *Med Fam Croat* 1996;4(2):49-61.
8. Lamberts H, Hofmans-Pkkes I. Episode of care: a core concept in family practice. *J Fam Pract* 1996;42:161-7.
9. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* 1999;319:738-43.
10. Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M, Oskam SK, et al. The role of family practice in different health care system: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract* 2002;51:72-3.

11. Winefield HR, Murrell TG, Clifford J. Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Soc Sci Med* 1995;41:969-75.
12. Kernick DP, Reinhold DM, Mitchell A. How should patients consult? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients. *Fam Pract* 1999;16:562-5.
13. Katić M, Perinović R, Žalac D, Jovanović A. Razlozi dolaska liječniku opće medicine. (Primjena Međunarodne klasifikacije za primarnu zaštitu). *Med Fam Croat* 1994;2:5-12.
14. Martin E, Russell D, Goodwin S, Chapman R, North M, Sheridan P. Why patients consult and what happens when they do. *BMJ* 1991;303:289-92.
15. Eve R, Hodgkin P, Waller J, Jenkins P, McGorrigan J. Consultation rates with a doctor in 1996. *Br J Gen Pract* 2000;50:216-7.
16. Stafford RS, Saglam D, Causino N, Starfield B, Culpepper L, Marder WB et al. Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. *Arch Fam Med* 1999;8:26-32.
17. Green LA. Declining visits to primary care physicians? *Arch Fam Med* 1999;8:33-4.
18. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 1999. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2000. p. 115-51.
19. Toth M, Šabljan D. Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima. Zagreb: Republički fond zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske; 1992.
20. Zelić-Havić I, Nardelli-Kovačić M, Tiljak H. Metaboličke bolesti u općoj/ obiteljskoj medicini - mogućnosti analize korištenjem međunarodne klasifikacije primarne zdravstvene zaštite. U: Kongres obiteljske medicine – VI. stručni skup. Zbornik. Diabetes melitus i drugi endokrinološki poremećaji. Karlovac, 1999. Karlovac: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1999. p. 109-21.

21. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract* 1996;13:75-83.
22. Neal R, Dowell A, Heywood P, Morley S. Frequent attenders: who needs treatment? *Br J Gen Pract* 1996;46:131-2.
23. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:895-88.
24. Gill D, Dawes M, Sharpe M, Mayou R. GP frequent consulters: their prevalence, natural history, and contribution to rising workload. *Br J Gen Pract* 1998;48:1856-7.
25. Browne GB, Humphrey B, Pallister R, Browne JA, Shetzer L. Prevalence and characteristics of frequent attenders in prepaid Canadian family practice. *J Fam Pract* 1982;14:63-71.
26. Neal RD, Heywood PL, Morley S. Frequent attenders' consulting patterns with general practitioners. *Br J Gen Pract* 2000;50:972-6.
27. Jyvasjarvi S, Keinanen-Kincaanniemi S, Vaisanen E, Larivaara P, Kivela SL. Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. *Scand J Prim Health Care* 1998;16:141-8.
28. Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Fam Pract* 1994;11:424-30.
29. Westhead JN. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:337-40.
30. Dowrick CF, Bellon JA, Gomez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000;50:361-5.
31. Švab I, Zaletel-Kragelj L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:38-43.

32. Kersnik J, Švab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:174-7.
33. Ward AM, Underwood P, Fatovich B, Wood A. Stability of attendance in general practice. *Fam Pract* 1994;11:431-7.
34. Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of dana. *Fam Pract* 2000;17:298-304.
35. Edwards A, Pill R. Patterns of help-seeking behavior for toddlers from two contrasting socio-economic groups: new evidence on a neglected topic. *Fam Pract* 1996;13:377-81.
36. Dowrick C. Why do the O'Sheas consult so often? An exploration of complex family illness behaviour. *Soc Sci Med* 1992;34:491-7.
37. Gannik DE. Situational disease. *Fam Pract* 1995;12:202-6.
38. Gomez Rodriguez E, Moreno Raymundo P, Hernandez Monsalve M, Gervas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Fam Pract* 1996;13:382-5.
39. Neal RD, Heywood PL, Morley S. "I always seem to be there" - a qualitative study of frequent attenders. *Br J Gen Pract* 2000;50:716-23.
40. Heywood PL, Blackie GC, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract* 1998;15:198-204.
41. Kokko SJ. Long term patterns of general practice consulting behaviour: a qualitative 9 year analysis of general practice histories of a working aged rural Finnish population. *Soc Sci Med* 1990;30:509-15.

42. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-72.
43. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323:908-11.
44. Gafni A, Charles C, Whelan T. The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1998;47:347-54.
45. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision- making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999;49:651-61.
46. Nerenz DR. Primary care research from a health system perspective. *J Fam Pract* 1996; 42:186-91.
47. Jiwa M. Frequent attenders in general practice: an attempt to reduce attendance. *Fam Pract* 2000;17:248-51.
48. Vedsted P, Olesen F. Frequent attenders in out-of-hours general practice care: attendance prognosis. *Fam Pract* 1999;16:283-8.
49. Vedsted P, Sorensen HT, Nielsen JN, Olesen F. The association between daytime attendance and out-of-hours frequent attendance among adult patients in general practice. *Br J Gen Pract* 2001;51:121-4.
50. Whynes DK, Baines DL. Explaining variations in the frequency of night visits in general practice. *Fam Pract* 1996;13:174-8.
51. Webb M. Diagnosis and management of type 2 diabetes. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians ;1999. p. 3-14. (American Family Physician Monograph ; 1)

52. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997;20:1183-97.
53. Metelko Ž, Šestan-Crnek S, Babić Z, Roglić G, Pavlić-Renar I, Granić M. Nacionalna organizacija zdravstvene zaštite dijabetičkih bolesnika "Hrvatski model". *Lijec Vjesn* 1996;118:1-10.
54. St Vincent Declaration Primary Care Diabetes Group. U: Fourth International Conference of the St Vincent Declaration Primary Care Diabetes Group. Abstract Book. Prague, 2000. Prague; /vlast. izd./; 2000. p.12.
55. European Diabetes Policy Group 1998-1999. A desktop guide to type 2 diabetes mellitus. Guidelines for Diabetes Care. Brussels: International Diabetes Federation, European Region; 1999.
56. Metelko Ž, Pavlić-Renar I, Ročić B, Prašek M, Rogić M, Profozić N et al. Dijagnostika i liječenje inzulinske neovisnog oblika šećerne bolesti. *Medicus* 1997;6:157-73.
57. Griffin SJ. The management of diabetes. Moving beyond registration, recall, and regular review. *BMJ* 2001;323:946-7.
58. de Fine Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Horder M, Pedersen PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ* 2001;323:970-5.
59. Vrca-Botica M. Dijabetes melitus u obiteljskoj medicini u sjevernoj Hrvatskoj. *Pharmaca* 1999;37:87-95.
60. Katić M, Jurković Lj, Lemačić Z, Jovanović A, Gotovac A. Korištenje registra dijabetičara za programiranje i provođenje skrbi za dijabetičare u općoj medicini. U: Dani primarne zdravstvene zaštite. Zbornik. Labin, 1993. Labin: Dom zdravlja;1993. p. 183-90.
61. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 1999. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1999;22(Suppl 1).

62. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 1999. Nutrition recommendation and principles for people with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1999;22(Suppl 1).
63. Jakšić Ž, Vrcić-Keglević M, editors. 20 years of training of teachers in general/family practice. What we have learned. Memories, experiences, reflections. Zagreb: Medical School University of Zagreb, „A. Štampar“ School of Public Health; 2002.
64. Garber AJ. Attenuating cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes. *Am Fam Physician* 2000;62:2633-42.
65. American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care* 2000;23(Suppl 1).
66. Kahn R. The diabetes quality improvement projekt. *International Diabetes Monitor* 2000;(special issue):3-7.
67. King H, Roglic G. Global status of diabetes, and recommendations for international action. *International Diabetes Monitor* 2001;(special issue):38-45.
68. Smith SA. Information management in the optimal care of people with diabetes. *International Diabetes Monitor* 1999;(special issue):24-9.
69. Lutfey KE, Wishner WJ. Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care* 1999;22:635-9.
70. Glasgow RE, Fisher EB, Anderson BJ, LaGreca A, Marrero D, Johnson SM. Behavioral science in diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:832-43.
71. McNabb WL. Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? Contributions and opportunities. *Diabetes Care* 1997;20:215-8.

72. Prljević G, Vrcić-Keglević M, Budak A. Pridržavanje liječničkih uputa o uzimanju lijekova kroničnih bolesnika. *Med fam Croat* 1997;5:79-85.
73. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000;23:943-50.
74. Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people. Socioeconomic factors, disabilities, and comorbid conditions are obstacles. *BMJ* 2001;323:945-6.
75. Turner RC, Cull CA, Frighi V, Holman RR. Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *JAMA* 1999;281:2005-12.
76. Balint I, Cvetković I, Beljak-Pavičić V. Terapija hipertenzije u dijabetičkih bolesnika. . U: Kongres obiteljske medicine – VI. Stručni skup. Zbornik. Diabetes melitus i drugi endokrinološki poremećaji. Karlovac, 1999. Karlovac: Hrvatska udružba obiteljske medicine ; 1999. p.134-8.
77. Todorović G, Perinović R, Perić M, Bardač - Zelić S. Liječenje tipa 2 diabetes melitusa. U: Kongres obiteljske medicine – VI. Stručni skup. Zbornik. Diabetes melitus i drugi endokrinološki poremećaji. Karlovac, 1999. Karlovac: Hrvatska udružba obiteljske medicine;1999. p. 222-30.
78. Rapić M, Fudurić B, Prolić-Alanović D, Alerić Z. Antihipertenzivni lijekovi kod dijabetičara. U: Kongres obiteljske medicine – VI. Stručni skup. Zbornik. Diabetes melitus i drugi endokrinološki poremećaji Karlovac, 1999. Karlovac: Hrvatska udružba obiteljske medicine;1999. p. 247-57.
79. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care* 1997;20:1512-7.
80. Hays LM, Clark DO. Correlates of physical activity in a sample of older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:706-12.

81. Hunt LM, Pugh J, Valenzuela M. How patients adapt diabetes self-care recommendations in everyday life. *J Fam Pract* 1998;46:207-15.
82. O'Connor PJ. From blame to understanding:moving diabetes care forward. *J Fam Pract* 1998;46:205-6.
83. Wun YT, Chan K, Lee A. Co-morbidity in general practice.*Fam Pract* 1998;15:266-8.
84. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998;36:8-27.
85. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract* 1996;2:65-70.
86. Jakšić Ž, Mlačak B, Gašparić-Jakšić D. Multimorbidnost (višestruko obolijevanje) kao važan stručni i znanstveni izazov opće/obiteljske medicine: primjer šećerne bolesti, tlaka i debljine. U: Kongres obiteljske medicine – VI. Stručni skup. Zbornik. Diabetes melitus i drugi endokrinološki poremećaji. Karlovac, 1999. Karlovac: Hrvatska udružba obiteljske medicine;1999. p. 15-25.
87. Mlačak B, Jakšić Ž, Vuletić S. Albuminuria, cardiovascular morbidity and mortality in diabetic and non-diabetic subjects in a rural general practice. *Fam Pract* 1999;16:580-5.
88. Imamura K, McKinnon M, Middleton R, Black N. Reliability of a comorbidity measure: the index of Co-Existent Disease(ICED). *J Clin Epidemiol* 1997;50:1011-6.
89. Kaplan MH, Feinstein AR. The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *J Chron Dis* 1974;27:387-404.
90. Yawn B, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Gotler RS, Stange KC. Is diabetes treated as an acute or chronic illness in community family practice? *Diabetes Care* 2001;24:1390-6.

91. Webb M. Diagnosis and management of type 2 diabetes. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians ;1999. p. 14-8 (American Family Physician Monograph ; 1)
92. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ* 2002;324:880-2.
93. Harris MI. Health care and health status and outcomes for patients with type 2 diabetes. *Diab Care* 2000;23:754-8.
94. Zoorab RJ, Hagen MD. Guidelines on the care of diabetic nephropathy, retinopathy and foot disease. *Am Fam Physician* 1997;56:2021-8,2033-4.
95. Melville A, Richardson R, McIntosh A, O’Keeffe C, Mason J, Peters J et al. Complications of diabetes: screening for retinopathy and management of foot ulcers. *Qual Health Care* 2000;9:137-41.
96. Metelko Ž, Granić M, Škrabalo Z. Šećerna bolest. U: Vrhovac B. i sur. U: *Interna medicina*. 2. proj. dop. izd. Naprijed: Zagreb; 1997. p. 1365-90.
97. Giljanović Perak J, Smoje E, Belak Z. Obiteljski liječnik i kronične komplikacije šećerne bolesti. U: Kongres obiteljske medicine – VI. Stručni skup. Zbornik. *Diabetes melitus i drugi endokrinološki poremećaji*. Karlovac, 1999. Karlovac: Hrvatska udružba obiteljske medicine;1999. p. 195-207.
98. Meijer JW, van Sonderen E, Blaauwwekel EE, Smit AJ, Groothoff JW, Eisma WH et al. Diabetic neuropathy examination: a hierarchical scoring system to diagnose distal polyneuropathy in diabetes. *Diabetes Care* 2000;23:750-3.
99. Greene DA Diabetic neuropathy. U: Becker KL, editors. *Principles and practice of endocrinology and metabolism*. 2nd ed. Philadelphia : J.B.Lippincott Co.; 1995. p. 1270-2.
100. American Diabetes Association. *Clinical Practice Recommendations 1999*. Diabetic nephropathy. *Diabetes Care* 1999;22(Suppl 1).

101. Coce F, Car N, Pavlić-Renar I, Metelko Ž, Rogić M, Jandrić M et al. Dijabetičko stopalo. Hrvatski model - nacionalno usuglašeno mišljenje. (Kliničke preporuke za dijagnostiku, prevenciju i liječenje). Lijec Vjesn 1999;121:175-80.
102. Krans HMJ, Porta M, Keen H, editors. Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration action programme. Implementation document. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe;1992. (EUR/ICP/CLR 055/3)
103. Bencarić L. Registar lijekova u Hrvatskoj 42/1999. Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu; 1999.
104. Lovasić S. Lijekovi u ordinaciji doktora primarne zdravstvene zaštite. U: Vrhovac B, Reiner Ž, glavni urednici. Farmakoterapijski priručnik. 3. izd.Zagreb: Med-ekon; 2000. p. 4-7.
105. Pibernik-Okanović M, Szabo S, Metelko Ž. Quality of life in diabetic, otherwise ill and healthy persons. Diab Croat 1996;25:117-21.
106. Pibernik-Okanović M. Prihvatanje uputa i preporuka za liječenje u kroničnih bolesnika. U: Havelka M. Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap;1998. p. 29-32.
107. Anderson RM, Pibernik-Okanović M.The patient empowerment approach to diabetes care. Diab Croat 1999;28:101-11.
108. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ 1995;311:299-302.
109. Barbour RS. Using focus groups in general practice research. Fam Pract 1995;12:328-34.
110. Kitzinger J. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. Soc Health Illness 1994;16:103-21.
111. Murphy E, Mattson B. Qualitative research and family practice: a marriage made in heaven? Fam Pract 1992;9:85-91.

112. Vrca Botica M, Rapić M, Lončar J. Kvalitativno istraživanje u obiteljskoj medicini. Neke teoretske i metodološke postavke kvalitativnog istraživanja. Intervju i fokus grupe. *Med fam Croat* 1999;7:105-8.
113. Vrca Botica M. Znanstveno istraživačke metode u obiteljskoj medicini. U: Dani primarne zdravstvene zaštite. Zbornik. Labin, 2001. Labin: Dom zdravlja; 2001. p. 125-32.
114. Gantley M, Harding G, Kumar S, Tissier J. An introduction to qualitative methods for health professionals. London: Royal College of General Practitioners; 1999.
115. Kahan JP. Focus group as a tool for public analysis. *Arch Soc Issues* 2001;129-46.
116. Vrca-Botica M, Lončar J. Percepcija korištenja primarne zdravstvene zaštite dijabetičkih bolesnika. *Med fam Croat* 1998;6:44-9
117. Bradly CP. Insights from qualitative research are need to improve GP prescribing. *Eur J Gen Pract* 2002;8:3-4.
118. Gantley M, Harding G, Kumar S, Tissier J. An introduction to qualitative methods for health professionals. London: Royal College of General Practitioners; 1999.
119. Ebling Z, Šerić V, Gmajnić R, Santo T, Rašić A, Đeri K. Stečena znanja, vještine i stavovi bolesnika od šećerne bolesti primjenom postupaka edukacije. U: Kongres obiteljske medicine – VI. Stručni skup. Zbornik. Diabetes melitus i drugi endokrinološki poremećaji. Karlovac, 1999. Karlovac: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1999. p. 26-37.
120. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 3rd ed. London: Blackwell Science; 2000.
121. Macran S, Clarke L, Sloggett A, Bethune A. Women's socio-economic status and self-assessed health: identifying some disadvantaged groups. *Soc Health Illness* 1994;16:182-208.
122. Malterud K, Okkes I. Gender differences in general practice consultations: methodological challenges in epidemiological research. *Fam Pract* 1998;15:404-10.

123. Carney TA, Guy S, Jeffrey G. Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-year follow-up study. *Br J Gen Pract* 2001;51:567-9.
124. Bastiaens H, Pas L, Wens I, Van Campen J, Van Royen P, Denekens J. Poor regulation of diabetic patients: a common phenomenon *Scand J Prim Health Care* 2000;18:61.
125. Gagliardino JJ, Olivera EM, Etchegoyen GS, Guidi ML, Martella A, Caporale JE et al. PROPAT: an attempt to improve the care of people with diabetes and reduce the economic cost of the disease. A preliminary report. *International Diabetes Monitor* 2001;(special issue):6-10.
126. Khunti K, Ganguli S, Lowy A. Inequalities in provision of systematic care for patients with diabetes. *Fam Pract* 2001;18:27-32.
127. Vrcić Keglević M. Prepoznavanje uloge u obitelji. U: Jakšić Ž, urednik. *Obitelj i zdravlje. Temelji obiteljske medicine po iskustvima liječnika opće/obiteljske medicine*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"); 1995. p. 17-46.
128. Turk-Štrajtenberger V, Venus M. Pozitivan i negativan utjecaj obitelji na regulaciju šećerne bolesti. U: Zbornik. Prvi simpozij obiteljske medicine. Varaždin, 1994. Varaždin: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 1994. p.101-14.
129. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar N et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323:784-7.
130. Trief PM, Himes CL, Orendorff R, Weinstock RS. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1384-9.
131. Carney T, Helliwell C. Effect of structured postgraduate medical education on the care of patients with diabetes. *Br J Gen Pract* 1995;45:149-51.

132. Khunti K, Ganguli S, Baker R, Lowy A. Features of primary care associated with variations in process and outcome of care of people with diabetes. *Br J Gen Pract* 2001;51:356-60.
133. Khunti K, Baker R, Rumsey M, Lakhani M. Quality of care of patients with diabetes: collation of data from multi-practice audits of diabetes in primary care. *Fam Pract* 1999;16:54-9.
134. Khunti K. Use of multiple methods to determine factors affecting quality of care of patients with diabetes. *Fam Pract* 1999;16:489-94.
135. Hetlevik I, Holmen J, Midthjell K. Treatment of diabetes mellitus-physicians' adherence to clinical guidelines in Norway. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:193-7.
136. Chin MH, Zhang JX, Merrell K. Specialty differences in the care of older patients with diabetes. *Med Care* 2000;38:131-40.
137. Dunn NR, Bough P. Standards of care of diabetic patients in a typical English community. *Br J Gen Pract* 1996;46:401-5.
138. Wandell PE, Brorsson B, Aberg H. Diabetic patients in primary care-quality of care three years apart. *Scand J Prim Health Care* 1998;16:44-9.
139. Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martinez-Gonzales MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care* 2000;23:1455-60.
140. Sturmberg JP. General practice-specific care categories: a method to examine the impact of morbidity on general practice workload. *Fam Pract* 2002;19:85-92.
141. Huttin C, Mechtler R, Atella V. Patient charges and decision making. Behaviours of consumers and physicians. Results from a Biomed Project. U: WONCA Europe 2002. Promoting excellence in family medicine. London, 2002.

142. Alzari M, Neal R, Heywood P. Diabetic patients experiences of continuity in primary care. Focus Group Study. U: WONCA Europe 2002. Promoting excellence in family medicine. London, 2002.
143. Greenhalgh T, Helman C, Chowdhury AM. Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study. *BMJ* 1998;316:978-83.
144. O'Connor PJ, Crabtree BF, Yanoshik MK. Differences between diabetic patients who do and do not respond to a diabetes care intervention: a qualitative analysis. *Fam Med* 1997;29:424-8.
145. Maunsbach M. A theoretical springboard into empowerment. U: Second International Conference of the St Vincent Declaration Primary Care Diabetes Group. Abstract Book. Brusseles, 1998. Brisseles: /vlast. izd./; 1998.
146. Wens J, Vermeire E, van Royen P, Sabbe B, Denkens J. "Health beliefs" and "adherence to treatment" in type 2 diabetics viewd by GPS. U: 5th International Conference of Primary Care Diabetes EUROPE. St Vincent Declaration in Practice. Abstract Book. Stockholm, 2002. Stockholm: /vlast.izd./;2002.
147. Van Loon H, Deturck L, Buntinx F, Heyrman J, Degroote L, Koker K, Vliers J. Quality of life and effectiveness of diabetes care in three different settings in Leuven. *Fam Pract* 2000;17:167-72.
148. Hays LM, Clark DO. Correlates of physical activity in a sample of older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:706-12.
149. Kerr CP. Improving outcomes in diabetes: a review of the outpatient care of NIDDM patients. *J Fam Pract* 1995;40:63-75.
150. deGrauw WJC, van den Lisdonk EH, Behr RR, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van Weel C. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam Pract* 1999;16:133-9.

151. Pibernik-Okanović M, Szabo S, Metelko Ž. Quality of life following a change in therapy for diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics* 1998;14:201-7.
152. Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R et al. Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. *Br J Gen Pract* 2001;51:987-94.
153. Pibernik-Okanović M, Roglić G, Prašek M, Metelko Ž. Emotional adjustment and metabolic control in newly diagnosed diabetic persons. *Diabetes Res Clin Pract* 1996;34:99-105.
154. King H, Roglić G. Global status of diabetes, and recommendations for international action. *International Diabetes Monitor* 1999;(special issue):38-45.
155. CODE - 2: Revealing the costs of type 2 diabetes in Europe. EASD Satellite Symposium. Brussels, 1999.

8. SAŽETAK

Učestali posjeti čine veliko opterećenje liječnika obiteljske medicine. U literaturi nalazimo kronične bolesti kao stalan razlog za učestale posjete.

U dosadašnjim istraživanjima smo našli da dijabetički bolesnici u Hrvatskoj imaju veliki broj posjeta obiteljskom liječniku.

Istraživanje se sastojalo iz tri dijela:

A. Istraživanje za utvrđivanje standarda dolazaka bolesnika u ordinaciju obiteljske medicine i određivanje standarda učestalih posjetilaca u našim uvjetima. Standard posjeta u općoj populaciji izračunat je i praćen u osam ordinacija obiteljske medicine na uzorku od 4 312 pacijenata i učinjenih 58 088 posjeta. Pacijenti koji u jednoj godini učine broj posjeta iznad granične vrijednosti za gornju kvartilu (Q3) svoje dobno spolne skupine spadaju u učestale posjetioce. Razdoblje praćenja posjeta je bilo od 1.1.1997. godine do 31.12. 1999. godine.

B. Istraživanje posjeta dijabetičkog bolesnika i čimbenika koji utječu na broj posjeta i kvalitetu zaštite pacijenata dijabetičara.

Praćeni su posjeti kod 490 dijabetičara iz 13 ordinacija obiteljske medicine, ukupno 1 170 bolesničkih godina dijabetičara i 16 670 posjeta. Dijabetičar koji je u toku godine ostvario broj posjeta iznad granične vrijednosti za gornju kvartilu za dobno spolnu skupinu je učestali posjetilac. Ostali pacijenti dijabetičari koji nisu svrstani u učestale posjetioce su komparativna skupina u istraživanju. Pacijenti u liječenju nisu imali poseban program, mimo uobičajenog nacionalnog zbrinjavanja dijabetesa. Razdoblje praćenja je bilo od 1.1.1997. godine do 31.12. 1999. godine.

C. Kvalitativno istraživanje subjektivnih čimbenika koji utječu na kvalitetu zaštite učestalih posjetilaca dijabetičara metodom fokus grupe. Uzet je uzorak dijabetičara učestalih posjetilaca.

Rezultati. Pacijenti su u općoj populaciji 1997. godine imali 4,2 posjeta, a 1999. godine 4,7 posjeta.

22 % pacijenata je učinilo 63 % (1997. godine), a 65 % (1999. godine) učestalih posjeta. Broj posjeta učestalih posjetilaca porastao je kroz tri godine za 16,2 %.

Od 490 pacijenata dijabetičara, navedenom metodologijom, njih 285 spada u učestale posjetioce, ili 60 % dijabetičkih bolesnika su učestali posjetioci.

U razdoblju od tri godine broj učestalih posjetilaca dijabetičara je smanjen za 6 ili 2,8 %, a broj učestalih posjeta je povećan za 1,6 %.

Epidemiološke varijable, dob, spol, stručna sprema i bračni status pacijenta nisu čimbenici da će dijabetičar biti učestali posjetilac. Dijabetičari na inzulinu, dijabetičari kod kojih je bolest duže trajala, koji imaju dijabetes kao glavnu bolest, koji troše više lijekova (uč.1,6 nasuprot neuč.1,5), koji provode samokontrolu trakama i aparatom su češće učestali posjetioci. Pacijenti koji imaju veći indeks težine multimorbidnih bolesti MKB-10/ICD-9/CI (po Charlsonu) (uč. 1,27 nasuprot neuč. 0.99) su češće učestali posjetioci. Dijabetičari koji imaju veći indeks težine komplikacija bolesti (IDS skala) (uč.1,37 nasuprot neuč. 2,62) rjeđe su učestali posjetioci.

Multivarijantna analiza pokazuje da pacijenti koje kontrolira internist, koje liječi specijalist obiteljske medicine imaju manju šansu da će biti učestali posjetioci. Zatim, specifični preventivni postupci: kao određivanje mikroalbuminurije, određivanje lipida, pregled očne pozadine kod okulistâ, pregled stopala, u našim uvjetima nisu optimalni, a prema istraživanju nisu čimbenici za učestalog posjetioca. HbA1c je određen kod 24 % dijabetičara, češće kod učestalih posjetilaca.

U dijelu kvalitativnog istraživanja dobili smo da većina dijabetičara učestalih posjetilaca dolazi liječniku zbog uputnica i lijekova, u obiteljskom liječniku ne vidi stručnu osobu koja mu zbrinjava dijabetes. Dijabetičar ne dobije od svog obiteljskog liječnika dovoljno uputa i preporuka o liječenju dijabetesa. Dijabetičari zdravlje procjenjuju kao dobro. Navode konkretne objektivne strahove od sljepoće, gangrene i inzulina. Ograničeni su u svakodnevnom životu i socijalno su izolirani.

Dijabetičar je učestali posjetilac po združenim čimbenicima bolesti, prakse i zdravstvenog sustava.

SUMMARY

Frequent attenders (FAs) represent great workload for general practitioners. Chronic diseases are the leading cause for frequent consultations mentioned in literature.

Former studies show that diabetic patients are among Fas at general practices in Croatia.

Our study had three parts:

A. Determination of standards for attendance at general practice offices and definition of standards for FAs in our settings. Attendance standards in general practice was calculated and followed at eight general practice offices on the sample of 4.312 patients and 58.088 visits. The patients who visited general practitioners above the average value for the upper quartilla of their age and sex groups were considered to be FAs. The study lasted from January 1, 1997 until December 31, 1999.

B. Research on diabetics' visits and factors influencing the number of their visits and the quality of health care of diabetics.

Visits of 490 diabetics from 13 general practices were followed up, totally 1.170 absentees(??) and 16.670 visits. Diabetics whose number of visits was above the limited values for the upper quartilla for age and sex group were considered to be FAs. The rest of diabetic patients not categorized as FAs represented the control group in our study. The patients were not treated by any special program apart the usual national care for diabetes. The study lasted from January 1, 1997 until December 31, 1999.

C. Qualitative study of subjective factors influencing the quality of care for diabetics - FAs was performed by the method of focus group.

Results. There were 4.2 visits at general practice offices in 1997 and 4.7 in 1999 in total (general) population. In 1997 22% patients did 63% of frequent consultations while in 1999 it was 65%. The number of FAs increased in three years for 16.2%.

According to the above mentioned methodology we determined that 285 (60%) diabetics out of 490 were FAs..

In the course of three years the number of diabetics – FAs decreased for 6 or 2.8% while the number of FAs increased for 1.6%.

Epidemiologica variables like age, sex, education and marital status did not influence the frequency of consultaions by diabetic patients. Insulin dependent diabetics, patients with longer history of diabetes, patients whose main disease was diabetes, patients who are using more dugs (frequency 1.6 against low frequency 1.5), patients on self control by strips or by apparatus are more frequently FAs. The patients having the higher index of severity of multimorbid diseases according to ICB-10/ICB-9/CI (by Charlson) (frequency 1.27 against low frequency 0.99) are more frequently FAs. Diabetics with the higher index of complications severity (IDC scale) (frequency 1.37 agaist non frequency 2.62) are less frequently FAs.

Multivariate analysis shows that the patients controlled by internist, those treated by the family practitioner have less chance to be frequent attenders. Specific preventive procedures: determination of microalbuminuria, determination of lipids, check up of the posterior part of the retina by ophthalmologist, foot check up, are not optimal in our conditions and are not, according to our study factors for frequent attendance.

HbA1c was determined in 24% of diabetics, more in FAs.

Qualitative research showed that most diabetics – FAs were visiting their doctors for referrals and drug prescriptions. They did not think of their general practitioners as of professional persons for the treatment of diabetes. They thought that general

practitioners did not offer enough instructions and recommendations for the treatment of diabetes. Diabetics thought their health was good. They mentioned their fear from blindness, gangrene and insulin. Their everyday life was restricted and they were socially isolated. Several joined factors - disease, practice and health care system are making diabetic patient to be FA.

ŽIVOTOPIS

Autorica je rođena 15. srpnja 1952. u Sinju, gdje je završila osnovnu školu i gimnaziju.

1971. godine upisala je Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, na kojem je diplomirala 1976 godine. 1979. završila je poslijediplomski studij "Zaštita majke i djeteta". Specijalistički ispit iz obiteljske medicine položila je 1985. godine.

Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu obranila je 1991. godine magistarski rad "Longitudinalna studija uspješnosti različitih metoda u provođenju cijepljenja djece na razini doma zdravlja".

Aktivno je sudjelovala na brojnim domaćim i međunarodnim znanstvenim skupovima liječnika obiteljske medicine, od kojih su najznačajniji svjetski kongresi *WONCA-e* u Hong-Kongu 1995., Dublinu 1998. i Londonu 2002. godine. Sudjelovala je na europskim kongresima obiteljske medicine u Pragu 1996., Stockholmu 1997. i Helsinkiju 2001. godine.

Od 1997. godine član je Europskog Udruženja *St Vincent Deklaracije* (SVPCDG), udruženja liječnika obiteljske medicine u zbrinjavanju dijabetesa pri Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji.

2002. godine postaje član Izvršnog Odbora SVPCDG-a.

2000. godine primljena je u članstvo American Diabetes Assotiation, ADA.

Aktivno je sudjelovala u izradi programskih smjernica radu SVPCDG-a na godišnjim skupovima. Sudjelovala je na europskim kongresima *St Vincent Deklaracije* u Bruxellesu 1998., Pragu 2000., Parizu 2001. i Stockholmu 2002. godine.

1997. godine bila je osnivač CRO Diab GP grupe u Hrvatskoj u sklopu SVPCDG-a.

Sudjelovala je u izradi Nacionalnog programa u zaštiti dijabetičkih bolesnika u Hrvatskoj.

Jedan je od pokretača časopisa Hrvatske udružbe obiteljske medicine "Medicina familiaris Croatica", te glavni urednik od 1993. do 2000. godine.

Objavila je kao autor ili koautor dvadesetak znanstvenih, stručnih i preglednih radova iz područja obiteljske medicine, osobito iz područja imunizacije i dijabetesa u obiteljskoj medicini.

Udana je i majka Dubravke i Ive Maje.

PRILOG 1

HRVATSKO-EUROPSKI REGISTAR (DIABCARE)

1. OSNOVNI PODACI O BOLESNIKU Broj kartona _____

Prezime _____ Ime _____ Godina rođenja _____

Spol M Ž Bračno stanje _____ Broj članova u kućanstvu _____

Obrazovanje NSS SSS VSS

Tip dijabetesa: TIP 1 ___ TIP 2 ___ Drugo ___

Godina dijagnoze dijabetesa 19____

Navike: pušenje _____ alkohol _____

2. LIJEČENJE

1. Dijeta i tjelovježba
2. Oralni antidijabetici _____
3. Inzulin + oralni antidijabetici _____
4. Inzulin _____

3. PROVODI SAMOKONTROLU BOLESTI (trakice za aparat) DA NE

4. PRETRAGE

Težina (kg) _____ Visina (m) _____ Krvni tlak ____/____

GUK natašte _____ HbA1C (%) _____

Mikroalbuminurija _____ Proteinurija _____ Kreatinin _____

Kolesterol _____ HDL - kolesterol _____ Trigliceridi _____

5. PREGLEDI U ZADNJIH 12 MJESECI

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Pregled očne pozadine (okulist) | DA | NE |
| 2. Pregled stopala (liječnik ili ostali konzultanti) | DA | NE |
| 3. Mamografija kod žena | DA | NE |

6. OSTALE BOLESTI (multimorbidne bolesti prema MKB-10) TEŽINA (ICD-MC-9/CI)

- | | | |
|----|-------|-------|
| 1. | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ |

7. KOMPLIKACIJE DIJABETESA TEŽINA (prema Index Disease Severity IDS)

- | | | | |
|------------------------|----|----|-------|
| 1. Retinopatija | DA | NE | _____ |
| 2. Nefropatija | DA | NE | _____ |
| 3. Neuropatija | DA | NE | _____ |
| 4. Dijabetičko stopalo | DA | NE | _____ |

razina 0 = nema povijesti bolesti ni kliničkih pokazatelja komplikacija
razina 1 = postoje pokazatelji komplikacija pod kontrolom, nema simptoma
razina 2 = komplikacije s izraženim simptomima
razina 3 = komplikacije nije moguće staviti pod kontrolu

8. LIJEKOVI KOJE BOLESNIK UZIMA (prema Anatomical Therapeutical Chemical Classification Index ATC)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

9. BOLESNIK JE POD KONTROLOM:

općeg interniste, dijabetologa ili endokrinologa DA NE

10. BROJ POSJETA LIJEČNIKU

1997. _____ 1998. _____ 1999. _____

PRILOG 2

Kratice korištene u tekstu, prema redosljedu pojavljivanja u tekstu

ADA - American Diabetes Association

GUK - glukoza u krvi

OGTT - oralni glukoza test opterećenja

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

IDDM - Insulin Dependent Diabetes Mellitus

NIDDM - Non Insulin Dependent Diabetes Melitus

HbA1c - glikozirani hemoglobin

BMI - Body Mass Index

SVPCDG - St Vincent Primary Care Diabetes Group

UKPDS 35 - United King Prospective Diabetes Study 35

UKDPS 36 - United King Prospective Diabetes Study 36

ACE inhibitor - inhibitor enzima angiotenzin konvertaze

MKB - Međunarodna klasifikacija bolesti

ICD - Indeks Comorbidity Disease

IDS - Indeks Disease Severity

ATC - Anatomical Therapeutical Chemical

ICPC - International Clasification Primary Care

AIDS – Autoimmune Deficit Syndrome

PRILOG 3.

CHARLSON CLASIFICACION COMORBIDITY

Co-morbidity	Weight
Myocardial infarction	1
Congestive heart failure	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
Chronic pulmonary disease	1
Connective tissue disease	1
Ulcer	1
Mild liver disease	1
Hemiplegia	2
Moderate or severe renal disease	2
End organ damage (retino, nephro, neuropathy)	2
Any tumour	2
Leukemia	2
Lymphoma	2
Moderate or severe liver disease	3
Metastatic solid tumour	6
AIDS	6