

Uloga liječnika opće/obiteljske medicine u zaštiti zdravlja žena

Mladenka Vrcić Keglević

Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Zagreb

SAŽETAK Opća/obiteljska medicina prema svojoj je definiciji namijenjena svim ljudima neovisno o spolu, dobi, vjerskoj ili etničkoj pripadnosti ili vrsti zdravstvenih problema. U većini europskih zemalja to se i ostvaruje. Liječnici obiteljske medicine (LOM) odgovorni su za provođenje planiranja obitelji, antenatalne zaštite i prevencije i ranog otkrivanja zloćudnih bolesti. Iako je organizacija zdravstvene zaštite tradicionalno u djelokrugu ginekologa, LOM u Hrvatskoj i sada participiraju u zaštiti zdravlja žena. Međutim, sukladno statističkim izvješćima postoje trajne potrebe za unapređenjem zdravlja žena, odnosno otvara se prostor za uključivanje LOM-a u taj dio zdravstvene zaštite. Vodeći računa o tome da se ne naruši postojeća organizacija zdravstvene zaštite te o osposobljenosti i mogućnostima, LOM bi mogli biti uključeni u aktivnosti planiranja obitelji, kao što je kontracepcija i prijemkonceptijska zaštita, te aktivnosti ranog otkrivanja zloćudnih bolesti. LOM ne bi smjeli zanemariti ni svoju društvenu ulogu, jer mnogo bi toga trebalo biti napravljeno kad je u pitanju unapređenje zdravlja žena u Hrvatskoj.

KLJUČNE RIJEČI kontracepcija; liječnici obiteljske medicine; liječnici opće medicine; planiranje obitelji; prijemkonceptijska zaštita; rano otkrivanje raka; zaštita zdravlja žena; zdravlje žena

Početak 50-ih godina prošloga stoljeća razdoblje je izdvajanja medicinskih disciplina u zasebne, stručno i znanstveno definirane specijalnosti. Za obiteljsku medicinu (OM) to je razdoblje započelo 60-ih godina. Različiti su i regionalno specifični pokušaji definiranja OM-a kao zasebne medicinske discipline, međutim, najznačajniji je, i od struke opće prihvaćen, rad Leeuwenhorstove skupine početkom 70-ih godina. Liječnik opće/obiteljske medicine (LOM) definiran je kao specijalistički obrazovan doktor medicine koji pruža osobnu, primarnu, kontinuiranu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu pojedincima i obiteljima u lokalnoj zajednici bez obzira na dob, spol ili bolest.¹ Sukladno povelji Svjetske zdravstvene organizacije, jedna od osnovnih karakteristika opće/obiteljske medicine jest da nije ograničena na pojedine skupine ljudi, da je namijenjena svima, neovisno o dobi, spolu, socijalnoj klasi, vjeri ili rasi. Ona je opća i u smislu da nije ograničena na pojedine zdravstvene probleme.² Zahvaljujući specijalističkom obrazovanju LOM su osposobljeni za rad na unapređenju zdravlja, sprječavanju i ranom otkrivanju bolesti. Oni su osposobljeni dijagnosticirati i liječiti bolesnike s akutnim i kroničnim bolestima te preuzeti skrb o unapređenju zdravlja djece, žena, starijih ljudi te bolesnika sa psihološkim problemima i onih kojima je potrebna rehabilitacija i terminalna skrb.^{3,4} Sukladno istraživanjima Barbare Starfield i suradnika, primarna zdravstvena zaštita utemeljena na ovakvoj obiteljskoj medicini, ne samo da pridonosi boljim zdravstvenim pokazateljima i zadovoljstvu bolesnika, nego pridonosi

i uštedama unutar zdravstvenoga sustava te smanjenju zdravstvenih nejednakosti.⁵

Međutim, koliki dio i na koji će način biti iskorišteni potencijali ove struke, ovisi o viziji onih koji odlučuju o zdravstvenim sustavima. Briga za zdravlje žena jest ono područje rada LOM-a u kojem postoje znatne razlike među zemljama. Stoga je ovaj prikaz uloge LOM-a u zaštiti zdravlja žena podijeljen u tri cjeline. U prvome je dijelu prikazana situacija u nama najbližim, europskim zemljama. Zatim slijedi prikaz sadašnjeg stanja u Hrvatskoj i potrebe za uključivanjem širega kruga stručnjaka u zaštitu zdravlja žena, a na kraju su iznesena razmišljanja o mogućoj ulozi LOM-a u zaštiti zdravlja žena u budućnosti.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA U ZEMLJAMA EU

Što se tiče prikaza europske situacije, kao polazna točka odabrano je istraživanje Nizozemskog instituta za istraživanja u zdravstvu (NIVEL) jer se ispitivao, na kompleksan način i istom metodom, djelokrug rada liječnika opće/obiteljske medicine (LOM) u 30 zemalja koje pripadaju Europskom uredu Svjetske zdravstvene organizacije. Istraživanje je pokazalo da velik udio (kompleksna mjera: 1 – najmanji udio, 4 – najveći udio) u rješavanju zdravstvenih problema žena imaju LOM u Nizozemskoj (udio od 3,85), Velikoj Britaniji (udio od 3,71), Irskoj (udio od 3,70), Danskoj (udio od 3,68) i Norveškoj (udio od 3,64). Najmanji udio imaju LOM u Litvi (1,64), Bugar-

skoj (1,72), Latviji (1,76), Estoniji (1,79) i Češkoj (1,85). U gotovo svim zemljama, s iznimkom Turske i Latvije, LOM provode sistematske preglede dojke skoro u 100%-tnom opsegu. Rutinsko uzimanje Papa-testa najčešće rade LOM u Danskoj i Nizozemskoj (99% LOM), Velikoj Britaniji (98% LOM), Portugalu (90% LOM) i Norveškoj (80% LOM). Aktivnosti na području planiranja obitelji, uključujući i kontracepciju, LOM ne provode u Češkoj, Poljskoj i Turskoj. Rjeđe su prisutne u svakodnevnom radu LOM-a Bugarske, Grčke, Hrvatske, Njemačke, Litve, Latvije, Slovačke. U svim drugim europskim zemljama planiranje obitelji i provođenje kontracepcije uobičajeni su djelokrug rada LOM-a. Više od 90% LOM-a Velike Britanije, Danske, Irske i Portugala provodi antenatalnu zaštitu. Od 60 do 90% LOM-a u Belgiji, Francuskoj, Italiji i Nizozemskoj, također je uključeno u provođenje antenatalne zaštite. U ostalim europskim zemljama postotak LOM-a koji su uključeni u rutinsko provođenje antenatalne zaštite znatno je manji. Općenito gledano, LOM iz bivših socijalističkih zemalja relativno su malo uključeni u provođenje zdravstvene zaštite žena u odnosu na LOM iz zapadnoeuropskih zemalja.⁶

Iako su podatci prikupljeni 1993/94. godine, istraživanje je još uvijek relevantno jer nije došlo do znatnih organizacijskih promjena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u navedenim zemljama. LOM u zapadnoeuropskim zemljama i dalje su ostali zaduženi za primarnu zdravstvenu zaštitu žena.⁷⁻¹¹ Također je znatna uloga LOM-a u zaštiti zdravlja žena i u drugim razvijenim zemljama.¹²⁻¹⁴ I u smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije, LOM i/ili babice navedeni su osnovnim izvršiteljima planiranja obitelji¹⁵, jer raspolažu s dovoljno znanja i mogućnosti, jer istraživanja pokazuju da je nepotrebno opterećivati zdrave žene kliničkim pregledima i dijagnostičkim testiranjima.^{16,17} Identična je situacija i s antenatalnom zaštitom. Učinkovitost zaštite zdravih trudnica, koju provode babice i/ili LOM jednaka je onoj koju provode ginekolozi-opstetričari, dok je zadovoljstvo žena veće.^{18,19} U smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije i NICE-smjernicama, LOM i/ili babice trebali bi biti oni profesionalci koji bi provodili antenatalnu zaštitu žena s niskim rizikom.^{20,21} Izgleda da je spuštanje zaštite na niže razine, razinu LOM-a ili čak i na razinu babice, jedini način da se percepcija trudnoće i porođaja ponovno vrati u sfere normalnoga i fiziološkoga, te da se izbjegne medikalizacija. Medikalizacija trudnoće i porođaja osobito je prisutna u razvijenim zemljama, a udio nepotrebnih medicinskih intervencija raste.¹² To je važno i za nas, jer je u Zagrebu i do 50% trudnoća patoloških, a udio carskih rezova penje se i do 20%.²²

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Tradicijska specifična zaštita zdravlja žena, započeta 50-godina prošloga stoljeća u dispanzerima za žene, nastavljena je i u današnjoj organizaciji zdravstvene zaštite. Sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zaštita zdravlja žena sastavni je dio primarne zdravstvene

zaštite, a provode je ginekolozi. Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju ženama je zajamčeno, ne samo pravo slobodnog izbora LOM-a nego i pravo izbora ginekologa. I Programom mjera zdravstvene zaštite jasno su definirane mjere specifične za zaštitu zdravlja žena, a ginekolozi imenovani njihovim izvršiteljima.

Međutim, svakodnevna praksa zdravstvene zaštite pokazuje stanovite otklone od zakonodavnih rješenja. Prema Hrvatskom statističkom ljetopisu za 2012. godinu, u općoj/obiteljskoj medicini (OM) postavljeno je 26.539 dijagnoza karcinoma dojke, dok je u djelatnosti zaštite žena postavljeno deseterostruko manje dijagnoza, njih 2125. Stanje je nešto drugačije kad je u pitanju karcinom materničnoga vrata. U djelatnosti OM-a postavljeno je 1287 dijagnoza, dok je u djelatnosti zaštite žena postavljeno dvostruko više dijagnoza, njih 2336. U djelatnosti OM-a dijagnosticirano je 4108 poremećaja u menopauzi i postavljeno 126.086 dijagnoza ostalih bolesti ženskih spolnih organa. Također je postavljeno 51.125 dijagnoza o različitim stanjima povezanim s trudnoćom, porođajem i babinjem. Međutim, zabilježeno je samo 1243 dijagnoza povezanih sa sprječavanjem neželjene trudnoće, što je najvjerojatnije povezano s problemima s bilježenjem ovakvih dijagnoza.²²

Zbog blizine populaciji, LOM su tradicionalno bili i bit će uključeni u rješavanje svih problema pa i problema ženskoga zdravlja.^{23,24} Potrebe i navike bolesnika pa tako i žena takve su da se za bilo koji zdravstveni problem, npr. i za kvržicu u dojci, javi izabranom LOM-u.²⁵ On započinje dijagnostički i terapijski proces, nastavlja s praćenjem bolesnice do povoljnog ishoda, ili na žalost, do terminalne skrbi. Možda je jedan od razloga uključivanja LOM-a u zdravstvenu zaštitu žena i problem s dostupnošću ginekološke službe smještene najčešće u gradovima i opterećene velikim brojem bolesnica, što je vidljivo iz površnog uvida u Popis liječnika ugovorenih u djelatnosti zdravstvene zaštite žena na području Republike Hrvatske na dan 31. ožujka 2013. godine.²⁶ Međutim, detaljna je analiza ovih podataka izvan okvira ovoga rada. I na kraju, zbog svoje službe organizirane kroz dežurstva i/ili pripravnosti, LOM su uvijek tamo gdje ih bolesnici trebaju, u neplaniranim i hitnim situacijama, kao što su slučajevi porođaja, akutnih ginekoloških bolesti i opstetričkih komplikacija.

Iako je „legalno“ propisivanje hormonske kontracepcije LOM-u odobreno još 1973. godine, mnogi i danas preispituju legalnost njihova uključivanja u pružanje zdravstvene zaštite ženama (Štampar). U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti nije eksplicitno navedeno što bi pojedini liječnik u primarnoj zaštiti trebao ili ne bi smio učiniti, dakle, ne zabranjuje uključivanje i LOM-a.²⁷ Sukladno Zakonu o liječništvu od liječnika se očekuje da pomogne bolesniku na način i u opsegu u kojem je, kao liječnik, osposobljen nastavnim planovima i programima medicinskih fakulteta.²⁸ Nastavni planovi i programi medicinskoga fakulteta, koji uključuju sadržaje ginekologije i opstetricije, također su presudni i za dobivanje licencije, javne isprave kojom se dokazuje stručna osposobljenost liječnika za samostalno obavljanje liječničke

djelatnosti u Republici Hrvatskoj.²⁹ I licencija iz specijalističke djelatnosti temeljena je na nastavnim planovima i programima pojedinih specijalizacija. Budući da su ginekologija i opstetricija sastavni dio nastavnoga plana i programa specijalizacije iz obiteljske medicine, pravna je pretpostavka da licencija za obavljanje poslova liječnika specijalista obiteljske medicine uključuje i ove poslove.³⁰

Što se tiče dokumenata Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), za ulogu LOM-a u zdravstvenoj zaštiti žena, najvažniji je Ugovor o provođenju primarne zdravstvene zaštite, u ovom slučaju opće medicine, sklopljen između domova zdravlja, odnosno liječnika koncesionara s jedne, i HZZO-a s druge strane.³¹ Njime su definirane međusobne obveze ugovornih subjekata, a najvažnija je obveza ugovornog subjekta „da će u potpunosti provoditi mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na svojoj razini zdravstvene djelatnosti utvrđene Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja“.³² Prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite, LOM je, u nekoliko navrata imenovan izvršiteljem aktivnosti koje se odnose na unapređenje zdravlja žena.¹⁷ U točki 1.1.1.1. „Promicanje zdravlja, provođenje zdravstvenog odgoja i prosvjećivanje osoba u skrbi“, među mnogima, navedena je aktivnost promicanja odgovornoga spolnog ponašanja. U točki 1.1.1.7. „planiranje obitelji“ navedeno je kao zasebna aktivnost koja se sastoji od informiranja osiguranika o zdravstvenim načelima planiranja obitelji te o načinima kontracepcije, sudjelovanja u rješavanju neplodnih brakova, za populaciju u generativnoj dobi. U točki 1.1.2.11. navodi se obveza izvršitelja (LOM) da napravi klinički pregled dojke, medicinsku kontrola nalaza samopregleda dojke i upućivanje na mamografiju. Dalje su navedene obveze izvršitelja (u ovom slučaju LOM-a) o pružanju zdravstvene zaštite u kući bolesnika, neovisno o vrsti bolesti te obveza pružanja hitne i akutne medicinske pomoći do preuzimanja bolesnika od strane odgovarajućih djelatnosti zdravstva.

Navedenim dokumentima HZZO-a ne zabranjuje se nego se, dapače, obvezuje LOM da se aktivno uključi u zdravstvenu zaštitu žena. O potrebi uključivanja svih onih koji bi mogli pridonijeti unapređenju zdravlja žena pa i LOM-a, govore podatci koji se rutinski prikupljaju i prezentiraju u Hrvatskim godišnjim zdravstveno-statističkim ljetopisima. Za ilustraciju može poslužiti usporedba važnijih podataka iz 2012. godine u odnosu na 2011. godinu. U 2012. godini, 81,5% žena starijih od 15 godina u Republici Hrvatskoj odabralo je svojega ginekologa. U skrbi ginekologa bilo je registrirano 4,9% više žena nego u 2011. godini (172.336/1.534.621). Međutim, ginekologa nije odabralo (razlozi nepoznati) 48,1% žena u Zagrebačkoj i 40,3% žena u Splitsko-Dalmatinskoj županiji. U 2012. godini 2,7% manje žena koristilo se uslugama ginekologa. Prema izvještajima ginekoloških ordinacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ugovornih i neugovornih, samo 2,6% žena posjetilo je ginekologa u 2012. godini zbog planiranja obitelji. U 2012. godini napravljen je Papa-test u 19,7% žena. Broj pregleda po jednoj trudnici jedini je parametar koji kontinuirano raste.²⁵

MOGUĆA ULOGA LOM-A U ZAŠTITI ZDRAVLJA ŽENA U BUDUĆNOSTI

Pod pretpostavkom da se ne naruše postojeće organizacijske strukture u zdravstvenoj zaštiti, posebice one u primarnoj, nekoliko je područja unapređenja zdravlja žena u koje bi se mogli uključiti LOM. To su poglavito područje kontracepcije i odgovornoga spolnog ponašanja, planiranje željene trudnoće i prijemkonceptijska zaštita, rano otkrivanje zloćudnih bolesti te širi društveni angažman liječnika na rješavanju otvorenih pitanja vezanih uz zdravlje žena. Navedeni sadržaji su Planom i programom mjera zdravstvene zaštite predviđeni za provođenje u OM-u, LOM su osposobljeni, a opreme ordinacija omogućuju njihovo provođenje. Uspješnosti u radu pridonosi i mogućnost timskoga rada, medicinske sestre u ordinaciji, a patronažne u kući bolesnica (Vađić).

Kontracepcija i odgovorno spolno ponašanje.

O veličini problema kontracepcije u Hrvatskoj je, na žalost, teško govoriti jer nedostaju sustavna istraživanja. Međutim, prema izvještajima iz ginekoloških ordinacija primarne zdravstvene zaštite, koji se rutinski prikupljaju, samo u oko 7,5% žena fertilne dobi propisana je jedna od kontracepcijskih metoda.²⁵ Prema podacima agencije Puls iz 2006. godine, oko 57% žena primjenjivalo je neku od metoda kontracepcije, u 2010. godini (istraživanje agencije Ipsos) kontracepciju je primjenjivalo 65% žena.³³ Prema istraživanju Benčića, 47% gradskih žena Zaprešića i 39% žena iz okolnih sela primjenjuje neku od metoda kontracepcije.³⁴ Prema rezultatima Hiršl-Hećej i Štulhofera, nedostatan je postotak studenata koji su se stalno koristili kondomom (40,7% u 1997. i 48,7% u 2001. godini).³⁵

Za razliku od Hrvatske, prevalencija korištenja kontracepcije u Europi je 72,6%. Najveća je u sjevernoeuropskim zemljama (80,1%), manja u zemljama Istočne Europe (74,9%), a najmanja u zemljama Južne Europe (63,8%). Međutim, suvremene metode kontracepcije češće se primjenjuju u zemljama Sjeverne i Zapadne Europe (77,2% i 68,6%), i to najčešće pilula (22,0% i 45,5%). U zemljama Istočne i Južne Europe moderne kontracepcijske metode rjeđe su zastupljene (54,3% i 46,3%). U tim zemljama češće se primjenjuju tradicionalne metode kontracepcije, 20,7% u istočnim i 17,6% u južnim europskim zemljama.³⁶ Da postoji potreba za radom na ovom području pokazuje porast broja registriranih abortusa (o neregistriranim je teško govoriti), porast broja maloljetničkih trudnoća i porast učestalosti spolnoprenosivih bolesti.^{25,37} Još je veći problem kad se uključi i hitna, postkoitalna kontracepcija.³⁸

Stoga bi LOM trebao upitati svaku ženu generativne dobi koja dolazi u ordinaciju zbog bilo kojeg razloga, treba li informacije i savjete vezane uz pitanja kontracepcije. Naime, istraživanja pokazuju da je obuhvat populacije znatno bolji, ako se primijeni tzv. oportunistički probir (*screening*), kad se dolazak pacijentica iskoristi za rješavanje i drugih zdravstvenih potreba. Na ovaj način, problem kontracepcije ne izdvaja se od ostalih zdravstvenih problema. Nisu potrebni dodatni dolasci,

a prema riječima mladih žena, njima je posebno važno da drugi ne znaju zbog čega su došle liječniku. Možda je LOM pogodniji i zbog kontinuiteta skrbi. O nekim pacijenticama skrbi od njihova rođenja, a najčešće poznaje i obiteljsku situaciju pa je veća mogućnost individualnog pristupa i poštovanja osobnoga stava pacijentice. Osobito je osjetljivo pitanje ili komentar o odgovornom spolnom ponašanju, a posebno kad se radi o rizičnoj skupini, kao što su mlade žene, adolescentice ili žene koje su već imale namjerne prekide trudnoće.

Planiranje željene trudnoće – prijemkonceptijska zaštita žena. Kao što se antenatalna zaštita pokazala važnom za zdravlje žena i djece, izgleda da je jednako važna i prijemkonceptijska zaštita.^{39,40} Iako je u svijetu ovaj dio zdravstvene zaštite žena razvijen i razrađen, kod nas je zanemaren. Nedostatak bi trebao biti nadoknađen angažmanom LOM-a, jedinog liječnika kojega žena obično vidi u prijemkonceptijskom razdoblju.⁴¹ Znanje o preboljenim bolestima, naslijeđu ili uzimanju lijekova, koje posjeduje LOM, također je preduvjet dobre prijemkonceptijske skrbi. Barem su još četiri čimbenika važna za reproduktivnu sposobnost žena, a koja bi se trebala početi rješavati u prijemkonceptijskom razdoblju. To su poremećaji u tjelesnoj masi, bilo da je smanjena ili povećana, pušenje i uzimanje alkohola. Znanje o potrebi uzimanja folne kiseline, ali i pažljivo propitkivanje o eventualnim problemima neplodnosti, također bi trebali biti sastavni dio prijemkonceptijske zaštite.

Stoga bi LOM trebao izmjeriti tjelesnu masu i visinu, izračunati BMI, te upitati za pušenje i pijenje alkoholnih pića svaku mladu djevojku ili ženu koja zbog bilo kojeg razloga dođe u ordinaciju. To se osobito odnosi na bolesnice za koje, kao njihov dugogodišnji liječnik, pretpostavlja da bi se mogle naći u fazi planiranja trudnoće ili na one koje mu to izravno kažu.

Što se tiče tjelesne mase, porast broja ljudi s prekomjernom tjelesnom masom i porast broja, osobito žena, s percepcijom da je „mršavo“ lijepo, poprimaju epidemijske značajke.⁴² S druge strane, istraživanja su pokazala povezanost između niske ili prekomjerne tjelesne mase s fertilitetom, tijekom trudnoće i porođaja, ali i povezanost s daljnjim razvojem djeteta.⁴³⁻⁴⁵ Pacijenticama s niskom i prekomjernom tjelesnom masom, a osobito adipoznima, trebalo bi ponuditi informacije i savjet. Ako pokažu interes i volju, trebalo bi započeti individualnu intervenciju, najčešće u obliku poticajnog razgovora.

Sličan ili identičan razgovor trebalo bi voditi i sa ženama koje puše. Prema svim istraživanjima oko jedne trećine naših žena puši. Iako su rezultati ponekad kontroverzni, opće je mišljenje da je pušenje, aktivno i pasivno, štetno i za majku i za dijete i to ne samo u trudnoći i porođaju, nego može utjecati i na žensku plodnost.⁴⁶⁻⁴⁸ Da se isplati savjetovati žene da prestanu pušiti pokazuje istraživanje Leppea i suradnika. Oko 6% žena iz njihova istraživanja odreklo se pušenja i prije trudnoće, a daljnjih 12,8% prestalo je pušiti doznajući za trudnoću. Ipak je s pušenjem u trudnoći nastavilo 15% žena.⁴⁹

Sličan ili identičan razgovor trebalo bi voditi i sa ženama koje piju. Smatra se da je alkohol jedan od najpre-

ventabilnijih čimbenika rizika s teratogenim učinkom na fetus. Pretpostavlja se da već uzimanje jednog ili dva pića na dan dovodi do povećanog rizika za spontani pobačaj, intrauterini zastoje rasta i manju porođajnu masu djeteta, prijevremeni porođaj i poremećaje ponašanja u dječjoj dobi. Međutim, ono što je manje poznato jest rizik koji nosi pijenje u prijemkonceptijskom razdoblju.^{50,51} Na veličinu problema kod nas, osobito u mladima koji su i najrizičniji, mogu upozoriti podatci iz istraživanja Sakomana i suradnika. Čak 62,2% srednjoškolaca konzumiralo je alkoholna pića u mjesecu prije istraživanja, a 47% njih je ekscesivno pilo, pet ili više pića u jednome danu.⁵² Budući da postoje dokazi kako su žene sklone promijeniti naviku pijenja ako planiraju trudnoću, čini se svrhovitim pitati o tome i poticati na prestanak pijenja.⁵³

Istraživanja pokazuju činjenicu da samo 14–20% žena u Hrvatskoj uzima folnu kiselinu, i to najčešće u prvim mjesecima trudnoće, a ne i prije trudnoće.^{54,55} Za sada, dok u Hrvatskoj ne postoji hrana obogaćena dodatnim nutrijentima, jedino rješenje jest zdravstveni odgoj stanovništva ili individualna intervencija na razini zdravstvene službe. Stoga bi LOM trebao razgovarati sa ženama koje se nalaze u prijemkonceptijskom razdoblju o njihovim spoznajama o potrebi uzimanja folne kiseline.

Područje neplodnosti je ono gdje bi LOM svojim angažmanom mogao pridonijeti učinkovitijem rješavanju. Pitati svoje bolesnice što se događa, razgovarati o mogućnostima, ponuditi konkretna rješenja, to je ono što bi „neplodni“ parovi sigurno vrednovali. Tim više što je i parlament Europske Unije rezolucijom upozorio vlade na važnost liječenja neplodnosti.⁵⁶

Potpomaganje programa za rano otkrivanje najčešćih vrsta karcinoma u ženskoj populaciji. Kao što se i moglo pretpostaviti, zbog vertikalne organizacije i izvođenja programa, nedovoljan je odaziv žena na preventivne programe pa oni neće polučiti uspjeh. Naime, u prvom ciklusu, na mamografiju se odazvalo u prosjeku 63% pozvanih. Najveći je odaziv zabilježen u Bjelovarskoj i Međimurskoj županiji (88 i 86%), a najmanji u Splitsko-dalmatinskoj i Zagrebačkoj (50 i 51%).⁵⁷ Žene su također, napomenule da ih je samo 12% LOM, i 2% patronažnih sestara upozoravalo da bi se trebale odazvati na mamografski pregled.⁵⁸ Iako su primarno bili zaobiđeni, LOM bi se trebali uključiti, primarno zbog odgovornosti prema svojim pacijentima. Trebalo bi upitati svaku pacijenticu koja dođe u ordinaciju zbog bilo kojeg razloga, a ima između 25 i 69 godina, je li i kad joj je napravljen Papa-test, odnosno je li se odazvala pozivu za nacionalni program.⁵⁹ Bez obzira na sumnju o učinkovitosti mamografskoga probira na smrtnost žena oboljelih od karcinoma dojke⁶⁰ još uvijek vrijede preporuke da se u svake žene u dobi od 50 do 69 godina (50–79 godina – US-preporuke) napravi mamografski probir svake 3 tri godine.⁶¹ Stoga bi LOM trebao upitati pacijenticu je li se odazvala na poziv i kakav je bio rezultat, zabilježiti u karton i savjetovati joj da se drugi put odazove. Nema potrebe gubiti vrijeme i educirati pacijentice za samopregled dojke jer je apsolutno dokazana njegova neučinkovitost.

Šira društvena uloga LOM-a u unapređenju zdravlja žena. Za razliku od razvijenih zapadnih zemalja, nekoliko problema važnih za unapređenje zdravlja žena u nas još nije riješeno, a u rješenje kojih bi se morao uključiti LOM, kao advokat svojih pacijenata. U visokosocijaliziranom zdravstvenom sustavu, kao što je naš, gdje su prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja zaista široko definirana, neprihvatljivo je da pacijentice snose troškove kontracepcijskih pomagala. Troškovi nisu mali, osobito nisu zanemarivi kad se uzme u obzir da se radi o mladim ljudima koji se još nisu ekonomski osamostalili. U doba ekonomske krize i nezaposlenosti, troškovi nisu zanemarivi ni za žene koje su ekonomski neovisne.⁶² Osim toga, pitanje hitne kontracepcije ili „pilule za poslije“, također nije riješeno na odgovarajući način. Tek 2010 godine, u Hrvatskoj je registriran učinkovit pripravak, levonorgestrel od 1500 µg⁶³, a ostali pripravci još nisu registrirani.¹⁷ Umjesto da je pripravak postavljen u automatima za samoposluživanje kao na nekim američkim koledžima⁶⁴, pilula u nas nije dostupna niti u slobodnoj prodaji kao OTC-pripravak, kao što je to slučaj u velikom broju zemalja.^{65,66}

Problem o kojemu bi se, također moralo ozbiljno progovoriti jest i pomanjkanje nekih od suvremenih metoda kontracepcije na hrvatskom tržištu. To se ponajprije odnosi na hormonalne kontraceptive koji se apliciraju u obliku implantata.⁶⁷ O ovome problemu uopće ne postoji šira društvena rasprava pa je neznanje žena, ali i zdravstvenih radnika veliko. Iako se u jednom trenutku raspravljalo o sredstvima za indukciju medicinskoga pobačaja, rasprave su se utišale i sredstva kao što su RU-

486, mifegin i mizoprostol, također nisu registrirana na našem tržištu.^{68,69} Još su dva problema u vezi s „kirurškim“ prekidima trudnoće, koja također, zahtijevaju konzistentno rješenje. Prvo su visoki troškovi (više od 2000 kn) pobačaja, koje snose same trudnice. Drugi, mnogo kompleksniji, odnosi se na odluku većeg dijela registriranih ustanova da ne izvode namjerne prekide trudnoće zbog priziva savjesti liječnika koji u njima rade. Na to kontinuirano upozoravaju ženske udruge, a problem bi morao doživjeti objektivnu, profesionalnu i znanstvenu verifikaciju.⁷⁰ Iako je zakonodavstvo o sprječavanju i sankcioniranju nasilja u obitelji relativno dobro razvijeno, u praksi se teško provodi jer ga društvena klima tolerira i doživljava kao dio privatnog odnosa supružnika. O seksualnom uznemiravanju, npr. na radnome mjestu, teško je i govoriti jer se najčešće doživljava kao nešto što je dio „bon-tons“ pa u tom području i ne postoji zakonodavstvo. Ova su pitanja važna svim zdravstvenim profesionalcima, uključivši i LOM-e, poglavito s aspekta rizika za zdravlje žena, a najmanje s moralnoga.

ZAKLJUČAK

I površna analiza podataka pokazuje da se puno toga može i treba učiniti na unapređenju zdravlja žena u Hrvatskoj. I liječnici obiteljske medicine morali bi preuzeti odgovornost za sveukupno zdravlje svojih pacijentica. Sadržaji rada koje bi mogao odraditi LOM takvog su karaktera da nema potrebe za dodatnim ulaganjima u prostor i opremu, niti bi remetili rad postojećih sudionika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

The role of general practitioners/family physicians in women's health protection

SUMMARY General practice/family medicine is a medical specialty concerned with providing health care to all people irrespective of their age, gender, religious affiliation or ethnicity. In most European countries, this description fits the everyday work of general practitioners/family physicians (GP). GP's are mostly responsible for family planning, preconception and antenatal care and prevention and early detection of woman's malignant diseases. Although protection of women's health in Croatia has traditionally been the responsibility of the gynaecologists, Croatian GP's also participate in this area of health care. However, routinely collected statistical data show that there is still room for improvement and greater involvement of GP's in women's health care. Taking into account the importance of preserving the existing organization of women's health protection, GP's should take greater part in family planning, contraception, preconception care, cancer screening and especially promoting women's rights and women's health in Croatia. GP's should also take a public role as women's advocates.

KEY WORDS contraception; early detection of cancer; family planning services; family practice; general practice; preconception care; women's health; women's health services

LITERATURA

1. Leeuwenhorst Group. The general practitioner in Europe: A statement by the working group appointed by The Second European Conference on the Teaching of General Practice - Leeuwenhorst European Working Party, Leeuwenhorst: Janssen Pharmaceutical Belgium, 1974.
2. Framework for professional and administrative development of General Practice/Family Medicine in Europe. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1998. (<http://www.who.dk>)
3. WONCA EUROPE. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Wonca Europe, 2002.
4. UEMO 2003 declaration on specific training in General Practice/Family Medicine in Europe. Stockholm: UEMO, 2003. Available from: <http://www.uemo.eu/uemo-policy/107.html>
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
6. Boerma GW. Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL 2003.
7. Vos AA, Veldhuis HM, Largo-Janssen TL. Intra-uterine contraception: the role of general practitioners in four Dutch general practices. *Contraception*. 2004; 69(4):283-7.
8. Sannisto T, Kosunen E. Provision of contraception: a survey among primary care physicians in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(5):636-45.
9. Holan S, Mathiesen M, Petersen K. A National Clinical Guideline for Antenatal Care. Short version - recommendations. Oslo: Directorate for Health and Social Affairs; 2005.
10. O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S. The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the UK. *Eur J Gen Pract* 2007;13(1):20-6.
11. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception*. 2013;87(1):45-50.
12. Wieggers TA. General practitioners and their role in maternity care. *Health Policy*. 2003;66(1):51-9.
13. Mazza D, Harrison C, Taft A, et al. Current contraceptive management in Australian general practi-

ce: an analyses of BEACH data. *Med J Aust.* 2012;197(2):110-4.

14. Gemzell-Danielsson K, Cho S, Inki P, Mansour D, Reid R, Bahamondes L. Use of contraceptive methods and contraceptive recommendations among health care providers actively involved in contraceptive counseling – results of international survey in 10 countries. *Contraception.* 2012;86(6):631-8.

15. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (CCP). Family Planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2011. Available from: <http://www.fphandbook.org>

16. Armstrong L, Zabel E, Beydoun HA. Evaluation of the usefulness of the „hormones with optional pelvic exam“ programme offered at a family planning clinic. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2012;17(4):307-13.

17. Tepper NK, Curtis KM, Steenland MW, Marchbanks PA. Physical examination prior to initiating hormonal contraception: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):650-4.

18. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(4):CD000934.

19. Dowswell T, Carroli G, Duley L, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2010;(10):CD000934.

20. Di Mario S, Basevi V, Gori G, et al. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report: Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf [cited 2013 Mar 9].

21. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. London: RCOG Press; 2008. (NICE Clinical Guidelines, No. 62)

22. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2011. i 2012. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2012., 2013. Dostupno na: <http://www.hzjz.hr>

23. Štampar D. Uloga liječnika opće medicine u planiranju porodice. *Narodno zdravlje.* 1969;15(1):18-25.

24. Štampar D, Grahovac V, Bartolović D. Prikaz rada liječnika opće medicine na sprječavanju neželjene trudnoće na temelju znanstvenog istraživanja. *Praxis Medici.* 1977;8(1-2):7-18.

25. Vadić N. Kontracepcija – važna svakodnevna aktivnost tima liječnika opće medicine. *Praxis Medici.* 1974;4(4):19-29.

26. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Popis doktora ugovorenih u djelatnosti zdravstvene zaštite žena na području Republike Hrvatske na dan 31.03.2013. godine. Dostupno na: <http://www.hzzo.hr>

27. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: Narodne novine, br. 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 12/12. i 70/12.

28. Zakon o liječništvu. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH. Zagreb: Narodne novine, br. 121/03. i 117/08.

29. Hrvatska liječnička komora. Pravilnik o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence). Dostupno na: <http://www.hlk.hr>

30. Vrcić Keglević M, Tiljak H, Kašuba Lazić D, Pečtrček G, Soldo D. Iskustva u pripremi i izvođenju kurikuluma specijalizacije obiteljske medicine u sklopu projekta: Usklađivanje obiteljske medicine s europskim standardima uvođenjem obvezne specijalizacije. *Medix.* 2011;17(94/95):158-91.

31. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Opći uvjeti ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Zagreb, 2010.

32. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Plan

i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Zagreb, 2010. Pristupljeno: 27.03.2013. Dostupno na: <http://zakon.poslovna.hr/public/plan-i-program-mjera-zdravstvene-zastite-iz-obveznog-zdravstvenog-osiguranja/404142/zakoni.aspx>

33. Delić D. Sve manje Hrvatica se koristi hormonskim kontraceptivima: Razgovor s prof. dr. Velimirom Šimunićem. *Liječničke novine.* 2012;12(115):62-3.

34. Benčić M. Ispitivanje uloge liječnika obiteljske medicine u planiranju obitelji i izboru metoda kontracepcije u žena. Diplomski rad. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2011.

35. Hiršl-Hečej V, Štulhofer A. Condom use and its consistency among metropolitan high school students in Croatia, 1997-2001: has anything changed? *Coll Antropol.* 2006;30 Suppl 2:71-8.

36. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Contraceptive Use 2011. United Nations, 2012.

37. Kuzman M, Znaor A. Javnozdravstvena važnost urogenitalnih i spolno prenosivih infekcija. *Medicus.* 2012;21(1):5-14.

38. Šprem Goldštajn M, Pavičić Baldani D, Vrcić H, Orešković S. Emergency contraception: can we benefit from lessons learned? *Coll Antropol.* 2012;36(1):345-9.

39. Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al.; CDC/ATSDR Preconception Care Work Group; Select Panel on Preconception Care. Recommendations to improve preconception health and health care – United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep.* 2006;55(RR-6):1-23.

40. Allaire AD, Cefalo RC. Preconceptional health care model. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;78(2):163-8.

41. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National recommendations for preconception care: the essential role of the family physician. *J Am Board Fam Med.* 2007;20(1):81-4.

42. Zaborskis A, Petronyte G, Sumskas L, Kuzman M, Iannotti RJ. Body image and weight control among adolescents in Lithuania, Croatia and the United States in the context of global obesity. *Croat Med J.* 2008;49(2):233-42.

43. Gesink Law DC, Macleahose RF, Longnecker MP. Obesity and time to pregnancy. *Hum Reprod.* 2007;22(2):414-20.

44. Doherty DA, Maggan EF, Francis J, Morrison JC, Newnham JP. Pre-pregnancy body mass index and pregnancy outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;95(3):242-7.

45. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Lancet.* 2006;368(9542):1164-70.

46. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Hede-gaard M, Secher NJ. A prospective study of maternal smoking and spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(10):936-41.

47. Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2004;82(3):213-8.

48. Ilijić M, Krpan M, Ivanišević M, Djelmiš J. Utjecaj pušenja tijekom trudnoće na rani i kasni razvoj djeteta. *Gynaecol Perinatol.* 2006;15(1):30-6.

49. Leppée M, Eric M, Čulig J. Štetne navike u trudnoći. *Gynaecol Perinatol.* 2008;17(3):142-9.

50. O'Connor M. Preconception care for reducing alcohol exposure in pregnancy. *The Female Patient.* 2008;33(10):14-20. Available from: <http://www.femalepatient.com/PDF/033100014.pdf>

51. Livy DJ, Maier SE, West JR. Long-term alcohol exposure prior to conception results in lower fetal body weights. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol.* 2004;71(3):135-41.

52. Sakoman S, Raboteg-Šarić Z, Kuzman M. Raširenost zloporabe sredstava ovisnosti među hrvatskim srednjoškolicima. *Društvena istraživanja.* 2002;11(2-3):58-9.

53. Tough S, Tofflemire K, Clarke M, Newburn-Cook C. Do women change their drinking behaviors while trying to conceive? An opportunity for preconception counseling. *Clin Med Res.* 2006;4(2):97-105.

54. Vitale K, Sović S, Milić M, Balorda LJ, Todorović G, Uhoda B. Folna kiselina – što znaju i koliko ju koriste rodilje u Zadarskoj županiji. *Med Jad.* 2011;41(3-4):95-103.

55. Gjergja R, Stipoljev F, Hafner T, Tezak N, Luzar-Stiffler V. Knowledge and use of folic acid in Croatian pregnant women: a need for health care education initiative. *Reprod Toxicol.* 2006;21(1):16-20.

56. Ziebe S, Devroey P; State of the ART 2007 Workshop Group. Assisted reproductive technologies are an integrated part of national strategies addressing demographic and reproductive challenges. *Hum Reprod Update.* 2008;14(6):583-92.

57. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Služba za epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. „Mamma“. Dostupno na: <http://www.hzjz.hr>

58. Kolačko A, Stipešević-Rakamarić I. Razlozi neodazivanja žena na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke na području grada Lepoglave. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo.* 2013;9(33):181-99.

59. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for Cervical Cancer. Summary of recommendations for clinicians and policy-makers [Internet]. Available from: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/screening-for-cervical-cancer> [cited 2013 Mar 13].

60. Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ.* 2011;343:d4411.

61. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for Breast Cancer. Summary of recommendations for clinicians and policy-makers [Internet]. Available from: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/2011-breast-cancer> [cited 2013 Mar 13].

62. Bayer LL, Edelman AB, Caughey AB, Rodriguez MI. The price of emergency contraception in the United States: what is the cost-effectiveness of ulipristal acetate versus single-dose levonorgestrel? *Contraception.* 2013;87(3):385-90.

63. Šprem Goldštajn M, Pavičić Baldani D, Vrcić H, Orešković S. Emergency contraception: can we benefit from lessons learned? *Coll Antropol.* 2012;36(1):345-9.

64. Trieu SL, Shenoy DP, Bratton S, Marshak HH. Provision of emergency contraception at student health centers in California community colleges. *Womens Health Issues.* 2011;21(6):431-7.

65. Raffie S, Haycock M, Raffie S, Yen S, Harper CC. Direct pharmacy access to hormonal contraception: California physician and advanced practice clinical views. *Contraception.* 2012;86(6):687-93.

66. Grindlay K, Burns B, Grossman D. Prescription requirements and over-the-counter access to oral contraceptives: a global review. *Contraception.* [Epub ahead of print]

67. Jacobstein R, Stanley H. Contraceptive implants: providing better choice to meet growing family planning demand. *Glob Health Sci Pract.* 2013;1(1):11-7. Available from: <http://www.ghspjournal.org/content/1/1/11.full.pdf+html>

68. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(11):CD002855.

69. Tang J, Kapp N, Dragoman M, de Souza JP. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;121(2):186-9.

70. NGO Report to Committee on Elimination of Discrimination against Women: On the occasion of Second and Third Report of Republic of Croatia. Submitted for the 32nd CEDAW Session, January 2005. Available from: [http://www.iwraw-ap.org/resources/croatia_Babe\(English\).pdf](http://www.iwraw-ap.org/resources/croatia_Babe(English).pdf)

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić Keglević, dr. med.

Zaklada za razvoj obiteljske medicine

Črešnjevec 32, 10000 Zagreb; E-mail: mvrccic@snz.hr; Telefon: +385 98 417 679