

Što, kada i kako mjeriti za procjenu kvalitete zaštite kroničnih bolesnika u obiteljskoj medicini? Primjena indikatora kvalitete za šećernu bolest

Vrca Botica, Marija; Ožvačić Adžić, Zlata; Zelić Baričević, Ines; Katić Milošević, Ivana; Diminić Lisica, Ines; Carkaxhiu, Linda

Source / Izvornik: **Medica Jadertina, 2013, 43, 103 - 110**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:466310>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-11**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Što, kada i kako mjeriti za procjenu kvalitete zaštite kroničnih bolesnika u obiteljskoj medicini? Primjena indikatora kvalitete za šećernu bolest

What, when and how to measure the assessment of quality of care for chronic diseases in family practice? Applying indicators of quality for diabetes mellitus

Marija Vrca Botica, Zlata Ožvačić Adžić, Ines Zelić Baričević, Ivana Katić Milošević, Ines Diminić Lisica, Linda Carkaxhiu*

Sažetak

Proučavanje kvalitete zdravstvene zaštite u primarnoj zaštiti sa znanstvenog i stručnog stajališta danas je vrlo izazovna tema. O toj temi nema još dovoljno sveobuhvatnih i usporedivih podataka na internacionalnoj razini (Europe) koji bi se mogli šire primjenjivati i poslužiti za poboljšanje strategije primarne zaštite. U definiciji kvalitete zaštite uobičajeno se perspektiva pacijenta stavlja kao prioritet.

Obiteljski liječnik kao davatelj zdravstvenih usluga po modelu strukturirane zaštite, bolesnicima s kroničnim bolestima na jednom mjestu pruža jedinstvo postupaka: prevencije i ranog otkrivanja bolesti, liječenja i prevencije komplikacija.

Kompleksnu ulogu obiteljskoga liječnika u postizanju kvalitete zaštite treba sagledavati u uvjetima položaja primarne zaštite u sustavu. Tri su dimenzije primarne zaštite bitne kao polazište za kvalitetnu skrb: struktura sustava koja pruža mogućnosti procesa zaštite, a procesi dovode do određenih ishoda u zaštiti.

Što, kada, kako mjeriti, koji mjerni instrument upotrijebiti za procjenu kvalitete skrbi pacijenata sa šećernom bolešću?

Indikator je definiran kao mjerljivi element izveden u procesu zaštite za koji postoji dokaz ili dogovor da se može uzeti kao posredni, prijelazni pokazatelj rezultata zaštite. Može se protumačiti da se njihovom primjenom ili ne primjenom mijenja kvaliteta zaštite. Indikatori procesa zaštite odgovaraju na pitanje: tko čini, što čini, gdje, kada i kako često? Indikatori rezultata zaštite odgovaraju na pitanje: koji postupak ili intervencija u procesu zaštite donosi pojedini rezultat u zaštiti? U procjeni kvalitete zaštite osoba sa šećernom bolešću, 34 indikatora (svrstana u 5 skupina) izvedena u procesu zaštite, prihvaćena su kao prijelazni indikatori kvalitete zaštite.

Ključne riječi: obiteljski liječnik, kvaliteta zaštite, šećerna bolest, indikatori

Summary

Health care quality research of chronic diseases in primary care according to the scientific and professional point of view is very challenging. There are not enough comprehensive and comparable data on the international level (Europe) that could be applied to improve primary health care.

In defining quality care, the patient's perspective is a priority.

The general physician as a provider of health care service for patients with chronic diseases offers joint procedure all in one place: prevention and early detection of diseases, treatment and prevention of complications.

* **Sveučilište u Zagrebu**, Medicinski fakultet, Škola narodnoga zdravlja "Andrija Štampar", Katedra obiteljske medicine (Doc. dr. sc. Marija Vrca Botica, dr. med.; dr. sc. Zlata Ožvačić, dr. med.); **Ordinacija obiteljske medicine Slavonski Brod**, Bukovje (Ines Zelić Baričević, dr. med.); **Ordinacija obiteljske medicine Sinj** (Ivana Katić Milošević, dr. med.); **Sveučilište u Rijeci**, Medicinski fakultet, Katedra obiteljske medicine (Doc. dr. sc. Ines Diminić Lisica, dr. med.); **Sveučilište u Prištini**, Medicinski fakultet Priština, Katedra obiteljske medicine, Kosovo (Dr. sc. Linda Carkaxhiu, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address*: Doc. dr. sc. Marija Vrca Botica, dr. med., Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnoga zdravlja "Andrija Štampar", Katedra obiteljske medicine, Rockefellerova 4, 10000 Zagreb; e-mail: vrcabotica@yahoo.com

Primljeno / *Received* 2012-08-31; Ispravljeno / *Revised* 2012-12-23; Prihvaćeno / *Accepted* 2012-12-28

The complex role of the family doctor in reaching quality care should be observed according to the position of primary care in the health care system. Three dimensions of primary health care are important as a starting point in the assessment of quality care: the system of structure which offers an opportunity for the process of care, which leads to outcomes in protection.

What, when and how to measure, which measure instrument to use in assessment quality care for patients with diabetes mellitus?

The indicator is defined as a quantifiable element performed in the process of care for which there is proof or agreement that it can be taken as an indirect transient indicator for quality care. Or, it can be interpreted that its usage or not usage changes quality care. Indicators of process health care are answering the questions: who is doing, what is being done, where, when and how often. Indicators of results (outcomes) of health care are answering the question: which procedures or interventions performed in the health care process are giving which outcomes? In quality care assessment for patients with diabetes mellitus, 34 indicators performed in the process of care (divided in 5 groups) are accepted as transient indicators for quality care.

Key words: family physician, protection quality, diabetes mellitus, indicators

Med Jad 2013;43(1-2):103-110

Uvod

Dobru zaštitu kronične bolesti čini više od dogovora o specifičnim ciljevima liječenja bolesti. Procjena kvalitete skrbi u obiteljskoj medicini mora se sagledavati u kompleksnosti primarne zaštite koja je u značajnoj mjeri određena ekonomskim, socijalnim i kulturološkim okruženjem u kojem se nalazi.¹⁻⁴

Dobro su poznate specifičnosti rada obiteljskoga liječnika, tima prvog profesionalnog zdravstvenog kontakta u Europi, kojemu pacijenti prezentiraju zdravstvene probleme i kod kojega zadovoljavaju većinu zdravstvenih potreba. Obiteljski liječnik kao davatelj zdravstvenih usluga bolesnicima s kroničnim bolestima na jednom mjestu, pruža jedinstvo postupaka:

- prevencije i ranoga otkrivanja bolesti
- liječenja bolesti
- prevencije komplikacija bolesti.^{4,5}

Kako su potrebe zbrinjavanja kronične bolesti zadnjih desetljeća "sukladne" sa specifičnostima rada obiteljskoga liječnika, došlo je do pomaka većega dijela zdravstvene skrbi (procesa zaštite) kroničnoga bolesnika (napose oboljeloga od šećerne bolesti) s bolničke i sekundarne zaštite na obiteljsku medicinu.⁶⁻⁸ Ova tranzicija stavila je u prvi plan potrebu analize i praćenja kvalitete zaštite kroničnih bolesnika u obiteljskoj medicini.⁹ Nema još jedinstvenoga stava i odgovora na pitanje: što, kada i kako mjeriti za procjenu kvalitete zaštite kroničnih bolesnika u obiteljskoj medicini?

Metode

U radu je korišten pregled literature na hrvatskom i engleskom jeziku po ključnim riječima: *quality of primary care, structure and process of care, family physicians, diabetes mellitus, indicators*, od 2000. do 2012. godine.

Polazište čine pregledni članci i kritički osvrti: Campbell (2000. god), Donabedian (2003. god), De Maesneer (2003. god),

U pregledu je poseban osvrt dan projektima: Primary Health Care Activity Monitor for Europe, i Belgian Diabetes Project Group (literatura do 2007.), važnima za procjenu kvalitete zaštite osoba sa šećernom bolešću u obiteljskoj medicini.

U pregled nisu ušli radovi kao: sekundarne publikacije studija, prikazi studija koji analiziraju rezultate na temelju provedenih postupaka u procesu zaštite kod osoba s šećernom bolesti, jer su one analizirane u Belgian Diabetes Project Group.

Izvor: Pubmed, MEDLINE.

Rasprava

Određivanje definicije kvalitete

Na početku je nužno postaviti definiciju kvalitete. Nameće se dvojba koje sudionike postaviti kao prioritetne u definiciji: pacijenta, pružatelje usluga, primarnu zaštitu, zdravstveni sustav? Postoje brojne definicije kvalitete koje ovise prvenstveno o perspektivi promatrača i njegovoj prosudbi prioriteta zdravstvene zaštite. Bolesnici, zdravstveno osoblje, te predstavnici upravljačkih struktura u zdravstvu stavljaju naglasak na različite elemente u procjeni kvalitete zdravstvene zaštite.^{2,3}

U odnosima korisnika i davaoca u pružanju zaštite, interesi mogu biti različiti.

Prioriteti zaštite populacije i pojedinca nisu, naime, uvijek identični uslijed čega i parametri koji mjere kvalitetu skrbi za populaciju ne odražavaju nužno i kvalitetu skrbi za pojedinca. Optimizacija kvalitete skrbi za populaciju može ponekad biti suprotstavljena potrebama pojedinca, primjerice zbog preusmjeravanja sredstava prema zbrinjavanju zdravstvenih potreba koje su odabrane kao zdravstveni

prioritet populacije. Istodobno individualne potrebe pojedinca mogu biti teže ostvarive i time podređene potrebama zajednice.^{1,4,5}

Prema Campbellu, iz perspektive pacijenta kao korisnika zdravstvene zaštite, prioritetni elementi u osiguranju kvalitetne skrbi za populaciju su pravičnost (equity) i djelotvornost (efficacy), dok pojedinačni korisnici zdravstvene zaštite njezinu kvalitetu vrednuju prvenstveno kroz dostupnost (access), te kliničku (clinical effectiveness) i komunikacijsku učinkovitost (interpersonal effectiveness). Campbell drži kako pitanje kvalitete svoj pravi smisao dobiva upravo ukoliko se primijeni na individualnoga korisnika zdravstvene zaštite.^{3,5}

Utjecaj obilježja obiteljskoga liječnika i pacijenta na kvalitetu skrbi

Zbog specifičnosti rada obiteljskoga liječnika procjena kvalitete skrbi u obiteljskoj medicini složen je zadatak.

Prema De Maeseneeru, na kvalitetu skrbi u obiteljskoj medicini utječu tri razine problema:

- postojanje znanja o kliničkom problemu
- specifične okolnosti u kojima se pruža skrb za konkretnoga bolesnika
- obilježja zdravstvenoga sustava.⁷

Kad je riječ o znanju kao jednome od preduvjeta za rješavanje zdravstvenoga problema (de Maeseneer ga naziva *medical evidence*) s kojim se suočavaju liječnici obiteljske medicine, nailazi se na niz nerazjašnjenih problema, posebno u zbrinjavanju kroničnih bolesti. Otežana je primjenjivost velikoga broja postojećih kliničkih smjernica u svakodnevnoj praksi. Smjernice su pisane temeljem dokaza prikupljenih u kontroliranim istraživanjima na određenoj grupi bolesnika, za određenu bolest, u određenim uvjetima. Kronične bolesti, međutim, pojavljuju se najčešće u multimorbiditetu (zatvorena koegzistencija nekoliko bolesti i stanje pacijenta). Zadnjih desetak godina ne mijenja se prvih pet bolesti u multimorbiditetu (kardiovaskularne, osteomuskularne, duševne, maligne, metaboličke), međutim, zbog produženog života s kroničnom bolešću i mogućnosti liječenja, mijenja se klinički tijek kronične bolesti i ukupni klinički izražaj multimorbiditeta.⁸⁻¹⁰ Procjenjuje se da 60-70% kroničnih bolesnika ima i komplikacije kronične bolesti (biološko-etiološka prezentacija jedne bolesti) koje izazivaju tjelesna oštećenja, invaliditet.^{8,9,11} Postojeće smjernice je nužno kritički primjenjivati sukladno individualnim potrebama bolesnika, te razvijati nove smjernice koje će biti prilagođene skrbi multimorbidno/komorbidnog

kroničnoga bolesnika. S druge strane, promjene smjernica su česte i zbog promjenjivih ciljeva liječenja prema novim farmakološkim istraživanjima i dostignućima dijagnostike i terapije.¹¹⁻¹³

Potrebno je, u skladu s time, prilagođavati standarde zaštite i odrediti nove indikatore kvalitete skrbi u obiteljskoj medicini.

S obzirom na okolnosti u kojima se skrb pruža (de Maeseneer ih naziva *contextual evidence*), čitav niz čimbenika izvan "medicinskog" odnosa liječnik – bolesnik utječe na ishod skrbi, kao što su značajke bolesnika (dob bolesnika, duljina trajanja bolesti, osobnost, prethodna iskustva, obaviještenost pacijenta, vjerovanje o bolesti, emocionalna i kognitivna reakcija na bolest), značajke liječnika (osobnost, profesionalna osposobljenost, profesionalni interesi), značajke okruženja u kojemu se skrb pruža (dom bolesnika ili bolnica, ambulanta), te značajke primijenjenog liječenja (izgled lijeka, način primjene lijeka, iskustvo ugođe/nelagode vezano uz prijašnje liječenje).^{3,14,16}

Dugo je već poznato kako "nije bitan samo lijek, već i način na koji ga liječnik daje bolesniku..". Posjet u obiteljskoj medicini, pored zbrinjavanja aktualnog problema koji je razlog dolaska liječniku, uključuje i nastavak kontinuirane skrbi za kronične bolesti, te elemente zdravstvene edukacije, prevencije i promocije zdravlja. Uspješna konzultacija mora se temeljiti na holističkom pristupu bolesnikovu problemu, odnosno, pored odabira prikladne dijagnostike i lijekova, savjeta o zdravom načinu života, liječnik se mora osvrnuti i na ono što bolesnik misli ili osjeća, vezano uz vlastitu bolest. Nužan preduvjet za prepoznavanje i ostvarivanje ovih elemenata skrbi unutar konzultacije je postojanje dobre komunikacije između liječnika i bolesnika koja će rezultirati razvojem odnosa temeljenog na uzajamnom povjerenju. Takav odnos već i sam po sebi može imati terapijski učinak, neovisno o vrsti primijenjenoga liječenja, a također će omogućiti iznošenje važnih osobnih informacija od strane bolesnika i aktivnije uključivanje bolesnika u proces liječenja.¹³⁻¹⁵

Konačno, obilježja zdravstvenoga sustava, liječnikova uloga čuvara ulaza, samostalnost i velika osobna odgovornost obiteljskoga liječnika u donošenju odluka, obaveza racionalnog raspolaganja sredstvima u sustavu, raskorak između zadovoljavanja zdravstvenih potreba populacije u odnosu na potrebe pojedinca, utječu na svakodnevne odluke liječnika obiteljske medicine u pružanju skrbi.^{4,14,16} Svaka konzultacija liječnika i bolesnika u obiteljskoj medicini obilježena je značajkama (i ograničenjima) zdravstvenoga sustava. Liječnici obiteljske medicine u većini europskih zemalja rade u malim samostalnim praksama, imaju velik opseg posla, odgovorni su i za financijsko

poslovanje prakse, rade izdvojeno od ostalih zdravstvenih djelatnika i to ih postavlja u specifičnu poziciju u odnosu na ostale sudionike sustava. Obiteljski liječnici spominju nedostatak vremena, kratko trajanje posjeta, neprilagođene programe za bilježenje medicinske dokumentacije, potrebu stalnog pretraživanja medicinske dokumentacije za potrebe kontinuiteta zaštite i evaluaciju zaštite. "... ako pacijent nije učinio određeni dijagnostički postupak, potrebno je automatsko signaliziranje, "kad otvorim elektronski karton pacijenta"... ili ..."kad otvorim karton pacijenta stalno mi signalizira da nije bio na nekoj pretrazi, moj pacijent je nepokretan u krevetu.....", "... moram vidjeti što je u proteklim posjetima urađeno....". "...za sve ove potrebe trebamo imati zaposlenu osobu u punom radnom vremenu...." ^{12, 13-19}

Skrb za kroničnu bolest traži i multidisciplinarni pristup različitih profila zdravstvenih djelatnika na horizontalnoj i vertikalnoj razini (*share care*). ^{1,2,14}

Dvojbe su :

- koja je razina edukacije i znanja obiteljskoga liječnika potrebna?
- koju razinu zaštite provoditi u obiteljskoj medicini, koje komplikacije zbrinjavati?
- kako voditi komunikaciju u sustavu podjele?
- kako voditi medicinsku dokumentaciju? ^{6-8, 4,16,19-21}

Primarna zdravstvena zaštita u sustavu = preduvjet za dobru skrb pacijenta s kroničnom bolešću?

Projekt Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU) ¹⁶ se nastavlja na dosadašnja istraživanja, posebice Donabedianov model u procjeni kvalitete zdravstvene zaštite, ²² i opisuje tri temeljne dimenzije primarne zaštite kao polazišta (obilježja) koja bi mogla osigurati/ne osigurati prigodu za dobru primarnu zaštitu.

Struktura zaštite. Struktura zaštite uključuje organizacijske elemente ili uvjete u kojima se zdravstvena skrb pruža: osoblje, organizacija rada, oprema ordinacije. Ona u sebi sadržava državni (vladin) ustroj upravljanja u zdravstvenom sustavu i ekonomsku kondiciju nacije.

Proces zaštite. Uključuje indikatore koji obilježavaju mogućnost pristupa pacijenta, sveobuhvatnost zaštite, osiguranje kontinuiteta zaštite, pravednost u zaštiti, načine koordinacije unutar razina zaštite (tehnička i programska podrška), propisivanje lijekova (sloboda/ograničavanja), opseg postupaka, upućivanja.

Rezultati zaštite, ishod skrbi: mjerljiva posljedica pružene zaštite: morbiditet, mortalitet, postignuti ciljevi u zbrinjavanju bolesti, troškovi liječenja, zadovoljstvo bolesnika.

Za sve tri dimenzije primarne zaštite istražuju se indikatori koji će poslužiti za procjenu kvalitete. ^{4,5,16}

U praksi nema jasnih razgraničenja između ove tri dimenzije. Pojednostavljeno govoreći, struktura sustava uvjetuje procese zdravstvene skrbi koje je moguće pružiti, a procesi pak dovode do određenih ishoda. Odnos, međutim, u stvarnosti nije linearan i ponekad je teško povući jasnu granicu gdje prestaje učinak strukture, a počinje učinak procesa na pojavu određenog zdravstvenoga ishoda, i obrnuto. ^{1,2}

Mjerni instrumenti, što i kako mjeriti?

Mjerenje kvalitete zaštite kroničnih bolesnika u obiteljskoj medicini, pogotovo osoba sa šećernom bolešću, nije lagana zadaća. Zamka za svako mjerenje kvalitete skrbi sadržana je u opasnosti da se mjeri ono što je dostupno, lagano, što je dobro i moguće izmjeriti. Izmjereno ne mora imati važnost niti značenje za kvalitetu zaštite. ^{12,16-18}

Pokazatelji: nema ili ima komplikacija, težina komplikacija, duljina života s kroničnom bolešću (dijabetesom), mortalitet, ne mogu se olako uzeti kao kvaliteta zdravstvene zaštite, pa tako niti kvaliteta zaštite u obiteljskoj medicini. Ovi pokazatelji su rezultat zbirnog, za kronične bolesti dugotrajnog, utjecaja i drugih čimbenika mimo zdravstvene skrbi – osobine pacijenta, sociokulturni habitus, osobine njegove obitelji, zajednice u kojoj živi, odnosno elemenata koji se jednim imenom nazivaju case mix. ²⁰⁻²³

Naime, potrebno je kritički razmotriti do koje mjere možemo biti sigurni kako je određeni ishod posljedica isključivo zdravstvene skrbi koja mu je prethodila, a koliko su na ishod utjecale druge okolnosti. Da bi određeni ishod mogao biti odabran kao pokazatelj kvalitete, potrebno je izvršiti korekciju za one elemente koji ne ovise isključivo o procesu skrbi (case mix adjustment). ^{24,25}

Poteškoće su u razgraničenju i evidenciji postupaka učinjenih na drugim razinama zdravstvene zaštite. Učinkovitost primarne zaštite ovisi o integraciji vertikalne (sekundarne) zaštite, koja skrb usmjerava ka specifičnostima bolesti i horizontalno orijentirane zaštite koja integrira zaštitu individualno na pacijenta, ali u širokom kontekstu sustava i širokih čimbenika vezanih na pacijenta. ^{1,2,16,20,21}

Proučavanje kvalitete zdravstvene zaštite u primarnoj zaštiti (tako i zaštite od šećerne bolesti) i sa znanstvenog stajališta danas je vrlo izazovna tema. O

toj temi nema još dovoljno sveobuhvatnih i usporedivih podataka na internacionalnoj razini (Europe) koji bi se mogli šire primjenjivati i poslužiti za snaženje i poboljšanje strategije primarne zaštite i analizu kvalitete zaštite. Razlog tome je i u specifičnostima svakog nacionalnog zdravstvenog sustava, odnosno u različitostima nacionalnih ekonomskih potencijala, različitim profilima zdravstvenih djelatnika na ulazu u zdravstveni sustav, različitim standardima koje pruža osnovno i dopunsko osiguranje, položaju obiteljske medicine u sustavu, te različitim programima bilježenja medicinske dokumentacije.^{4,5,16}

Procjena kvalitete zaštite od šećerne bolesti pomoću indikatora procesa zaštite

Koji je pacijent reprezentativan za procjenu kvalitete? Zadnjih desetak godina pažnja u skrbi bolesnika sa šećernom bolešću u obiteljskoj medicini bila je usmjerena proučavanju i donošenju standarda liječenja. Manje je bila usmjerena na to koje alate i postupke upotrijebiti (izabrati) za procjenu kvalitete procesa i rezultata zaštite osoba sa šećernom bolešću.^{17,18,20,23} Jedan od načina procjene kvalitete zaštite kroničnim bolesnicima (šećerna bolest) prihvaćen u zadnje vrijeme, je posredni put preko analize indikatora procesa zaštite.^{18,26,27}

Indikator je definiran kao mjerljivi element u procesu zaštite za koji postoji dokaz ili dogovor da se može uzeti za procjenu kvalitete izvođenja zaštite. Može se protumačiti da se njihovom primjenom ili neprimjenom mijenja kvaliteta zaštite. Dakle, indikatori procesa zaštite dogovorno su prihvaćeni kao posredni, prijelazni pokazatelji rezultata zaštite.²⁸⁻³¹

Zbirno, indikatori procesa zaštite odgovaraju na pitanje: tko čini, što čini, gdje, kada i kako često čini?

Indikatori rezultata zaštite odgovaraju na pitanje: koji postupak ili intervencija u procesu zaštite donosi pojedini rezultat u zaštiti?

Različiti su aspekti upotrebe indikatora u procjeni kvalitete zaštite. Nekoliko studija analizira randomiziranu primjenu indikatora u rutinskoj praksi, neplanirano, ili od strane pacijenta potaknutu primjenu indikatora (postupaka). Podaci zaštite se uzimaju iz nacionalnih registara, izvješća.^{20,29,30} Primjena indikatora se u ovim studijama uspoređuje s dogovorenim zlatnim standardom zaštite.

Nekoliko studija procjenjuje klinički status komplikacija šećerne bolesti, a onda retrogradno analiziraju primjenu indikatora (postupaka). Potom studije analiziraju prethodnu primjenu indikatora kod naknadno hospitaliziranih pacijenata. Primjena indikatora se u ovim studijama dovodi u vezu s ishodom bolesti – rezultatima liječenja.^{29,30}

Upotreba indikatora kao prijelaznih pokazatelja u procjeni kvalitete zaštite nije lagana zadaća. Da bi se analizirala kvaliteta zaštite preko indikatora, potrebni su preduvjeti, a šire gledano i ujednačenost u zdravstvenom sustavu.

Strukturni preduvjeti za analizu primjene indikatora i procjene kvalitete zaštite na razini obiteljske medicine:

- mora biti definiran i strukturiran standard zaštite na nacionalnoj razini
- definirana struktura zaštite mora biti dogovorno podijeljena između primarne i sekundarne zaštite i pacijenta
- pacijent mora biti osnažen u svojim obvezama, pravima i odgovornostima. Nakon konzultacije pacijent mora biti osposobljen pratiti i primijeniti preporuke.
- moraju biti dogovoreni i poticani komunikacijski putovi u sustavu "share care".^{2,20,29-32}

Prijedlog indikatora procesa i rezultata zaštite koji mogu poslužiti za procjenu kvalitete zaštite osoba sa šećernom bolešću u obiteljskoj medicini predlaže Belgian Diabetes Project Group.³¹

Belgian Diabetes Project Group. Indikatori procesa zaštite uzeti su dogovorno na temelju prakse utemeljene na dokazima (*evidence based practice*). Početna točka bila je odrediti najbolju praksu, a određene su u sljedećim zemaljama: Belgija, Nizozemska, Njemačka, Francuska, Velika Britanija, Luksemburg. Kriteriji najbolje prakse bili su: provođenje zaštite bolesnika po do tada prihvaćenim smjernicama u procesu zaštite, bilježenje postupaka i rezultata zaštite i dobro vođena medicinska dokumentacija. Od 125 smjernica iz procesa zaštite na temelju "best evidence ratio" odabrane su 34 smjernice koje bi dogovorom bile prihvaćene kao kvalitetni pokazatelji procesa zaštite i posredni pokazatelji kvalitete zaštite. Procjenu su radila dva nezavisna istraživača: K Dirven i J Wens iz radne grupe projekta.^{30,31}

Od 125 do tada primjenjivanih smjernica, odabrana su 34 indikatora (prvotno smjernice) koji su na temelju studija (od 1993. do 2004.) pokazani kao kvalitetni pokazatelji procesa zaštite i posredni pokazatelji kvalitete zaštite.

Dirven i Wens prezentirali su 34 provjerena indikatora procesa zaštite, svrstana u 5 grupa, koje su predložili kao prijelazne pokazatelje kvalitete zaštite. Ako su ovi postupci (prijelazni indikatori), izvedeni u praksi, imaju utjecaj na promjene biološkog i kliničkog statusa pacijenta, a mogu imati utjecaj i na rezultate. Na skali su indikatori rangirani prema značajnosti povezanosti s rezultatima liječenja ($P = 1,0$ do $0,5$):

1. grupa: Kontrola glikemije šećerne bolesti = 14 indikatora

1. Pacijent barem jednom godišnje treba imati procjenu stanja bolesti „disease review“
2. Pacijent treba jednom godišnje imati procjenu stila života
3. Pacijentu treba redovno mjeriti HbA1c (prema dogovorenom standardu)
4. Pacijent koji peroralnom monoterapijom ne postiže ciljne vrijednosti HbA1c treba započeti kombiniranu peroralnu terapiju
5. Pacijent treba dobiti preporuke za promjenu stila života
6. Pacijente treba podučiti kako spriječiti nastanak hipoglikemija
7. Pacijenti bi trebali biti educirani i poticani na daljnju edukaciju
8. Pacijent treba postići ciljne vrijednosti HbA1c
9. Pacijentu koji na temeljnim principima liječenja ne postigne optimalne vrijednosti HbA1c, treba odrediti peroralnu monoterapiju
10. Pacijentu koji ne postigne ciljne vrijednosti HbA1c s optimalnom kombinacijom peroralne terapije treba uključiti inzulin
11. Pacijent treba dobiti savjete o tjelesnoj aktivnosti
12. Pacijenta na inzulinskoj terapiji treba educirati o samokontroli i samomonitoriranju glukoze u krvi
13. Ako je potrebno i dogovoreno, pacijentu se daje mogućnost samomonitoriranja terapije
14. Kod pacijentica treba provesti monitoriranje kontracepcije i vođenje trudnoće

2. grupa: Rano otkrivanje komplikacija šećerne bolesti = 2 indikatora

1. Pacijent treba imati zabilježene i klasificirane rizike za nastanak retinopatije
2. Pacijent treba redovni pregled stopala (učestalost ovisi o stanju stopala)

3. grupa: Liječenje komplikacija šećerne bolesti = 4 indikatora

1. Pacijente s mikroalbuminurijom i proteinurijom treba liječiti ACE inhibitorima, osim u slučaju prisutne bilateralne stenoze renalnih arterija
2. Pacijent treba biti educiran o načinima njege dijabetičkog stopala
3. Pacijent s dijabetičkim (Charcot) stopalom treba imati odgovarajući tretman (smanjivanje pritiska na stopalima, revaskularizaciju,

antibiotike, resekciju nekrotičnoga tkiva, amputaciju, itd.)

4. Pacijent s dijabetičkom retinopatijom treba imati odgovarajući tretman, ovisno o statusu retine (konzervativno liječenje, lasersku koagulaciju, vitrektomiju, ekstrakciju katarakte)

4. grupa: Kardiovaskularne bolesti = 11 indikatora

1. Pacijent s kardiovaskularnom bolešću treba biti na hipolipemičnoj terapiji
2. Nakon srčanoga infarkta treba odlučiti o daljnjem liječenju: beta blokatorima, ACE inhibitorima, hipolipemicima i antikoagulacijskoj terapiji
3. Pacijent s kardiovaskularnim događajem treba primiti odgovarajuću terapiju: beta blokatori, ACE inhibitori, hipolipemici, antagonisti kalcijevih kanala
4. Nakon preboljenog infarkta miokarda pacijent treba primiti intenziviranu inzulinsku terapiju
5. Pacijent s kardiovaskularnim rizikom treba primiti odgovarajuću terapiju: beta blokatorima, ACE inhibitorima, hipolipemicima, antagonistima kalcijevih kanala
6. Pacijenti s hipertenzijom trebaju primiti antihipertenzivnu terapiju: ACE inhibitori ili antagonisti angiotenzin II receptora
7. Pacijenti trebaju postići ciljne vrijednosti krvnoga tlaka
8. Kod pacijenta treba provoditi redoviti skrining za kardiovaskularni rizik i kardiovaskularne bolesti (klasifikacija rizika)
9. Pacijenta treba poticati da ne puši
10. Pacijentu treba odrediti lipidni profil s ciljem određivanja kardiovaskularnog rizika
11. Treba poznavati pušačke navike pacijenta

5. grupa: Kvaliteta života = 3 indikatora

1. Pacijentu treba redovno procjenjivati psihosocijalni status
2. Zdravstveni djelatnici trebaju biti upoznati s potencijalnim stresnim događajima u životu pacijenta i utjecaju na „self care“
3. Pacijent treba biti svjestan svoga psihosocijalnog problema ili liječen ukoliko ima psihosocijalni problem.

Prezentirani model "Belgian Diabetes Project Group" procjene kvalitete zaštite pomoću indikatora procesa zaštite ne može se u potpunosti izjednačiti s

kliničkom kvalitetom zaštite. Može se, međutim, utopiti u model procjene kvalitete zaštite kroničnih bolesnika u obiteljskoj medicini. Iz perspektive pacijenta i liječnika može pomoći u motivaciji liječnika i pacijenta za poboljšanjem zaštite, boljoj organizaciji pružanja zaštite, poboljšanju vođenja medicinske dokumentacije, te potiče na daljnja istraživanja u ovom području.

Zaključak, ili što još nije istraženo u primjeni indikatora za procjenu kvalitete zaštite osoba sa šećernom bolešću

Prema strukturiranom modelu zaštite kroničnih bolesnika, u obiteljskoj medicini ključna uloga obiteljskoga liječnika je prevencija i rano otkrivanje bolesti. U analizu nisu ušli indikatori prevencije i ranoga otkrivanja bolesti.

Analizirani indikatori obrađeni su na razini prosječne populacije, a stvarnu predikciju na individualnoj razini treba još istražiti.³⁰⁻³² Stariji bolesnici, bolesnici s teškim multimorbiditetom i teškim komplikacijama nisu ušli u analizu (još nisu prilagođene realne ciljne vrijednosti dijagnostike i liječenja za starije dobne skupine). U analizu nije uključena primjena najnovijih smjernica (radovi još nisu publicirani). Nisu uključeni pokazatelji zadovoljstva pacijenata.

Dobro je istraženo da je definirani tim obiteljske medicine s dogovorenim standardom (smjericama) zaštite važan za dobro provođenje kliničkoga procesa zaštite. Složenost rada obiteljskoga liječnika u procesu zaštite traži opis i drugih aspekata zaštite koji nisu opisani u 5 "mini lista" visoko rangiranih indikatora. Naime, dobro organizirana praksa i dogovoreni standard zaštite nije istodobno i jedina garancija za visoku kvalitetu kliničkoga procesa zaštite i rezultata zaštite. Dobra praksa i standard zaštite tek osiguravaju prigodu za dobru individualnu zaštitu pacijenta. Ostao je nemjerljiv doprinos kontinuiteta zaštite (akumulirano profesionalno znanje liječnika, akumulirano znanje o pacijentu, kliničke vještine). Ostaje nemjerljiva motiviranost liječnika za taj klinički problem, te kvaliteta komunikacijske skrbi mjerena iz perspektive bolesnika kao korisnika skrbi.^{1,33,34}

Literatura

1. Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ*. 2009; 338:b1242. Dostupno na: <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b1242> (svibanj 2012.)
2. Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M, ed. Quality indicators for general practice: a practical guide for primary health care professionals and managers London: Royal Society of Medicine Press; 2002.
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51:1611-25.
4. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:65. Dostupno na: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65> (11. studeni 2011.).
5. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *BMJ*. 2005;331:1121.[Epub] Dostupno na: http://www.bmj.com/highwire/filestream/394060/field_highwire_article_pdf/0.pdf (11. studeni 2011.)
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-58.
7. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362:1314-9.
8. Bayliss EA. Simplifying care for complex patients. *Ann Fam Med*. 2012;10:3-5.
9. Guldberg TL, Lauritzen T, Kristensen JK, Vedsted P. The effect of feedback to general practitioners on quality of care for people with type 2 diabetes. A systematic review of the literature. *BMC Fam Pract*. 2009;10:30.
10. Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. *Fam Pract*. 2010;27:1-2.
11. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294:716-24.
12. Barber J, Muller S, Whitehurst T, Hay E. Measuring morbidity: self-report or health care records? *Fam Pract*. 2010;27:25-30.
13. Meulepas MA, Braspenning JC, de Grauw WJ, et al. Logistic support service improves processes and outcomes of diabetes care in general practice. *Fam Pract*. 2007;24:20-5.
14. Vrca Botica M, Zelić I, Pavlić Renar I, Bergman Marković B, Stojadinović Grgurević S, Botica I. Structure of visits persons with diabetes in Croatian family practice – analysis of reasons for encounter and treatment procedures using the ICPC-2. *Coll Antropol*. 2006;30:495-9.
15. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001;357:757-62.
16. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and

- outcome indicators. BMC Fam Pract 2010; 11:81. Dostupno na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/81> (11. studeni 2011.)
17. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract. 2005;22:215-22.
 18. Wens J, Vermeire E, Van Royen P, Sabbe B, Denekenes J. GP's perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: a qualitative analysis of barriers and solutions. BMC Fam Pract. 2005;6:20.
 19. Shephard E, Stapley S, Hamilton W. The use of electronic databases in primary care research. Fam Pract. 2011; 28:352-4.
 20. Sahota N, Hood A, Shankar A, Watt B, Ramaiah S. Developing Performance indicators for primary care: Walsall's experience. Br J Gen Pract. 2008;58:856-61.
 21. Howie JG, Heaney D, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. Fam Pract. 2004;21:458-68.
 22. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press, 2003.
 23. Kahn R. Opportunities and obstacles in the delivery of quality diabetes care. Int Diabetes Monitor. 2001; (special issue):30-3.
 24. Greenfield S, Kaplan SH, Kahn R, Ninomiya J, Griffith JL. Profiling care provided by different groups of physicians: effects of patient case – mix (bias) and physician – level clustering on quality assessment results. Ann Intern Med. 2002;136:111-21.
 25. Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of the patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. Fam Pract. 2002;19:344-9.
 26. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care. 2002;11:358-64.
 27. Landon BE. Use of quality indicators in patient care. A senior primary care physicians trying to take good care of his patients. JAMA. 2012; 307:956-64. Dostupno na: <http://www.jama.jamanetwork.com/article.1105055> (12. studeni 2012.)
 28. Vrca Botica M, Ožvačić Adžić Z. Procjena kvalitete zaštite osoba s šećernom bolesti u obiteljskoj medicini. 1. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2012. U: M Vrca Botica, I Pavlić Renar, Šećerna bolest u odraslih. Zagreb; Školska knjiga 2012.
 29. Fisher C, Anema HA, Klazinga NS. The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. Europ J Public Health. 2011;22; 484-91.
 30. Baker R. Monitoring for improvement: quality indicators for diabetes care. Prim Care Diabetes. 2007;1:3-4.
 31. Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, van Royen P. Quality indicators for type-2 diabetes care in practice guidelines: an example from six European countries. Prim Care Diabetes. 2007;1:17-23.
 32. Vrca Botica M, Zelić I. Quality indicators for diabetes care in primary care. Diab Croat. 2007; 36:31-2.
 33. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland – a pilot prospective study using structural equation modeling. Patient Educ Couns. 2008;73:240-5.
 34. Ožvačić Adžić Z, Katić M, Lazić D, Cerovečki Nekić V, Soldo D. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. Croat Med J. 2008;49:813-23.

Errata Corrige

U broju 3-4 za 2012. godinu, u radu Glomus tumor baze jezika: prikaz slučaja, kao autori su navedeni: Marisa Klančnik, Draško Cikojević, Ivo Glunčić, Zaviša Čolović, Valdi Pešutić Pisac

a treba biti:

Marisa Klančnik, Draško Cikojević, Ivo Glunčić, Zaviša Čolović, Valdi Pešutić Pisac, Nikola Kolja Poljak

Ispričavamo se.

Uredništvo