

Z D R A V S T V E N O

VARSTVO

ZDRAV VAR 2009 • LETNIK 48 • ŠTEVILKA 1

IZVIRNA ZNANSTVENA ČLANKA

Mateja Bulc, Janko Kersnik, Wienke Boerma, Martina Pellny
Raziskava o zagotavljanju kakovosti v slovenskem osnovnem zdravstvu (1)

Janez Rifel, Igor Švab
Prevalenca abdominalne debelosti pri pacientih na primarnem nivoju zdravstvene oskrbe v Sloveniji – raziskava IDEA (18)

Majda Brovč, Janja Ahčin, Marinka Šlajpah, Danica Rotar- Pavlič
Ekonomski imigranti v Sloveniji in njihova stališča o boleznih - kvalitativna raziskava (26)

Zalika Klemenc-Ketiš
Analiza napotitev na ambulantno fizikalno terapijo v Naravno zdravilišče Topolšica (33)

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK

Blanka Kores Plesničar, Andrej Plesničar
Depresija in telesna dejavnost (40)

ABECEDNO KAZALO PO AVTORJIH - Zdravstveno varstvo 2008 (45)



Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Institute of Public Health of the Republic of Slovenia

Glavni urednik/Editor-in-Chief:
Igor Švab

Odgovorna urednica/Responsible Editor:
Marija Seljak

Izvršna urednica/Executive Editor:
Petruša Miholič

Izdajatelj/Publisher:
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Uredniški odbor/Editorial Board:
Tit Albreht, Marjan Bilban, Ivan Eržen, Janko Kersnik, Vesna Kerstin Petrič, Niek Klazinga, Mitja Kos, Alenka Kraigher, Boris Kramberger, Richard Madeley, Jan de Maeseneer, Rado Pišot, Helena Ribič, Eva Stergar, Mirjana Ule, Lijana ZaleteI-Kragelj

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:
Jože Faganel

Lektor za angleščino/Reader for English:
Maja Dolanc

UDK gesla in ključne besede/UDC and Key words:
Petruša Miholič

Naslov uredništva/Address of the Editorial Office:
Zdravstveno varstvo - Slovenian Journal of Public Health, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, p.p. 260,

Elektronski naslov uredništva/E-mail Address:
Zdrav.Var@ivz-rs.si

Domača stran na internetu/Internet Home Page:
<http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1093>

Transakcijski račun/Current Account:
01100-6030926242, UJP

Zdravstveno varstvo izhaja praviloma štirikrat letno v nakladi 500 izvodov. Naročnino zaračunavamo z računom za predplačilo v začetku leta. Upoštevamo le pisne odpovedi do 1. decembra za naslednje leto. Vsako spremembo naslova sporočite uredništvu pravočasno.

Revija Zdravstveno varstvo je pri Ministrstvu za kulturo RS vpisana v razvid medijev pod zaporedno številko 608.

Naročnina z DDV/Subscription Rates with taxes included:
delovne organizacije/institutions: 37,56 EUR
študenti/students: 18,78 EUR
tujina/for abroad: 50 EUR

Gradivo navaja predvsem poglede avtorjev za katere ni nujno, da se ujemajo z načelnimi stališči stroke oziroma uredniškega odbora.

Naklada: 500
Likovna oprema ovitka: Jurij Kocbek
Tisk: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Revijo Zdravstveno varstvo je na podlagi javnega razpisa finančno podprla Javna agencija za knjigo Republike Slovenije.

RAZISKAVA O ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTI V SLOVENSKEM OSNOVNEM ZDRAVSTVU

PRIMARY HEALTH CARE QUALITY MANAGEMENT PROJECT

Mateja Bulc^{1,2}, Janko Kersnik^{1,3}, Wienke Boerma⁴, Martina Pellny⁵

Prispelo: 29. 9. 2008 - Sprejeto: 8. 12. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 614.2

Izvleček

Namen: Članek predstavi rezultate pilotskega projekta Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji, katerega cilj je bila izdelava in preizkus orodja za ocenjevanje zagotavljanja kakovosti v osnovnem zdravstvu oziroma v družinski medicini.

Metoda: Raziskava, ki jo je vodila Svetovna zdravstvena organizacija ob pomoči Inštituta Nivel in Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, je hkrati potekala v Ljubljani (mestno področje) in na Gorenjskem (mestno in podeželsko območje). Orodje raziskave so bili trije vprašalniki za tri ravni: raven odločanja (Ministrstvo za zdravje, Slovensko zdravniško društvo, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zdravniška zbornica Slovenije, Medicinska fakulteta, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, organizacije bolnikov), raven vodenja v zdravstvu (direktorji, vodje enot in vodje služb zdravstvenega varstva odraslih omenjenih področij) in raven izvajanja (vsi aktivni zdravniki družinske medicine na obeh področjih).

Odgovore na vprašalnike je analiziral Inštitut Nivel.

Rezultati: Poslali smo 244 vprašalnikov, odgovorov pa smo dobili 106 (43,4 %). Na ravni odločanja je odgovorilo 11 udeležencev od 17 naprošenih (65 %). Na ravni vodenja smo prejeli 9 odgovorov od 14 poslanih (64 %) vprašalnikov v Ljubljani in 5 (39 %) od 13 poslanih na Gorenjskem. V Ljubljani je odgovorilo 63 (49 %) od 130 aktivnih zdravnikov družinske medicine, na Gorenjskem pa 18 (26 %) od 70 aktivnih zdravnikov družinske medicine.

Zaključek: Raziskava je pokazala, da kakovost še ni prioriteta slovenskega osnovnega zdravstva. Tvorci zdravstvene politike ji ne posvečajo dovolj pozornosti, vodstvene strukture zdravstvenih zavodov nimajo dovolj informacij in pogrešajo navodila, zdravniki družinske medicine pa pogrešajo rezervirani čas za sistematično izboljševanje kakovosti svojega dela, še posebej pa krovno institucijo družinske medicine na sekundarnem nivoju.

Ključne besede: zagotavljanje kakovosti, osnovno zdravstvo, družinska medicina, Slovenija

Original scientific article
UDC 614.2

Abstract

Background: The article summarizes the main results of the WHO Primary Care Quality Management project, which has been implemented as a pilot study to identify and support mechanisms for quality management in primary health care.

Material and methods: The project was commissioned by WHO Europe and carried out in 2007 by NIVEL in collaboration with the University of Ljubljana, Department of Family Medicine, Medical Faculty of Ljubljana, and National Health Institute of Uzbekistan. In Slovenia it was implemented in the urban region of Ljubljana and in the semi-urban region of Gorenjska.

Three types of questionnaires were used: one for policy/decision makers (experts from the Ministry of Health, representatives of professional associations, National Health Insurance Institute, human rights ombudsman,

¹Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Slovenija

²Zdravstveni dom Ljubljana, Derčeva 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

³Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, Slovenija

⁴Inštitut NIVEL, Utrecht, Nizozemska

⁵WHO, Regional Office for Europe, Division of Country Health Systems Support/ Country Policies, Systems and Services/ Primary Health Care, Copenhagen, Danska

Kontaktne naslov: e-pošta: mateja.bulc@email.si

association of patients and consumers), one for managers of primary health care facilities and one for all practicing family physicians in the two areas. All data were processed and analyzed by the NIVEL Institute.

Results: Of the 244 questionnaires sent out, 106 (43.4%) were completed and returned. At the policy/decision-making level, 11 (65%) participants out of 17 returned the questionnaires. At the management level, nine (64%) of the 14 questionnaires completed in Ljubljana and five (39%) of the 13 questionnaires filled in Gorenjska were returned. In Ljubljana, 63 (49%) out of the 130 practicing family physicians completed the questionnaire, and in Gorenjska only 18 (26%) out of 70.

Conclusions: The study showed that quality assurance is not yet a matter of priority in the Slovene health care system. Stake holders do not pay adequate attention to this issue, and managers lack information and guidelines on the subject. Practicing family physicians would need protected time for systematic quality control and improvement, and above all, assistance by a secondary level professional body for family medicine.

Key words: quality management, primary health care, family medicine, Slovenia

1 Uvod

Zdravnik družinske medicine mora ocenjevati svoje delo, uporabljati na dokazih temelječe izsledke sodobne medicine, smernice in priporočila ter analizirati učinkovitost, da zagotovimo objektivno najboljše z omejenimi sredstvi. V zadnjih 30 letih so se naši cilji spremenili. Dandanes zagotavljamo vsem svojim opredeljenim bolnikom zdravstvene storitve za vse njihove zdravstvene probleme. Sodobna družinska medicina naj bi nudila celostno oskrbo bolnika (preventiva, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija in paliativa), skrbela za bolnikovo biološko, psihološko in socialno zdravje, obenem pa še za bolnikovo zadovoljstvo in skušala preprečevati zdravnikovo izgorevanje (1-2).

V zadnjih 50 letih je postala družinska medicina temeljni kamen večine nacionalnih zdravstvenih sistemov v Evropi (2). Postala je akademska disciplina, ki ima svoj fakultetni kurikulum, raziskovalno jedro in strokovno literaturo. Čeprav je miselni proces družinskega zdravnika drugačen kot kliničnega specialista, ta veja medicine ni nič manj zahtevna – morda včasih celo bolj, vselej pa se morata obe veji dopolnjevati (2).

Pokazalo se je, da se je filozofija dobre družinske klinične prakse spremenila: novi znanstveni dokazi (3) so povzročili velike spremembe v zdravstvenem varstvu; zdravnik družinske medicine bi jih potreboval dnevno, pa vselej nima možnosti – žal pa brez stalnega strokovnega dograjevanja tako znanje kot veščine s časom zvedenijo. Vemo, da učenje samo ne izboljša zdravnikovega dela, le individualni pristop k učenju dokazano zagotavlja kakovost zdravnikovega dela. Danes je namreč postalo nujno odločitve in ukrepe sprejemati na osnovi razpoložljivih znanstvenih dokazov. Sodobna definicija kakovosti

dela družinskega zdravnika je danes: dobra klinična praksa je učinkovita uporaba zanesljivih zdravstvenih ukrepov pri določenem bolniku v določenih pogojih (1).

Kakovost družinske medicine je zelo široko področje, ki zajema dobro klinično delo, skrbno urejeno zdravstveno dokumentacijo bolnika, dostopnost, nujno medicinsko pomoč in dežurno službo, timsko delo, sodelovanje med kolegi in z organizacijami bolnikov, učinkovitost, učenje študentov in specializantov, raziskovalno delo in še in še (2-4). Dober zdravnik uporablja tako lastne klinične izkušnje kot vse razpoložljive znanstvene dokaze, oboje je nujno potrebno za tako široko področje, kot je družinska medicina: promocija zdravja in preprečevanje bolezni, celostna oskrba, komunikacijske veščine, zdravstvena vzgoja, vodenje kroničnih bolezni ipd (4-6).

Zagotavljanje kakovosti je ena od prioritet vsakega zdravstvenega sistema. V Sloveniji doslej še niso izvedli raziskave, ki bi ocenila odnos različnih ravni zdravstvenega sistema do zagotavljanja kakovosti. Namen pilotske študije o kakovosti v osnovnem zdravstvu je bil pripraviti orodje, ki bi ministrstvom za zdravje in drugim organom odločanja v državah članicah Svetovne zdravstvene organizacije, predvsem v državah v tranziciji, nudilo informacije o stanju na področju zagotavljanja kakovosti osnovnega zdravstvenega varstva v različnih zdravstvenih sistemih.

2 Metode

Projekt je februarja 2007 pripravil Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), vodil ga je NIVEL, Inštitut za raziskave v osnovnem zdravstvu

iz Utrechta v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Zdravniško zbornice Slovenije ter Inštitutom za zdravstveno varstvo iz Taškenta. V Sloveniji je raziskava potekala jeseni 2007 (7).

2.1 Vprašalniki

Osnovni inštrument raziskave so predstavljali trije vprašalniki za tri različne ravni zdravstvenega sistema v državi:

2.1.1 Delno strukturiran vprašalnik

Ta vprašalnik je bil namenjen snovalcem zdravstvene politike v Sloveniji, t. i. ravni odločanja, tj. politikom, predstavnikom stroke in predstavnikom bolnikov. Z njim smo poskušali zbrati mnenja sodelujočih o nacionalni strategiji na področju zagotavljanja kakovosti osnovnega zdravstva. Vprašalnik je vseboval odprta vprašanja o pomenu zagotavljanja in izboljševanja kakovosti, o potrebah in programskih načrtih na področju kakovosti v zdravstvu, o dosedanjih aktivnostih, izkušnjah, prednostih in ovirah za proces zagotavljanja kakovosti ter o dolgoročnih prioritetah.

2.1.2 Strukturiran vprašalnik za zdravnike družinske medicine

S pomočjo tega vprašalnika smo želeli na ravni izvajanja zdravstvenega varstva odraslih zbrati mnenja o dejanski vlogi in pomenu zagotavljanja kakovosti, o trenutnih dejavnostih na tem področju, pa tudi o potrebah, spodbudah, ovirah in možnostih za izboljšanje stanja.

2.1.3 Strukturiran vprašalnik za vodstvene delavce

S pomočjo tega vprašalnika smo želeli na ravni vodenja osnovnega zdravstva odraslih, med direktorji in vodji služb zdravstvenega varstva odraslih zbrati mnenja vodilnih o trenutni organizacijski plati zagotavljanja kakovosti, o možnostih in ovirah pri dosedanjem delu ter o bodočih načrtih.

2.2 Validacija in prevod

Osnutke vprašalnikov je pripravila skupina izvedencev SZO na področju kakovosti v osnovnem zdravstvu potem, ko se je posvetovala s strokovnjaki v vsaki od sodelujočih držav. Tako dodelane vprašalnike smo

prevedli in prevod preverili (s ponovnim prevodom v angleščino).

Ko smo zbrali odgovore na ravni odločanja, smo 29.11. 2007 s pomočjo Zdravniške zbornice Slovenije organizirali sestanek za udeležence, ki so odgovorili na vprašalnike s te ravni (predstavniki Ministrstva za zdravje, Slovenskega zdravniškega društva, Medicinske fakultete, Zdravniške zbornice, ZZZS in varuhinja človekovih pravic) z glavnim raziskovalcem Inštituta NIVEL. Namen sestanka je bil preveriti odgovore na vprašalnik in opredeliti stanje na področju kakovosti osnovnega zdravstva, ugotoviti razloge in ovire, obenem pa tudi razloge za slabo odzivnost sodelujočih v raziskavi.

2.3 Vzorčenje

V Sloveniji smo se odločili, da bomo vprašalnike razdelili na dveh področjih, na področju Zdravstvenega doma Ljubljana (ZDL), ki predstavlja mestno okolje, in na področju Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG), kjer je okolje mešano o podeželje in mesta.

2.3.1 Vzorčenje na ravni odločanja

Vprašalnike smo poslali snovalcem zdravstvene politike v Sloveniji: Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, Slovenskemu zdravniškemu društvu, Zdravniški zbornici Slovenije, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Oddelku za zdravje in socialno varstvo Mestne občine Ljubljana, varuhinji človekovih pravic in Zvezi za varstvo potrošnikov.

2.3.2 Vzorčenje na ravni vodenja

Vprašalnik smo poslali vsem direktorjem zdravstvenih zavodov in vsem vodjem služb za zdravstveno varstvo odraslih na omenjenih dveh področjih.

2.3.3 Vzorčenje na ravni izvajanja

Vprašalnike smo poslali vsem aktivnim zdravnikom družinske medicine na omenjenih dveh področjih, tako zaposlenim v javnih zavodih kot zasebnikom. Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje RS septembra 2007.

2.4 Vnos podatkov

Po dogovorjenem protokolu med predstavniki Svetovne zdravstvene organizacije, Inštituta Nivel in Katedre za družinsko medicino smo 16. oktobra 2007 s Katedre za družinsko medicino hkrati poslali vprašalnike na vse tri

ravni. Konec oktobra smo prejemale vprašalnikov na ravni odločanja in na ravni vodenja s pismom prosili, naj vrnejo odgovorjene vprašalnike do 14. novembra; da bi izboljšali odzivnost, pa smo jih opozarjali tudi po telefonu.

Vrnjene vprašalnike smo zbirali na Katedri za družinsko medicino do konca novembra 2007.

Odgovore sodelujočih z ravni vodenja in izvajanja smo vnašali uposablajoč programom SPSS, medtem ko smo odgovore z ravni odločanja le prevedli v angleščino in elektronsko poslali v NIVEL.

3 Rezultati

3.1 Odzivnost

Na vse tri ravni smo poslali 244 vprašalnikov, odgovorov pa smo dobili 106 (Preglednica 1): na ravni odločanja je odgovorilo 65 % naprošenih, na ljubljanskem področju se je raziskavi odzvalo 64 % na ravni vodenja in 49 % na ravni izvajanja, medtem ko se je na Gorenjskem na ravni vodenja odzvalo 39 % vprašanih, na ravni izvajanja pa 26 %.

Preglednica 1. *Odzivnost na vseh treh ravneh, na dveh področjih.*

Table 1. *Response rate at the three levels, in two regions.*

	Raven odločanja / Decision-makers Št. / No. %	Raven vodenja / Health care managers Št. / No. %	Raven izvajanja / Practising family physicians Št. / No. %
	11 65		
Ljubljana		9 64	63 49
Gorenjska		5 39	18 26
skupaj	11 65	14 52	81 41

3.2 Raven odločanja

Slaba odzivnost, odgovori na odprta vprašanja vprašalnika za raven odločanja, predvsem pa izraženi pogledi in mnenja sodelujočih na sestanku z raziskovalcem Inštituta NIVEL so pokazali, da kakovost osnovnega zdravstva med odločujočimi dejavniki zdravstvene politike v Sloveniji ni aktualna tema in da na tem področju manjka vodstvenih kadrov.

Odgovori sodelujočih kažejo, da formalni mehanizmi kontrole v osnovnem zdravstvu pri nas sicer delujejo: Ministrstvo za zdravje nadzira izvajanje zakonskih predpisov (upravni nadzor), Zdravniška zbornica Slovenije izvaja strokovni, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pa finančni nadzor, toda nimamo

finančnih spodbud za kakovostno delo, le finančne kazni za nedoseganje programa preventivnih pregledov, prekoračevanje povprečja napotitev, predpisovanje zdravil, ki ni v skladu z navodili ZZS, itn.

Na področju izobraževanja je po mnenju sodelujočih ponudba stalnega strokovnega izpopolnjevanja sicer zelo bogata, a prevladujejo klinične teme, predavatelji so večinoma specialisti, kakovost zdravstvenega varstva pa je le redko tema seminarjev in kongresov. Sedanji sistem obnavljanja licenc po mnenju sodelujočih vodi predvsem zbiranje kreditov, ne pa dejanske potrebe zdravnikov po izpopolnjevanju znanja ali spretnosti na področjih, kjer so šibkejši.

Na področju informatizacije po mnenju sodelujočih v razpravi zdravniki ne uporabljajo dovolj sodobnih

Preglednica 2. *Spol, starost, delovna doba, položaj in sodelavci sodelujočih na ravni vodenja.*Table 2. *Sex, age, years of service, position and the participants' fellow workers at the managerial level.*

	Ljubljana Št. / No. %	Gorenjska Št. / No. %
Moški / Men	4 44	2 40
Ženske / Women	5 56	3 60
Povprečna starost (leta) / Average age (yrs)	56 ($\pm 7,0$)	44 (± 9.1)
Povprečno število let dela v istem zavodu / Average years of service in the same institution	27 ($\pm 6,2$)	13 ($\pm 11,0$)
Položaj / Position		
Generalni direktor / General director	1 11	0 0
Vodja enote / Unit manager	4 44	2 40
Vodja službe / Service manager	3 33	2 40
Ni odgovora / No response	1 11	0 0
Povprečno št. zaposlenih v zavodu / Average no. of employees		
Zdravniki DM / Family physician	176 15 ($\pm 9,2$)	43 8 ($\pm 1,3$)
Medicinske sestre/tehnik / Nurses/technicians	28 ($\pm 13,3$) 79 ($\pm 49,7$)	23 ($\pm 8,0$) 10 ($\pm 2,8$)
Ostalo zdravstv. osebje / Other health care personnel	54 ($\pm 63,4$)	2 ($\pm 0,9$)
Ostali zaposleni / Other employees		

možnosti informatike, delno zaradi neustreznosti v ambulanse nameščenih informacijskih programov (ti služijo predvsem nacionalni zdravstveni in finančni statistiki, ne omogočajo pa obdelave podatkov in analize lastnega dela, izvedenskih programov ali raziskovalnega dela), delno pa zaradi neusklajenosti ponudnikov računalniških programov in posledične nepovezanosti različnih ravni zdravstvenega varstva.

3.3 Raven vodenja

Vzorca direktorjev in vodij služb zdravstvenega varstva odraslih sta se ujemala v spolu, ne pa v starosti udeležencev (Preglednica 2).

Vodilni v javnih zavodih imajo na voljo naslednje dokumente s področja kakovosti: splošne akte, finančni načrt, smernice, letna poročila o izboljševanju kakovosti in seznime prioritete na področju kakovosti.

Preglednica 3. *Razpoložljivi dokumenti na temo kakovosti.*Table 3. *Available documents on quality.*

Regija / Region	splošni akti / General documents %	finančni načrt / Financial plan %	smernice / Guidelines %	letna poročila / Annual reports %	Prioritete / Priorities %	načrti zdravstv. varstva / Health care plans
Ljubljana (N=9)	78	67	44	33	22	44
Gorenjska (N=5)	60	80	60	0	60	60

Preglednica 4. *Razpoložljivi viri za vzpodbujanje kakovosti.*Table 4. *Available sources for quality enhancement.*

Regija / Region	Interni pretok informacij / Internal flow of information %	Dostopnost zunanjih informacij / Access to external information %	Podpora / Support %	Vzpodbude / Initiatives %	Izvršna oblast / Executive branch of power %	Notranji viri / Internal sources %	Notranje sodelovanje / Internal cooperation %	Zunanji viri / External sources %
Ljubljana (N=9)	56	89	100	100	78	67	67	22
Gorenjska (N=5)	20	40	40	100	100	80	60	40

Kot prioritete so sodelujoči vodilni delavci točkovali formalne dejavnosti s področja izboljševanja kakovosti (certifikat kakovosti, nadzor, register kakovosti, kazalci kakovosti, letna poročila), varnosti bolnikov

in izboljševanja dostopnosti: raven vodenja na ljubljanskem področju je navedene dejavnosti ocenila z 48 točkami, na Gorenjskem pa s 53 (od možnih 100) točk.

Preglednica 5. *Koordinacija na področju izboljševanja kakovosti dela v obeh regijah.*Table 5. *Coordination of quality improvement activities in both regions.*

Koordinacija / Coordination	Ljubljana (N=9) Št. / No. %	Gorenjska (N=5) Št. / No. %
Natančno določena / Well-specified	4 44	3 60
Koordinira: / Coordinators: Direktor / Director Multidiscipl.	2 50 1 25	3 100 0 0
Telo / Multidisciplinary body Drugo / Other	1 25	0 0

V Ljubljani so vodilni (nivo vodenja) slabše ocenili možnosti za spodbujanje kakovosti: le 44 % od 9 sodelujočih je bilo zadovoljnih z internim pretokom informacij, 2/3 jih smatra, da nimajo nobenih nagrad in spodbud za dobre delavce. Na Gorenjskem so bili vsi (5) zadovoljni z obstoječim načinom

nagrajevanja dobre prakse, 3 pa so bili zadovoljni tudi s pretokom informacij v zavodu in zunaj njega (Preglednica 4).

Preglednica 5 kaže, kdo usklajuje proces izboljševanja kakovosti v sodelujočih zavodih osnovnega zdravstva.

Preglednica 6. Razpoložljive oblike zunanega nadzora kakovosti v obeh regijah.

Table 6. Available forms of external quality control in both regions.

Oblika / Form	Ljubljana (N=9) %	Gorenjska (N=5) %
Obnavljanje licence zavoda / Institution relicensing	56	100
Obnavljanje licenc zdravnikov, med. sester, tehnikov / Relicensing of doctors, nurses and technicians	67	100
Akreditacija zavoda / Institution accreditation	11	0
Certifikati / Certificates	0	0
Preverjanje znanja / Appraisal	0	40
Primerjalne študije / Comparative studies	0	0

Preglednica 7. Uporabljene oblike notranjega nadzora kakovosti v obeh regijah.

Table 7. Internal quality control measures in both regions.

Oblika / Measure	Ljubljana (N=9) %	Gorenjska (N=5) %
Pregled zdravst. Dokumentacije / Review of scientific documents	44	60
Poročanje / Reporting	33	60
Notranji strokovni nadzor / Internal control	89	60
Aktivnosti za IK / Quality improvement activities	0	60
Nadzor kolegov / Peer review	0	60
Ugotavljanje potreb bolnikov / Identification of patients' needs	11	60
Komisija za kakovost / Quality committee	11	0
Analiza pritožb bolnikov / Analysis of patients' complaints	78	80

IK: izboljševanje kakovosti

V raziskavi sodelujoče delavce na ravni vodenja smo spraševali tudi o zunanjem strokovnem nadzoru kakovosti (Preglednica 6). Oblike zunanjega nadzora kakovosti (licenca ob ustanovitvi zdravstvenega zavoda, licence za delo zdravstvenih delavcev, akreditacija zavoda, certifikat zavoda, preverjanje znanja, primerjave s sorodnimi organizacijami ipd.) so utečena oblika izboljševanja kakovosti na Gorenjskem, v Ljubljani pa bistveno manj.

Notranji nadzor kakovosti dela (pregledovanje zdravstvene dokumentacije, poročila o delu, notranji strokovni nadzor, načrtno izboljševanje kakovosti dela, svetovanje, ugotavljanje zadovoljstva in potreb bolnikov, mnenje sekundarne ravni, odbori za kakovost, sistematična analiza pritožb bolnikov ipd.) sicer poznajo vsi sodelujoči vodilni delavci, načrtne dejavnosti za izboljševanje kakovosti pa so mnogo bolj razvite na Gorenjskem (Preglednica 7).

Preglednica 8. *Uporabljene oblike vodenja v obeh regijah.*

Table 8. *Management tools used in both regions.*

Oblika / Tool	Ljubljana (N=9) %	Gorenjska (N=5) %
Pogovor o delovnih uspehih / Discussing successful performance	33	60
Ugotavljanje zadovoljstva zaposlenih / Employee satisfaction assessment	22	40
Osebni načrt strok. razvoja / Personal development plan	11	40
Učenje zaposlenih o IK / Quality improvement training for employees	44	20

IK: izboljševanje kakovosti

Preglednica 9. *Uporabljene oblike protokolov in smernic.*

Table 9. *Protocols and guidelines used.*

Oblika / Form	Ljubljana (N=9) %	Gorenjska (N=5) %
Posamezne klinične teme / Individual clinical issues	56	60
Uporaba medicinskih pripomočkov / Use of medical supplies	56	60
Napotitve k specialistom / Referrals to specialists	56	60
Napotitve v bolnico / Referrals to hospital	56	0
Pritožni sistem / Patient complaints system	100	80
Informacije za bolnike / Patient information	78	0

Preglednica 10. *Uporabljene oblike normativov in standardov v obeh regijah.*
 Table 10. *Standards and normatives used in both regions.*

Oblika / Form	Ljubljana Št. / No.	%	Gorenjska Št. / No.	%
Čakalne dobe / Waiting lists	9	100	4	80
Triaža/svetovanje / Triage/counselling	6	67	4	80
Dostop do kartotek/ Access to medical records	9	100	4	80
Varovanje podatkov / Data protection	9	100	4	80

Vodilni delavci javnih zavodov obeh regij vodijo zavod oziroma službo in zaposlene strokovnjake, kot kaže Preglednica 8.

Smernice in protokole za vodenje določenih bolezenskih stanj, za predpisovanje zdravil, napotitve k specialistom ali v bolnišnico, za obravnavo pritožb bolnikov, za informiranje bolnikov ipd. uporabljajo na ravni vodenja v zdravstvu bolj pogosto in bolj sistematično v Ljubljani (Preglednica 9).

Na ravni vodenja zdravstvenih zavodov v Ljubljani in na Gorenjskem uporabljajo normative in standarde različno (Preglednica 10).

Vodilne delavce v zdravstvenih zavodih smo spraševali o načrtih za prihodnost. Vprašanja smo razdelili na vprašanja o zdravljenju, vlogi bolnikov oz. prebivalstva in vodenju zaposlenih (Preglednice 11, 12 in 13).

Preglednica 11. *Načrti vodilnih za izboljšave na področju zdravljenja v obeh regijah.*
 Table 11. *Improvement strategies formulated by the management in both regions.*

Oblika / Measures	Ljubljana Št. / No.	%	Gorenjska Št. / No.	%
Izboljševanje znanja in spretnosti / Improving knowledge and skills	9	100	5	100
Uporaba kliničnih smernic / Use of clinical guidelines	9	100	5	100
Akreditacije, nadzori / Accreditation, supervision	8	89	4	80
Izboljševanje med. dokumentacije / Improving medical record system	7	78	5	100
Projekti izboljšanja kakovosti / Quality improvement project	7	78	5	100
Posodabljanje smernic / Guideline updating	7	78	4	80
Uvajanje notranjega nadzora / Introducing internal control	7	78	2	40
Skupine za kakovost / Quality groups	6	67	5	100
Protokoli za sodelovanje s specialisti / Collaboration with specialists - protocols	7	78	1	20
Drugo /Other	6	67	0	0

Preglednica 12. Načrti vodilnih za izboljšave, usmerjene v bolnike, v obeh regijah.

Table 12. Patient-oriented improvement plans prepared by the managements, both regions.

Oblika Measure	Ljubljana Št. / No. %	Gorenjska Št. / No. %
Analiza zadovoljstva bolnikov / Patient satisfaction analysis	7 78	5 100
Izboljšanje zdravstvene vzgoje / Health education improvements	8 89	4 80
Pritegnitev bolnikov k sodelovanju / Encouraging patient participation	7 78	4 80
Izboljševanje pritožnih postopkov / Improving complaint procedures	8 89	2 40
Drugo / Other	2 22	1 20

Preglednica 13. Načrti vodilnih za izboljšave na področju vodenja v obeh regijah.

Table 13. Management improvement strategies prepared by the management in both regions.

Oblika / Measure	Ljubljana Št. %	Gorenjska Št. %
Izboljševanje timskega dela / Improving team work	9 100	5 100
Izboljšanje učinkovitosti / Improving efficiency	9 100	5 100
Izboljšanje motiviranosti / Enhancing motivation	8 89	5 100
Izboljševanje statističnih podatkov / Improving the quality of statistics	7 78	3 60
Pogovor o oceni uspešnosti / Discussing success assessment	7 78	3 60
Okrepiti strokovno izgrajevanje / Enhancing professional development	6 67	2 40
Izboljšati vodenje / Improving management	6 67	2 40
Drugo / Other	1 11	1 20

Vodilni delavci v javnih zavodih so zadovoljni z obstoječim sistemom strokovnega izpopolnjevanja in dograjevanja zdravnikov (vsi v Ljubljani in 3 na Gorenjskem), bistveno manj pa z izpopolnjevanjem medicinskih sester in tehnikov (7 in 2). Vsi v raziskavi sodelujoči delavci na ravni vodenja menijo, da v njihovem zavodu bolnike zdravijo v skladu s strokovnimi navodili, moti pa jih centralizacija odločanja (8 in 5) kot tudi nezaupanje zaposlenih do inovacij in izboljšav (9 in 4). Strinjajo se, da bi za boljše delo rabili več informacij o sodobnem vodenju (8 in 4).

Sodelujoči vodilni delavci od izboljševanja kakovosti pričakujejo zelo veliko (Preglednica 14).

3.4 Raven izvajanja

Strukturi sodelujočih zdravnikov družinske medicine v obeh regijah sta se ujemali v spolu in starosti ter v ravni dosežene strokovne izobrazbe (Preglednica 15).

V neformalne dejavnosti za izboljšanje kakovosti dela je bila v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo vključena več kot polovica sodelujočih, v formalne oblike pa pol manj (Preglednica 16).

Strokovne smernice, ki jih uporabljajo pri svojem delu zdravniki družinske medicine, navaja Preglednica 17.

Povratno informacijo o izvajanju smernic je dobilo le 10 % na ljubljanskem in oziroma 8 % sodelujočih na gorenjskem področju.

Zdravniki družinske medicine, ki so odgovorili na vprašalnik, vidijo možnosti za izboljšanje kakovosti dela na več področjih: klinično delo, komunikacija, timsko delo, organizacija ambulate, nadzor kakovosti dela (Preglednica 18).

Sodelujoči zdravniki družinske medicine od izboljševanja kakovosti pričakujejo manj kot njihovi vodstveni delavci (Preglednica 19).

4 Razpravljanje

Osnovno zdravstvo je pomembno tako za posameznika kot za skupnost in za vlade, saj prevzema vse več odgovornosti: poleg zdravljenja po letu 1980 tudi preventivo, v tem stoletju pa tudi vodenje večine kroničnih bolezni (8-9). Močno, samozavestno osnovno zdravstvo zagotavlja najboljšo kakovost zdravstvenih storitev in najboljše izide za najbolj ekonomičen vložek. Zato bi vlada morala biti zanj neizmerno zainteresirana, da obrzda vrtinčasto naraščanje stroškov zdravstvenega varstva (8). Kljub programom in veliko besedam o pomenu osnovnega zdravstva pa je ta del zdravstvenega sistema še vedno »Pepelka«, za katero se najboljši študenti le redko odločajo.

Preglednica 14. Pričakovanja vodilnih na področju izboljšanja kakovosti v obeh regijah.

Table 14. Expectations of the management concerning quality improvement in both regions.

Oblika / Goals	Ljubljana Št. / No. %	Gorenjska Št. / No. %
Izboljševanje zadovoljstva bolnikov/ Improving patient satisfaction	8 89	5 100
Izboljševanje zadovoljstva zdravstvenih delavcev / Improving health care providers' satisfaction	9 100	5 100
Večji izkoristek in mobilnost kadrov/ More efficient use of personnel	8 89	5 100
Izboljševanje vodenja in kontrole/ Improved management and control	5 56	5 100
Večji ugled zavoda/ Improved standing and reputation of the institution	8 89	5 100
Bolj zadovoljni zunanji sodelavci/ More satisfied outworkers	6 67	4 80
Boljše zdravljenje in boljši izidi/ Better treatment and outcome	9 100	5 100
Drugo / Other	5 56	3 60

Preglednica 15. *Spol, starost, strokovna izobrazba na ravni izvajanja v obeh regijah.*
 Table 15. *Sex, age, educational level of health care providers in both regions.*

	Ljubljana / No.	Gorenjska Št. / No. %
Moški / Men	14	4 22
Ženske / Women	48	72
Specialisti splošne/družinske medicine / General/family medicine specialists	50	72
Povprečna starost (leta) / Average age (yrs)	48,2 (± 0,94)	47,1 (± 1,83)
Povprečna delovna doba / Average years in service	19,7 (± 1,7)	21,1 (± 5,0)
Povprečno št. zaposlenih v Zavodu / Average no. of the institution employees		43 28,7 (± 17,8) 47,6 (± 23,1) 18,3 (± 10,3) 26,1 (± 43,6)
Zdravniki DM / Physicians		
Medicinske sestre/tehniki / Nurses/technicians		
Ostalo zdravstveno osebje / Other health care personnel		
Ostali zaposleni / Other employees		

Tudi odgovori najbolj odgovornih (raven odločanja) za zdravstveni sistem, kot tudi vodstvenih delavcev ljubljanskih in gorenjskih zdravstvenih zavodov (raven vodenja), kažejo, da v osnovnem zdravstvu Slovenije nimamo mehanizmov, ki bi spodbujali kakršnekoli izboljšave na področju kakovosti, kot so analize zadovoljstva bolnikov, analize mnenja bolnikov o kakovosti zdravstvenih storitev, ocenjevanje kakovosti s strani neodvisnih kolegov, izvedencev na področju družinske medicine. Ni nobenih spodbud za dobro delo, kljub temu pa vodstveni delavci izjavljajo, da bi z vzpostavitvijo sistema obvladovanja kakovosti rešili večino problemov osnovnega zdravstva in našega zdravstvenega sistema (7). Menijo, da bi se morali osrediniti na zadovoljstvo zaposlenih, učinkovitost in izide zdravljenja, zadovoljstvo bolnikov, izboljšanje sodelovanja med zaposlenimi in dvigovanje ugleda zavoda. Od večje kakovosti dela pa ne pričakujejo ne prihrankov ne boljšega vodenja. Vodenje zdravstvenih ustanov zahteva posebna znanja, ki jih medicinska

fakulteta ne nudi, zato bo moralo znanje o vodenju v zdravstvu postati pogoj za imenovanje na vodstveno mesto.

Kakovost v osnovnem zdravstvu je za večino razvitih držav še vedno izziv (9), na sekundarni in terciarni ravni so že marsikje pričeli učinkovito uporabljati informacijsko podporo, analizirati zadovoljstvo bolnikov in ustrezno ukrepati, medtem ko na osnovni ravni ni bilo raziskav o finančnih prihrankih in izboljšanju zdravstvenega stanja. Kakovost zahteva dostopnost, enakost in učinkovitost (9), kar se zlasti zrcali v vodenju večine kroničnih bolezni. S staranjem, soobolevnostjo in vse večjo zahtevnostjo in informiranostjo prebivalstva v razvitih družbah se zdravstveno in ekonomsko breme nezadržno zvišuje. Opisanih je veliko poskusov izboljševanja kakovosti v različnih zdravstvenih sistemih (4-9), tako v državah z dovolj sredstvi, raziskavami na osnovni ravni, izkušnjami z izboljševanjem kakovosti v zdravstvu kot v onih z malo izkušnjami in še manj sredstvi za

Preglednica 16. *Delež v aktivnostih za izboljšanje kakovosti sodelujočih zdravnikov družinske medicine.*
 Table 16. *The proportion of quality improvement measures taken by the participating family physicians.*

Aktivnost / Activities	Ljubljana (N=63) Št. / No. %	Gorenjska (N=18) Št. / No. %
Posvet s kolegom / Peer consultation	57 90	17 94
Branje strokovne literature vsaj 2x mesečno / Reading professional literature (min.twice/month)	60 95	14 78
Izboljšave organizacije ambulate / Improvement of outpatient clinic organisation	55 87	15 83
Izboljšave kliničnega dela / Improvement of clinical work	48 76	10 56
Branje strokovnih vsebin na spletu vsaj 2x mesečno / Reading online professional literature (min.twice /month)	45 71	11 61
Raziskovalno delo / Research	27 43	8 44
Stalno strok. izobraževanje vsaj 2x letno / Continuing education (min.twice/year)	57 90	17 94
Smernice za timsko delo / Team work guidelines	38 60	10 56
Analiza zadovoljstva bolnikov / Patient satisfaction analysis	36 57	7 39
Redno analiziranje primerov s kolegi / Regular case analysis in collaboration with colleagues	21 33	10 56
Zunanji strok. nadzor / External control	14 22	6 33
Razvijanje kliničnih protokolov / Development of clinical protocols	12 19	3 17
Razvijanje kliničnih smernic / Development of clinical guidelines	10 16	3 17
Redni sestanki z analizo kakovosti dela / Regular meetings to analyze performance quality	13 21	2 11
Kontrola zdravstvene dokumentacije / Control of medical records	5 8	4 22
Interni strok. nadzor / Internal control	10 16	2 11
Redna uporaba strokovnih smernic / Consistent use of professional guidelines	51 81	12 67

Preglednica 17. *Strokovne smernice, ki jih redno uporabljajo zdravniki družinske medicine obeh regij.*
 Table 17. *Professional guidelines used by family physicians in both regions.*

Vrsta smernic / Guideline type	Ljubljana (N=51) Št. / No. %	Gorenjska (N=12) Št. / No. %
Izdalo Ministrstvo za zdravje / Issued by the Ministry of Health	14 57	58
Smernica zdravstvenega zavoda / Guidelines of the health care institution	10 20	17
Smernica stroke/ Professional guidelines	29 57	50
Tuje smernice / Foreign guidelines	34 67	75
Pisna oblika / Written	40 78	83
Informacija / Information	29 57	50
Posebno izobraževanje / Special training	25 49	17
Izobraževanje v sklopu rednega strok. dograjevanja / Education as an integral part of regular professional training	32 69	67

zdravstveno varstvo (10). Prav v slednjih je uvajanje sistema obvladovanja kakovosti po meri države še večji izziv. Za kakovost na področju osnovnega zdravstva so poleg izvajalcev odgovorni tudi Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in stroka. Vsi bi morali tudi dejavno sodelovati v tem procesu, raziskava pa je pokazala, da med njimi ni dejanskega sodelovanja in zaupanja. To je morda posledica tranzicijskega obdobja - izvajalci so zdaj v defenzivnem položaju zaradi vse večjega vpliva plačnika, posredno pa tudi uporabnikov zdravstvenih storitev. Plačnika – ZZZS – kakovost sicer zanima, a doslej predvsem na področju predpisovanja zdravil in beleženju napotitev. V prihodnosti pa obljublajo tudi spodbude za kakovostno delo zdravnikov in vodij dejavnosti.

V veliko državah primanjkuje zdravnikov prvega stika, saj to delo zahteva vztrajnost, doživljenjsko dostopnost, najbolj kakovostno delo, urejeno in trdno osnovno zdravstvo, dobro sodelovanje z ostalimi

ravnmi (11). Naši zdravniki družinske medicine so preveč obremenjeni, da bi jim kakovost predstavljala prednostno nalogo. Večina jih tudi ni dovolj seznanjena s procesom obvladovanja kakovosti, vodenje na tem področju je še zelo pomanjkljivo, spodbud sploh ne poznajo, sedanja infrastruktura pa nikakor ne omogoča dejanskega izboljšanja kakovosti dela: zakonodaja je počasna, nacionalnega inštituta za kakovost kljub vsem prizadevanjem družinske medicine še nimamo, informatizacija osnovnega zdravstva je na ravni začetkov informatike.

V Sloveniji razlog za stagnacijo na področju kakovosti zadnjih 15 let prav gotovo ni nevednost, saj je kar nekaj raziskav dobobra osvetlilo področje kakovosti in osnovnega zdravstva: npr. projekt Svetovne banke leta 2004, raziskava Potrebe slovenskega osnovnega zdravstva (2001) in številne učne delavnice (4, 5, 11, 12). Poročilo prvega projekta navaja, da je bilo leta 1990 slovensko osnovno zdravstvo v primerjavi z drugimi državami v tranziciji veliko bolj razvito, žal pa je tudi 18 let kasneje na isti ravni.

Preglednica 18. *Možnosti za izboljšanje kakovosti dela.*Table 18. *Quality improvement is possible in the following areas.*

Področje dela / Area	Ljubljana (N=63) Št. / No. %	Gorenjska (N=18) Št. / No. %
Diagnostika / Diagnosis	51 81	15 83
Predpisovanje zdravil / Drug prescribing	39 62	15 83
Vodenje depresije / Depression management	41 65	14 78
Vodenje arterijske hipertenzije / Arterial hypertension management	39 62	14 78
Vodenje bronhialne astme / Bronchial asthma management	39 62	12 67
Mala kirurgija / Minor surgical procedures	24 38	14 78
Starostniki / Elderly	23 37	9 50
Vodenje nosečnosti / Pregnancy management	11 17	5 28
Otroci / Children	8 13	1 6
Vključevanje bolnikov v zdravljenje / Including patients in the treatment process	35 56	17 94
Zdravstvena vzgoja, svetovanje / Health education, counselling	36 57	16 89
Komunikacija z bolniki / Communication with patients	37 59	13 72
Vodenje kartoteke / Medical records maintenance	39 62	11 61
Timsko delo / Team work	48 76	14 78
Sodelovanje s specialisti / Cooperation and collaboration with specialists	47 75	13 72
Napotitve / Referrals	38 60	13 72
Delovni čas / Working hours	30 48	10 56
Dostopnost ambulate / Outpatient clinic accessibility	9 14	5 28
Znanje, veščine / Knowledge, skills	53 84	16 89
Vzpodbude za dobro delo / Initiatives for good work	53 84	16 89
Več sredstev za izobraževanje / More funds for education	49 78	15 83
Posodabljanje smernic / Updating guidelines	49 78	16 89
Uvajanje smernic / Introducing guidelines	51 81	15 83
Projekti kakovosti / Quality projects	48 76	14 78
Krožki kakovosti / Quality circles	45 71	12 67
Interni strokovni nadzor / Internal control	38 60	11 61
Smernice za timsko delo / Team work guidelines	37 59	11 61
Zunanji strokovni nadzor / External control	16 25	13 17
Analiza zadovoljstva bolnikov / Patient satisfaction analysis	31 49	9 50
Pritožbeni postopek / Complaints procedure	21 33	2 11

Preglednica 19. *Pričakovanja zdravnikov družinske medicine na področju izboljšanja kakovosti v obeh regijah.*

Table 19. *Expectations of family doctors concerning quality improvement in both areas.*

Oblika Measures	Ljubljana (N=63) Št. %	Gorenjska (N=18) Št. %
Izboljševanje zadovoljstva bolnikov / Improving patient satisfaction	34 54	10 56
Izboljševanje zadovoljstva zaposlenih / Improving employees' satisfaction	47 75	13 72
Večja delovna obremenitev / Increased workload	28 44	13 72
Več administracije / More administrative tasks	38 61	7 37
Večja strokovna svoboda / Greater degree of professional freedom	22 35	1 6
Večji ugled zavoda / Improved institution's reputation	36 57	11 61
Boljše zdravljenje in boljši izidi / Better treatment and outcomes	49 78	12 67
Večji stroški / Higher costs	29 46	9 50

Danes postaja vključevanje bolnikov ena ključnih zahtev sodobnega pojmovanja kakovosti zdravstvenega varstva; bolnike je potrebno seznaniti tako s pravicami kot z dolžnostmi. V stroko je potrebno (11) vnesti izvedenska mnenja »modrecev« na področju družinske medicine oz. ostalih vej osnovnega zdravstva – vplesti jih bo treba tako v obiske ambulant kot v nadzor in svetovanja.

Slabosti raziskave

Glavna omejitev raziskave je slaba odzivnost, kar pa pravzaprav zrcali stanje na področju zagotavljanja kakovosti osnovnega zdravstva pri nas. Kakovost še vedno ni ena od prednostnih nalog snovalcev zdravstvene politike, pa tudi ne izvajalcev in njihovih vodstev.

Druga slabost je izbira vzorca, ki je morda vplivala na rezultate, saj sta omenjeni dve območji najbolj razviti del republike.

Tretja slabost je bil obseg vprašalnikov, ki smo jih v raziskavi preizkušali (7). Rezultati so dali pobudniku

raziskave, Svetovni zdravstveni organizaciji, dobro osnovo za izboljšavo orodja.

Prednosti raziskave

Naša raziskava je zajela vsa tri področja, ki vplivajo na zagotavljanje kakovosti v zdravstvu: vladne in nevladne organizacije na področju odločanja, vse vodilne strukture v javnem osnovnem zdravstvu izbranih dveh področij ter vse dejavne izvajalce zdravstvenega varstva- zaposlene in zasebne zdravnike družinske medicine.

Raziskava podaja validne deskriptivne informacije o planiranju, izvajanju in izboljševanju kakovosti zdravstvenega varstva, ki bodo lahko dobra podlaga tako stroki kot načrtovalcem razvoja družinske medicine v Sloveniji.

Zahvala

Zahvaljujemo se Svetovni zdravstveni organizaciji, sedež za Evropo, Inštitutu Nivel iz Utrechta ter Marijanu Ivanuši, vodji pisarne Svetovne zdravstvene organizacije za Slovenijo. Zahvala gre tudi vsem

sodelujočim: Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, predvsem prim. Janezu Remškarju dr.med. in Metki Teržan, dr.med., Zdravniški zbornici Slovenije, Slovenskemu zdravniškemu društvu – Združenju zdravnikov družinske medicine, Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in še posebej predstojniku prof.dr. Igorju Švabu, varuhinji človekovih pravic Republike Slovenije, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in gospodu Borisu Krambergerju, direktorjema Zdravstvenega doma Ljubljana in Osnovnega zdravstva Gorenjske, vsem vodjem služb za zdravstveno varstvo odraslih Zdravstvenega doma Ljubljana in Osnovnega zdravstva Gorenjske, vsem zdravnikom družinske medicine iz Ljubljane in Gorenjske, ki so sodelovali v raziskavi, ter gospe Ani Artnak za administrativno pomoč.

Posebej se zahvaljujemo tudi Dionne S. Kringos in Marieke Verschuuren, ki sta poleg avtorjev članka obdelali podatke in pripravili poročilo, Nataliji Olesen za administrativno pomoč in Pimu de Graafu in Dominique Egger za koristne nasvete. Hvala tudi vsem udeležencem pripravljalnega sestanka in zaključnega sestanka na sedežu Svetovne zdravstvene organizacije junija 2007 ter aprila 2008.

Raziskavo sta financirala Urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo in Zdravniška zbornica Slovenije.

Literatura

1. Olesen F, J Dickinson, P Hjortdahl. General practice – time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-7.
2. Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, van der Eijk I, Boerma WG. What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 16.
3. Bulc M. Quality in general practice. GP 2000- Protagonists of the Millennium. *UEMO Reference Book 2000/2001*: 7th Edition.
4. Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *European GP Task Profile Study*. *Br J Gen Pract* 1997; 47(421): 481-6.
5. 4th meeting of the expert network on family practice development strategies. Zagreb: Report on WHO meeting, 1998.
6. Evans PH, D P Gray. Three dimensional care? *Eur J of GP* 1999; 5: 135-6.
7. Boerma W, Kringos DS, Verschuuren M, Pellny M. Primary care quality management in Slovenia. *World Health Organisation* 2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
8. Furler J et al. Leaders, leadership and future primary care clinical research. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 52.
9. Samoutis GA, Soteriades SE, Stoffers HE, Zachariadou T, Philalithis A, Lionis C. Designing a multifaceted quality improvement intervention in primary care in a country where general practice is seeking recognition: the case of Cyprus. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 181.
10. Bowman RC. Measuring primary care: the standard primary care year. *Rural and Remote Health* 8 (online), 2008: 1009.
11. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998.
12. Kersnik J. Developing national policy on quality in health care in Slovenia: implications for general practice. *Audit trends* 1996; (4) 4: 151-4.

PREVALENCE OF ABDOMINAL OBESITY IN SLOVENE PRIMARY HEALTH CARE ATTENDEES – THE IDEA STUDY

PREVALENCA ABDOMINALNE DEBELOSTI PRI PACIENTIH NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENE OSKRBE V SLOVENIJI – RAZISKAVA IDEA

Janez Rifel¹, Igor Švab¹

(for the IDEA national co-ordinators and participating physicians)

Prispelo: 10. 7. 2008 - Sprejeto: 8. 11. 2008

Original scientific article
UDC 613.25

Abstract

Background: Obesity is well recognized as a major risk factor for coronary heart disease, vascular mortality, diabetes and metabolic syndrome. However, evidence is accumulating that abdominal obesity is a stronger predictor for these disorders than generalized obesity, defined by elevated body mass index. Reliable estimates of the worldwide prevalence of abdominal obesity are needed to quantify the associated health risk.

Methods: The International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA) study is a large, international, epidemiological cross-sectional study designed to provide reliable data on the distribution of waist circumference according to region, gender, age and socio-economic background. Any non-pregnant patient aged 18-80 years who consulted one of the randomly selected primary care physicians on two pre-defined half days was eligible to participate in the study.

Results: In Slovenia, 1536 patients were enrolled in the study. The prevalence of abdominal obesity in Slovene primary health care (PHC) attendees was 33.5% for men and 50.0% for women. The prevalence of abdominal obesity is increasing with age and declining with higher level of education. Abdominal obesity is highly prevalent among unemployed women and former smokers. The prevalence of abdominal obesity is higher among patients with cardiovascular risk factors, including hypertension and type 2 diabetes, and among post-menopausal women, especially among those receiving no hormone replacement therapy.

Conclusion: Waist circumference is easy to measure and may serve as a single measure to assess the need for weight loss.

Key words: abdominal obesity, prevalence, primary health care

Izvirni znanstveni članek
UDK 613.25

Izvleček

Namen dela: Debelost velja za enega glavnih dejavnikov tveganja za koronarno srčno bolezen, sladkorno bolezen, žilne bolezni in metabolični sindrom. Vedno več je dokazov, da je abdominalna debelost močnejši napovedni dejavnik kot splošna debelost, ki se opredeljuje s povišanim indeksom telesne mase. Za kvantifikacijo zdravstvenega tveganja, povezanega z abdominalno debelostjo, so potrebne zanesljive globalne ocene prevalence abdominalne debelosti.

Metode: Raziskava IDEA oziroma mednarodni dan za oceno abdominalne debelosti je velikanska mednarodna epidemiološka presečna raziskava, ki je prinesla zanesljive podatke o porazdeljenosti obsega pasu glede na regijo, spol, starost in socialno ekonomske sloje po vsem svetu. Vsi bolniki, ki so bili stari med 18 in 80 leti, ženske pa niso bile noseče, ter so se oglasili pri naključno izbranem zdravniku na primarni ravni zdravstvene oskrbe v vnaprej določenih dveh polovicah dveh dnevov, so se lahko priključili raziskavi.

¹Department of Family Medicine, Medical Faculty of Ljubljana, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Correspondence to: e-mail: janez.rifel@gmail.com

Rezultati: V Sloveniji je v raziskavi sodelovalo 1536 ljudi. Prevalenca abdominalne debelosti med slovenskimi bolniki na primarni ravni zdravstvene oskrbe je bila 33,5 % pri moških in 50 % pri ženskah. Prevalenca abdominalne debelosti narašča s starostjo bolnikov in se zmanjšuje z višanjem njihove dosežene izobrazbe. Abdominalna debelost ima visoko prevalenco med nezaposlenimi ženskami in bivšimi kadilci. Abdominalna debelost je pogostejša med bolniki s srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo in z visokim tlakom. Prevalenca abdominalne debelosti je višja med ženskami po menopavzi, še posebej med tistimi, ki ne prejemajo nadomestnega hormonskega zdravljenja.

Zaključek: Merjenje obsega pasu je enostavna metoda, ki bi lahko pomagala pri oceni nujnosti zmanjšanja telesne teže.

Ključne besede: abdominalna debelost, prevalenca, primarna raven zdravstvene oskrbe

Introduction

Sedentary lifestyles and energy-rich diets are driving an increasing prevalence of abdominal obesity, which is associated with an increased risk for cardiovascular disease (CVD). The beneficial impact on cardiovascular morbidity and mortality of favourable trends in population control of classic risk factors, such as smoking, hypercholesterolemia, and hypertension, may be reversed by the current epidemic of obesity (1). There is increasing evidence suggesting that abdominal obesity characterized by intra-abdominal adiposity and high waist circumference is even a stronger predictor of major coronary events, vascular mortality, diabetes, and metabolic syndrome than generalized obesity (defined by elevated body mass index - BMI) (2-4). Waist-hip ratio and waist circumference are independent risk factors for coronary heart disease also in women (5).

Abdominal obesity has become an increasingly topical health issue worldwide. Reliable estimates of abdominal obesity prevalence, especially in primary health care (PHC) settings, are available only for few countries.

Abdominal obesity is highly prevalent in western populations and is still increasing. Trends towards urbanization of the developing world are driving increased obesity rates also in these countries. The prevalence of abdominal obesity (waist circumference in men > 102 cm and waist circumference in women > 88 cm) in the U.S.A. and several European countries is presented in Table 1.

Even higher rates of abdominal obesity were found in PHC populations. In the DETECT study including 55 518 German PHC attendees, the prevalence rate of abdominal obesity was 43% for men and 53% for women (waist circumference: men > 102 cm; women > 88 cm) (11).

Table 1. *Percent prevalence of abdominal adiposity (waist circumference : men > 102 cm; women > 88 cm) in different countries (6-10).*

Country / region	Percent prevalence of abdominal adiposity	
	Men (> 102 cm)	Women (> 88 cm)
USA (1999-2000)	36	52
USA (1988-1994)	30	46
Greenland	16	58
Denmark	8	18
Belgium	21	24
France	8	13
Spain	23	65
Turkey	18	39

A large-scale epidemiological cross-sectional study on risk factors for noncommunicable diseases was designed and conducted in Slovenia in 2001(12). Self-report questionnaires were sent to more than 9000 study participants. From the self-report data on height and weight provided by the respondents, BMI-defined obesity prevalence rates were calculated: 39.6% of the participants had a BMI of 25.0 – 29.9 (women 30.9%; men 50%), 15.0% had BMI $\geq$ 30.0 (women 13.8%; men 16.5%). Data on waist circumference were not collected.

The International Day for Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA) study was carried out to provide global and region-specific estimates of the prevalence of abdominal obesity in PHC populations. The IDEA study used consistently the applied methods and criteria in order to get reliable data. Slovenia was one of the 63 countries participating in the IDEA study.

The primary objective of the study was to determine the prevalence of abdominal obesity in an unselected population of consecutive patients who consulted a randomly selected sample of primary care physicians on two pre-specified half-days. The secondary objectives were to estimate the prevalence of cardiovascular risk factors and to determine the association between these risk factors and abdominal obesity.

Methods

The design of the IDEA study is more thoroughly presented elsewhere (2). The steering committee of international experts in cardiovascular and metabolic care overseeing the study had the following responsibilities: designing the data collection form, designing appropriate methodology to ensure a representative sample of primary care physicians and their patients, formulating operational guidelines for communication with physicians and patients, and assessing data quality. National coordinators who administered the study in individual countries were responsible for interaction with individual physicians. In order to ensure recruitment of a representative patient sample, a random sample of primary care physicians from all geographic areas in each participating country was recruited. In most countries, an exhaustive list of all actively practicing primary care physicians was compiled. In most countries, including Slovenia, randomization of physicians was conducted by experienced specialist commercial research organization. A sample size of > 1100 patients per country enabled the frequency

of abdominal obesity to be estimated to within 3% with 95% confidence.

All patients aged 18 to 80 years who consulted their primary care physician on the pre-specified two half-days of 25 and 26 May 2005 were asked to give informed consent to participate in the study, irrespective of the reason for consultation. Women with known pregnancy were excluded. Waist circumference and body height and weight were determined and demographic data, including gender, year of birth, educational level and profession were recorded. Smoking status, the presence/absence of known CVD (coronary heart disease, stroke or revascularization) and known diabetes mellitus (type 1 or type 2) were also recorded. Women were asked if they were post-menopausal and if so whether they were on hormone replacement therapy. A standardized data collection form was used.

All statistical analyses used SAS statistical software (version 8.2)

Results

Of the total number of 6 407 participating physicians and 177 345 PHC attendees, in Slovenia 50 physicians of the 165 contacted and 1536 attendees accepted to participate. Only 19 patients declined to take part in the study. In total, data for 509 patients were analysed. Subjects with missing key data (i.e. age, gender, height, weight and waist circumference) were excluded from further analysis. We analyzed data for 665 men and 844 women, of whom 267 rural practice and 1242 urban practice attendees. Their mean age was 49.7 years.

The mean BMI was 27.7 kg/m² for men and 27.6 kg/m² for women.

Overall, 35.6% of patients had a BMI of 25.0 - 29.9 and 29.6% of >30.0.

The mean waist circumference was 97.4 cm for men and 89.5 cm for women. The prevalence of abdominal obesity for men and women was 33.5% and 50.0% respectively (NCEP/ATP III* criteria for abdominal obesity) (13).

The prevalence of abdominal obesity by age groups is shown in Table 2. The prevalence of abdominal obesity is increasing with age, with the exception of somewhat lower figures for men older than 70 years.

Table 3 indicates abdominal obesity prevalence rates by educational level. In general the prevalence of abdominal obesity is decreasing with higher educational level, especially for a combination if

university and post-graduate levels. Note that the number of patients with post-graduate education level is relatively small.

Differences between prevalence rates of abdominal obesity according to profession are presented in

Table 4. Abdominal obesity is mostly prevalent among retired patients. Note the small number of patients incapacitated for work.

* National Cholesterol Education Program/Adult Treatment Panel III

Table 2. *Percent prevalence of abdominal obesity by age groups (%) (waist circumference: men > 102 cm; women > 88 cm).*

Age groups	<30 (n=166)	30-40 (n=238)	40-50 (n=335)	50-60 (n=360)	60-70 (n=236)	>70 (n=174)	Overall (n=1 509)	p (Chi-square)
Male	11.2	22.5	31.3	44.0	44.9	43.1	33.5	<0.0001
Female	20.8	31.5	37.8	58.3	69.6	75.2	50.0	<0.0001
Overall	15.7	27.3	35.2	51.7	59.3	63.2	42.7	

Table 3. *Percent prevalence of abdominal obesity by educational level (%) (waist circumference: men > 102 cm; women > 88 cm).*

Level of education	Less than high school (n=703)	High school (n=616)	College, university (n=172)	Post-graduate (n=12)	Overall (n=1 503)	p
Male	39.7	31.4	19.4	0 (0 out of 4)	33.6	Fisher exact test p=0.0019
Female	64.5	40.5	23.0	37.5 (3 out of 8)	50.0	Fisher exact test p<0.0001
Overall	54.1	36.2	21.5	25	42.8	Chi-square p<0.0001

Table 4. *Percent prevalence of abdominal obesity by profession (%) (waist circumference: men > 102 cm; women > 88 cm).*

Profession	Employed (n=800)	Unemployed (n=182)	Retired (n=486)	Incapacitated for work (n=19)	Overall (n=1 487)	p
Male	27.2	29.2	47.3	37.5	33.2	Fisher exact test p<0.0001
Female	36.0	51.3	67.7	54.5	49.8	Chi-square p<0.0001
Overall	31.6	43.4	59.9	47.4	42.5	Chi-square p<0.0001

Very interesting are the differences between groups of smokers, non-smokers and former smokers, who quitted smoking more than 12 months before. The highest prevalence of abdominal obesity was found among former smokers and the lowest among current smokers. Those differences are significant for the male group but not for the female group. Interestingly, there is hardly any difference in the prevalence of abdominal obesity between current male smokers and never-smokers. The prevalence rates are presented in Table 5.

Table 6 shows abdominal obesity prevalence rates by menopausal status. Higher prevalence of abdominal

obesity was established in post-menopausal women (n=392; 64.3%), particularly in those receiving no hormone replacement therapy.

Table 7 indicates abdominal obesity prevalence rates according to the area of physician's practice (rural/urban). There were no significant differences in prevalence rates by the area of practice.

Table 8 shows abdominal obesity prevalence rates by the presence of different diseases and disorders, including CVD, hypertension and diabetes. In all four groups, the prevalence of abdominal obesity was significantly higher in patients with a disease or disorder, and lower in subjects without them.

Table 5. *Percent prevalence of abdominal obesity by smoking status (%) (waist circumference: men > 102 cm ; women > 88 cm). Former smoker is a person not smoking for at least 12 months. Absolute frequencies are in parentheses.*

Smoking status	Never (n=806)	Former (n=344)	Current (n=348)	Overall (n=1 498)	p Chi-square test
Male	28.7 (75)	44.3 (94)	28.5 (53)	33.7 (222)	<0.001
Female	49.5 (270)	56.8 (75)	45.1 (73)	49.8 (418)	p=0.13
Overall	42.8 (345)	49.1 (169)	36.2 (126)	42.7 (640)	<0.01

Table 6. *Percent prevalence of female abdominal obesity by menopausal status (%) (waist circumference: > 88 cm).*

Menopausal status	Non postmenopausal (n=385)	Postmenopausal		Overall (n=777)	p Chi-square test
		No hormone replacement therapy (n=353)	Hormone replacement therapy (n=39)		
Female	32.5	66	48.7	48.5	<0.0001

Table 7. *Percent prevalence of abdominal obesity according to the area of physician's practice (rural /urban) (waist circumference: men > 102 cm ; women > 88 cm).*

Area of physician's practice	Rural (n=267)	Urban (n=1242)	Overall (n=1 509)	p Chi-square test
Male	37.0	32.8	33.5	p=0.38
Female	53.4	49.3	50.0	p=0.37
Overall	46.1	42.0	42.7	p=0.23

Table 8. *Percent prevalence of abdominal obesity by the presence of CVD, hypertension and diabetes (waist circumference: men > 102 cm; women > 88 cm).*

Chronic diseases	Men		Women		Overall	
	With disease	Without disease	With disease	Without disease	With disease	Without disease
CVD (n=1 506)	50.6	31.1	79.8	46.7	65.6	39.9
Hypertension (n=1 506)	51.7	21.3	70.7	36.8	62.2	30.0
Diabetes (n=1 506)	53.6	30.0	73.7	47.7	62.4	40.1

Discussion

The prevalence of abdominal obesity in the sample of Slovene PHC attendees was 33.5% for men and 50.0% for women. The figures are slightly lower than those for the US general population. Similarly, the prevalence of abdominal obesity in German female PHC attendees is very close to the Slovene figures, whilst the male prevalence is by 10% higher.

Not surprisingly, the prevalence of abdominal obesity is increasing with age and declining with higher educational level. The highest obesity prevalence rates found in retired patients are not very informative given the older age of the retirees compared to working patients. More striking is the difference between employed and unemployed patients, especially women. But even here we can speculate that unemployed women are likely to be older than employed ones. Yet, the effects of unemployment are clearly more prominent for women than for men.

Gender differences are also reflected in the prevalence rates of abdominal obesity according to the smoking status. In men, no substantial differences were found in the abdominal obesity prevalence between current smokers and never-smokers. The prevalence of abdominal obesity, however, is very high among former smokers. Mean weight gain at one year after cessation of smoking is approx. 4 kg for male and 3.5 kg for female former smokers (14).

There were no significant differences in the prevalence of obesity between patients coming from rural areas compared to those from urban areas. This observation is a little surprising considering that women from rural areas had significantly higher weight and BMI than women living in urban areas.

No significant differences in waist circumference were found between the two female populations. It should be pointed out, however, that the number of rural residents included in the study was low. Recruiting more patients from rural areas would probably clarify the differences.

Abdominal obesity is more prevalent among patients with cardiovascular risk factors (hypertension, diabetes) and patients with a history of cardiovascular event.

In a large epidemiological cross-sectional study on risk factors for noncommunicable diseases conducted in Slovenia in 2001, the estimated prevalence rates of hypertension, type 2 diabetes and CVD were 18.8%, 4.3% and 6.4% respectively. (12) In the IDEA study, the prevalence rates of hypertension, type 2 diabetes and CVD in Slovenia were 39.4%, 11.5% and 10.8% respectively.

In the IDEA study, the prevalence of abdominal obesity in the Slovene population is very close to the rate for Eastern Europe (men: 33.3%; women: 51.9%) It differs from the figures for North-Western Europe (men:33.3% ; women:45.4%) and even more from prevalence rates in Southern Europe (men;38.0%;women:55.2%) (14,15). The IDEA study showed that the Eastern Europe prevalence rates of type 2 diabetes and CVD were 12.4% for men and 10.7% for women, and 31.1% for men and 27.4% for women, respectively (14,15).

The IDEA results show that the prevalence rates of abdominal obesity and type 2 diabetes in Slovenia are closest to those for Eastern Europe. Yet, there are striking differences between the two as concerns the prevalence of CVD. In Slovenia it is much lower than in Eastern Europe, and even lower than in

North-Western and Southern Europe. We can only speculate on the causes of low CVD prevalence in Slovenia showed by the IDEA study.

It is difficult to compare the IDEA study results of BMI distribution and the Slovene data for 2001 because of essential differences in the design of the studies. In the 2001 study, the participants were recruited from the general population and they provided self-report data on their height, weight and presence of certain medical disorders, such as coronary heart disease, type 2 diabetes and hypertension. It is interesting to note, however, that the proportion of PHC patients with BMI > 30.0 was twice as high in the 2005 IDEA study than in the general population cross-sectional study conducted in Slovenia in 2001. There were more than twice as many patients with type 2 diabetes, and nearly twice as many CVD patients in the IDEA study.

A random selection of primary care physicians is a major strength of the study. Also, the participants' response rate was very high. On the other hand, low physician participation rate may have affected the reported frequencies and associations.

Conclusion

Although waist-hip ratio and waist circumference are imperfect proxies for visceral adipose tissue accumulation, these measures are relatively easy to obtain, and appear to provide clinically useful information on one's risk for CVD. Waist circumference is easy to measure and as it reflects both total adiposity and central fat deposition it has been advocated as a single measure to assess the need for weight loss. Routine measurement of waist circumference provides a clinical marker for risk of CVD and diabetes mellitus. The rise in adiposity worldwide is likely to contribute to major increases in morbidity and mortality from diabetes mellitus and CVD unless it is adequately addressed by public health programmes.

Acknowledgement

The IDEA study was funded by the grant from Sanofi-Aventis.

Literatura

1. Balkau B, Deanfield JE, Després JP, Bassand JP, Fox KA, Smith SC Jr, Barter P, Tan CE, Van Gaal L, Wittchen HU, Massien C, Haffner SM. International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): a study of waist circumference, cardiovascular disease, and diabetes mellitus in 168,000 primary care patients in 63 countries. *Circulation* 2007; 116: 1942-51.
2. Wittchen HU, Balkau B, Massien C, Richard A, Haffner S, Després JP on behalf of the IDEA Steering Committee. International Day for the Evaluation of Abdominal obesity: rationale and design of a primary care study on the prevalence of abdominal obesity and associated factors in 63 countries. *Eur Heart J Suppl* 2006; 8: B26-B33.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
4. Waist circumference and body mass index are both independently associated with cardiovascular disease. The International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA) survey. S Haffner on behalf of the IDEA Steering Committee: 55th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology (ACC), Atlanta, Georgia, USA, 11-14 March 2006, Abstr. 842-6- JACC, 2006, 47(4), (Supplement A), p. 358-A.
5. Rexrode KM, Carey VJ, Hennekens CH, Walters EE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE. Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. *JAMA* 1998; 280: 1843-8.
6. Jorgensen ME, Glumer C, Bjerregaard P, Gyntelberg F, Jorgensen T, Borch-Johnsen K; Greenland Population Study. Obesity and central fat pattern among Greenland Inuit and a general population of Denmark (Inter99): relationship to metabolic risk factors. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 12: 1507-15.
7. Moreau M, Valente F, Mak R, Pelfrene E, de Smet P, De Backer G, Kornitzer M. Obesity, body fat distribution and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 4: 574-82.
8. Balkau B, Vernay M, Mhamdi L, Novak M, Arondel D, Vol S, Tichet J, Eschwege E; D.E.S.I.R. Study Group. The incidence and persistence of the NCEP (National Cholesterol Education Program) metabolic syndrome. The French D.E.S.I.R. study. *Diabetes Metab* 2003; 29: 526-32.
9. Lorenzo C, Serrano-Rios M, Martinez-Larrad MT, Gabriel R, Williams K, Gomez-Gerique JA, Stern MP, Haffner SM. Central adiposity determines prevalence differences of the metabolic syndrome. *Obes Res*. 2003; 11: 1480-7.
10. Erem C, Arslan C, Hacıhasanoglu A, Deger O, Topbas M, Ukinc K, Ersoz HO, Telatar M. Prevalence of obesity and associated risk factors in a Turkish population (trabzon city, Turkey). *Obes Res*. 2004; 12: 1117-27.
11. Wittchen HU, Glaesmer H, Marz W, Stalla G, Lehnert H, Zeiher AM, Silber S, Koch U, Bohler S, Pittrow D, Ruf G; DETECT-Study Group. Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates--the DETECT program. *Curr Med Res Opin*. 2005; 21: 619-30.
12. Zaletel Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik J, eds.: Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Univerza v Ljubljani, Medicinska Fakulteta, katedra za Javno zdravje, Ljubljana, 2004, p. 572.
13. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.

14. Fossati R, Apolone G, Negri E, Compagnoni A, La Vecchia C, Mangano S, Clivio L, Garattini S; for the General Practice Tobacco Cessation Investigators Group. A double-blind, placebo-controlled, randomized trial of bupropion for smoking cessation in primary care. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 1791-7.
15. Fox KA, Despres J-P, Haffner S, Balkau B on behalf of the IDEA study group. Waist circumference and cardiovascular disease in European primary care patients: the IDEA study. P3968, ESC 2006.
16. Després J-P, Haffner S, Balkau B on behalf of the IDEA Study Group. Waist circumference and diabetes prevalence in European primary care patients: the IDEA study. Abstract 0389, EASD 2006.

EKONOMSKI IMIGRANTI V SLOVENIJI IN NJIHOVA STALIŠČA O BOLEZNIH - KVALITATIVNA RAZISKAVA

ECONOMIC IMMIGRANTS IN SLOVENIA AND THEIR ATTITUDES TOWARDS ILL HEALTH - A QUALITATIVE STUDY

Majda Brovč¹, Janja Ahčin¹, Marinka Šlajpah¹, Danica Rotar- Pavlič¹

Prispelo: 27. 8. 2008 - Sprejeto: 23. 11. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 314.15:616

Izvleček

Izhodišče: V ambulantni družinske medicine pogosto opažam, da je izid zdravljenja delavcev z začasnim delovnim dovoljenjem s področij bivše Jugoslavije slabši od pričakovanega. Za boljši izid zdravljenja je bistveno poznavanje njihovih stališč o boleznih.

Namen raziskave: Spoznati stališče teh delavcev do vzrokov zdravstvenih težav, motive za obisk pri zdravniku, ugotoviti, kako skrbijo za lastno zdravje, in spoznati vplive na proces zdravljenja. Namen raziskave ni posploševanje rezultatov na celotno populacijo delavcev z začasnim delovnim dovoljenjem s področij bivše Jugoslavije, ker se rezultati nanašajo izključno na preiskovano skupino.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metodologija z analizo intervjujev po vprašalniku ETHNIC. Podatke so analizirali trije neodvisni raziskovalci z vsebinsko analizo besedila po deduktivno- induktivni metodi.

Rezultati in zaključki: Delavci vidijo vzroke za zdravstvene težave v napornem delu, slabih delovnih pogojih in prehrani ter slabih stanovanjskih razmerah, a tudi v močnih negativnih čustvih. K zdravniku pridejo z bojznijo pred invalidnostjo in skrbjo glede finančnega vzdrževanja družine v izvornem okolju. Družina in sodelavci lahko igrajo dejavno vlogo v procesu soočanja o zdravljenju. Mediji na stališča o zdravju in bolezni vplivajo negativno. Skrb za zdravje povezujejo predvsem z načinom prehranjevanja, kajenjem in pitjem alkohola. Samozdravljenje je prisotno ob poškodbah, kožnih vnetjih in bolečinah. Do zdravljenja pridejo na različne načine. Večina zavrača iskanje pomoči pri zdravilih, nekateri pa imajo o tem pozitivno mnenje. Delavci zdravnika spoštujejo, v odnosu z njim pa lahko zavzamejo pasivno vlogo. Ovire med procesom zdravljenja nastajajo zaradi finančnih in bivanjskih težav, naporega dela in neustreznega medkulturnega sporazumevanja. Med zdravljenjem jim pomagajo sodelavci. Odnos z delodajalcem je v procesu zdravljenja moteči dejavnik.

Ključne besede: odnos zdravnik-bolnik, ovire pri zdravljenju, medkulturno sporazumevanje

Original scientific article
UDC 314.15:616

Abstract

Backgrounds: Visa workers from former Yugoslavia employed in Slovenia are provided lower quality of medical care, and have suboptimal health outcomes. Understanding these patients may lead to better treatment, and this study was undertaken to analyse their beliefs, attitudes, motives, and their concerns about health and disease, and to identify factors that affect physician-patient interaction. The results apply to the group studied and have not been generalized to the whole population of visa workers.

Methods: Independent researchers analysed interviews using qualitative methodology. Interview questions were derived from the ETHNIC questionnaire.

Results and conclusions: The participating workers feel that their health problems are mostly due to hard work,

¹Zdravstveni dom Ljubljana Moste – Polje, Cesta 30. Avgusta 2, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: majda.brovce@siol.net

bad working and dwelling conditions, inadequate nutrition, and their strong negative feelings. They seek medical attention because they are afraid of disability or worried about their family in the native country who depend on their financial support. Families and co-workers can take part in making decisions on medical treatment. The media have negative influence on workers' attitude towards health and disease. Caring for health is directly connected with nutrition, smoking and drinking alcohol. Injuries, skin inflammation and pain are mostly self-treated. Workers get medicines in different ways. They mostly reject going to the healers, yet some have a high opinion of them. They respect their doctor and are willing to follow his/her advice. Medical treatment can be obstructed by financial and residential problems, hard work and inadequate crosscultural communication. In the process of medical treatment workers are helped by their co-workers. The relationship with the employer has a negative impact on medical treatment.

Key words: barriers to health care, physician-patient relationship, cross-cultural communication

Uvod

Konec septembra 2005 je bilo v Sloveniji prijavljenih 45.583 tujcev z delovnim dovoljenjem, od tega 40.439 delavcev s področij bivše Jugoslavije, večinoma zaposlenih v gradbeništvu. Delovno dovoljenje

se praviloma izdaja na vlogo delodajalca, temeljni pogoj za izdajo pa so trenutne razmere na trgu dela in pomanjkanje domačih kandidatov. Na osnovi tega dovoljenja se pridobi dovoljenje za bivanje in pravica do obveznega zdravstvenega zavarovanja (1).

Po definiciji gre za gospodarske priseljence (ekonomske imigrante), ki so v Sloveniji zaposleni za določeno obdobje. To je skupina, katere pripadniki so med seboj močno povezani, kljub temu da niso formalno družbeno-kulturno organizirani. Izhajajo iz istega kulturno-etničnega prostora, govorijo soroden jezik in so pogosto sorodstveno povezani. Živijo v bivanjskih skupinah, ki jih organizira delodajalec, delajo skupaj in se med seboj družijo tudi v prostem času. Nekateri imajo v Sloveniji sorodnike, sicer pa imajo malo družabnih stikov z večinskim prebivalstvom Slovenije (2).

Večinoma izhajajo iz revnejših kmetijskih predelov, kjer živijo pretežno na tradicionalen način življenja; družino sestavlja več generacij, člani ožje družine in širšega sorodstva so med seboj močno povezani in posameznikova vloga se podreja vlogi družine. Javno izkazovanje čustev (npr. jok, dotik) je običajno, bolna oseba deli svoje težave z ostalo skupnostjo, ki ji nudi moralno in psihično podporo (3). Delovni priseljenci v Sloveniji so finančni skrbniki družine v izvornem okolju in so z njo močno povezani. Pri mnogih pa so vezi z družino zaradi dolgoletne odsotnosti zrahljane, psihično oporo jim v večji meri nudijo sodelavci. Ti delavci velikokrat nimajo dokončane osnovne šole in so priučeni za dela v gradbeništvu. V Sloveniji so kot manjšina pogosto tarča družbenih in medčloveških ovir, kot so stereotipi, predsodki, diskriminacija in ksenofobija.

Nacionalno poročilo o razlikah v zdravstveni oskrbi v Ameriki leta 2004 ugotavlja, da imajo manjšine slabši ekonomski status, izobrazbo, tip zdravstvenega zavarovanja in s tem slabši dostop do zdravstvenih storitev in slabšo kakovost obravnave tako na primarnem in sekundarnem področju kot na področju preventivne medicine. Ti ljudje so včasih ali nikoli naročeni na pregled, težko dobijo posvet po telefonu in napotitev, z osebjem so manj zadovoljni, običajno čakajo dlje časa v čakalnici. Pri zdravniku imajo občutek, da jih ne posluša dovolj, se premalo posveti pregledu, ne pokaže spoštovanja do tistega, kar so mu povedali, in ne razloži stvari na način, da bi lahko razumeli. Zaradi teh dejavnikov tudi pogosto iščejo nujno zdravniško pomoč zaradi nenujnih zdravstvenih težav (4).

David in Rhee sta leta 1998 dokazala, da je prisotnost jezikovnih ovir povezana z višjim številom diagnostičnih preiskav, ker skušajo zdravniki s tem premostiti oviro v komunikaciji. Jezikovne ovire zmanjšajo bolnikovo zadovoljstvo z zdravnikom in zavzetost za zdravljenje (5).

Amsterdamska deklaracija leta 2004 ugotavlja, da je zdravstveno stanje migrantskih in etničnih manjšin v Evropski skupnosti slabše kot pri ostali populaciji. Te skupine so bolj ranljive zaradi njihovega ekonomsko-socialnega stanja, stresnih posledic migracije in pomanjkanja podpornih socialnih ukrepov. Pri njih obstaja višja verjetnost, da bodo deležni slabše zdravstvene oskrbe kot večinska populacija (6).

V Belgiji je bila med imigranti s sredozemskega območja ugotovljena slabša zavzetost za zdravljenje kroničnih bolezni kot pri večinski populaciji, kar so pripisovali predvsem etnično- kulturno pogojenim stališčem do bolezni (7).

Raziskava v Baslu je pokazala, da se večina imigrantov iz Bosne, pri katerih je zdravnik primarne ravni ugotovil akutno stresno reakcijo, pritoževalo zaradi somatskih

težav, za katere se je ob usmerjenem medkulturnem pogovoru izkazalo, da so posledica travmatične migrantske izkušnje

(8).

LoBuono v reviji *Patient care* leta 2002 ugotavlja, da na slabšo precepljenost predstavnikov manjšinskih skupin vpliva majhen dohodek na družinskega člana, logistične ovire, nizka stopnja kulturne asimilacije, zlasti pa zmotna, s kulturo vezana prepričanja o nevarnostih cepljenja (9).

Betancourt, Green, Carillo in Firempong leta 2003 navajajo, da k neenakosti v obravnavi pripadnikov družbenih manjšin pomembno prispevajo neenakosti v prepričanjih, vrednotah in prioritetah, kar odseva v različnem zaznavanju simptomov, različnih slogih iskanja medicinske pomoči, različnih sposobnostih za sporazumevanje z zdravnikom in razumevanje navodil, različnih pričakovanj od terapevtske obravnave in različni stopnji zavzetosti za zdravljenje (10).

Proces migracije pomeni povečano tveganje za razvoj psihosocialnih motenj, saj gre psihološko za dolgotrajen proces žalovanja nad izgubo družine in prijateljev, kulture, domovine, izgubo že pridobljenega socialnega statusa in izpostavljenostjo telesnim stresorjem novega okolja. Vpliv evropskih migracij v 90. letih prejšnjega stoletja na psihično zdravje migrantskih skupin (anksiozno- depresivne motnje, samomorilnost, bolezni odvisnosti,...) je premalo raziskan, potrebne bodo še obsežne psihosocialne študije (11).

O vplivu neenakosti, povezanih z raso, narodnostjo, jezikom in socioekonomskim statusom, na zdravstveno oskrbo je bilo narejenih veliko raziskav in poročil, večina v Ameriki. Območje vzhodne Evrope s tega vidika še ni pomembno raziskano. Potrebno bi bilo ugotoviti, kakšna stališča do zdravja in bolezni imajo migranti v vzhodnoevropskem okolju. Prav tako bi bilo potrebno poznati, ali so v Sloveniji glede nujenja zdravstvene oskrbe enakovredni z ostalimi prebivalci države.

Metode dela

IZBOR PREISKOVANCEV

Od 15. maja do 15. avgusta 2005 je bilo v ambulantni Zdravstvenega doma Ljubljana Moste-Polje opravljenih 27 zaporednih intervjujev z vsemi delavci z delovnim dovoljenjem s področij bivše Jugoslavije, ki so v tem času prišli na pregled. Edini pogoj za vključitev je bilo delovno dovoljenje v Sloveniji in državljanstvo ene od držav, ki so nastale na območju bivše Jugoslavije. Sodelovanje v raziskavi je bilo

prostovoljno. Preiskovanci so bili stari od 23 do 51 let, med njimi je bilo 13 zidarjev, 7 delavcev na gradbišču, 4 tesarji, 1 livar, 1 železokrivec in 1 direktor firme z zidarskimi deli. Diagnoze za potek raziskave niso bile pomembne.

ZBIRANJE, PRIPRAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke je zbiral ena raziskovalka z metodo strukturiranega intervjuja po vprašalniku ETHNIC (10,12,13), ki vsebuje naslednja vprašanja:

1. Kaj je po vašem mnenju razlog za vaše zdravstvene težave?
2. Kaj vaši prijatelji, družina in drugi menijo o teh zdravstvenih težavah?
3. Ali poznate koga drugega, ki ima / je imel take zdravstvene težave?
4. Ali ste slišali / brali / videli na TV / slišali na radiu o takih zdravstvenih težavah?
5. Če na gornja vprašanja ne ponudi razlage vprašaj, kaj ga najbolj skrbi glede njegovih zdravstvenih težav.
6. Katera zdravila, domače pripravke ali kakšne druge metode zdravljenja ste že poskusili?
7. Ali kaj posebnega jeste, pijete, se čemu izogibate tudi sicer, da bi ostali zdravi?
8. Kakšne ukrepe pričakujete od mene?
9. Ali ste se za nasvet obrnili na ljudskega zdravilca / alternativno medicino / kakšno drugo osebo zunaj zdravstva?
10. Kateri izmed predlaganih ukrepov se vam zdi težje izvedljiv ali neizvedljiv? Zakaj?
11. Ali imate sorodnike / prijatelje / druge osebe, ki vam bodo pomagali med zdravljenjem?
12. Kako bo zdravljenje vplivalo na vaše finančno stanje?
13. Kako bo zdravljenje vplivalo na vašo zaposlitev?

Pred vsakim intervjujem je bil preiskovancem obrazložen namen in metoda raziskave. Jezik sporazumevanja je bil prilagojen prišleku in je bil glede na to slovenski, hrvaški in srbski. Ob začetku in med samim intervjujem so bili preiskovanci pozvani, da potek intervjuja ob kakršni koli nejasnosti prekinejo. Obojestransko razumevanje se je preverjalo s sprotnim povzemanjem odgovorov. Zapisani odgovori so bili preiskovancem ob koncu intervjuja še enkrat prebrani, verodostojnost napisanega pa so potrdili s podpisom. Ročno zapisani intervjuji so bili prepisani v računalnik in prevedeni v slovenščino.

Osnova za kvalitativno analizo so bili odgovori sedemindvajsetih posameznikov na trinajst zastavljenih vprašanj po vprašalniku ETHNIC. Podatke so analizirali

trije neodvisni in nepovezani raziskovalci z vsebinsko analizo besedila preko označevanja pomembnih citatov, kodiranja in združevanja kodov v teme in štiri kategorije (vzroki za zdravstvene težave, motivi za obisk zdravnika, skrb za lastno zdravje, vplivi na potek zdravljenja). Kode predstavljajo posebne značilnosti podatkov. Z njimi ugotavljamo odnose med različnimi sporočili, ki jih povedo udeleženci. Analize vseh treh neodvisnih raziskovalcev so se poenotile v osebni razpravi. Postopek analize besedila se je večkrat ponovil. Ponavljali in nadgrajevali smo ga, dokler nismo našli novih modelov povezav, vpogledov, doživljanja in vedenjskih vzorcev v okviru raziskovanega področja. Uporabili smo induktivno-deduktivno metodo, pri kateri poteka poglobljena analiza podatkov (14,15). Nadzor nad kakovostjo podatkov je bil zagotovljen z analizo treh neodvisnih raziskovalcev.

KVALITATIVNA METODOLOGIJA

Kvalitativna metodologija je osnova za pridobivanje podatkov o prikritih stališčih posameznikov, ki bi ob rutinski uporabi vprašalnikov ostali neznani. Uporabljamo jo kot izhodišče za ugotavljanje značilnosti majhnih skupin (etničnih, kulturnih...) oziroma kot del večjih projektov. Na podlagi rezultatov kvalitativnega raziskovanja se oblikujejo izhodišča obsežnejših kvantitativnih raziskav, pri katerih lahko uporabljamo tudi kontrolne skupine.

Rezultati

Rezultati so pokazali, da pripisujejo ekonomski migranti svoje zdravstvene težave velikim obremenitvam, ki so jim izpostavljeni pri delu in slabim stanovanjskim razmeram. Njihovim obiskom pri zdravniku pogosto botruje strah pred onesposobljenostjo in zavedanje, da bi bila v tem primeru družina v izvirnem okolju opeharjena za osnovno preskrbo. Pri postopkih samozdravljenja se pogosto poslužujejo tradicionalnih metod, ki so jih spoznali v izvirnem kulturnem okolju. Na proces zdravljenja negativno vplivajo finančne in nastanitvene razmere, slab odnos z delodajalcem in pomanjkljivo medkulturno sporazumevanje.

VZROKI ZA ZDRAVSTVENE TEŽAVE

Delavci menijo, da je vzrok za njihove zdravstvene težave delo.

D 18 (D pomeni delavec, 18 zaporedno številko preiskovanca – op.avtorja): »To je od znoja, ker delam 15 ur dnevno.«

Na gradbišču so slabi delovni pogoji.

D11: »Zmanjšali so število delavcev na betoniranju, je preveč naporno. Ne hodim, ampak tečem. Prej jih je bilo 10, zdaj 3 do 4. Delam 8 do 10,12 ur dnevno. Če dežuje, je delo enako.«

D 23: »Imam zaščito pri delu, a je ne uporabljam vedno, ker sem prepočasen in me pri delu priganjajo.«

Problematične so predvsem bivalne razmere.

D 17: »Nimam hladilnika, tako da grem vsak dan v trgovino po hrano. Ni kuhinje, več kot 40 ljudi ima po en štedilnik, dve stranišči in dva tuša.«

Kot vzrok za svoje težave so navedli močna negativna čustva.

D5: »Očesni pritisk pride od skrbi in strahu.«

D 21: »To pride od jeznosti, ki pride v želodec.«

MOTIVI ZA OBISK ZDRAVNIKA

K zdravniku jih je pripeljala bojazen pred invalidnostjo.

D9: »Vsi se bojijo, da ne bi ostal invalid brez noge, kdo bo potem vzdrževal štirideset članov družine?«

Družina iz izvirnega okolja pogosto vpliva na odločitve za obisk zdravnika.

D4: »Družina je rekla, da se moram zdraviti ne glede na stroške.«

D6: »Družina ne ve, starši bi se ustrašili.«

K zdravniku jih napotijo sodelavci.

D25: »Tovariši so me poslali k zdravniku, enako poslovdja.«

Delavci so povedali, da preko medijev niso dobili informacij o takih zdravstvenih težavah.

D7: »«Sledil sem na TV BiH, doktor je opozarjal ljudi, da je treba med 45. in 55.letom paziti na pritisk, ker to so potem kapi. Sodelavci so rekli, da če pritisk niha, potem te napade neki virus.«

SKRB ZA LASTNO ZDRAVJE

Delavci so govorili o ovirah pri skrbi za lastno zdravje.

D11: »Sadje je predrago, jabolka ne pojem po šest mesecev. Kuhinje ni, piškoti so predragi. Malic in kosil ni več v podjetju. Jem konzerve in kruh.«

Nekateri so spontano spregovorili o kajenju in pitju alkohola.

D19: »Pred letom dni sem pustil tobak, ker sem imel težave z dihanjem, zdaj je v redu.«

D11: »Šest let ne pijem alkohola, ker sem preveč pil med vojno.«

Delavci so povedali, da so prišli pred obiskom pri zdravniku do zdravil na različne načine.

D19: »V Nemčiji sem kupoval zdravila na črno, ker nisem imel zavarovanja, delal sem na črno.«

D21: »Kolegi me vprašajo, če imajo prave tablete zame - če gredo k zdravniku in dobijo Ultop, dajo tudi meni, če kaj ostane.«

Rane in kožna vnetja si sami zdravijo na različne načine.

D1: »Na manjše rane dam Nivea kremo in zavijem, da je mehko.«

D20: »Nekateri se za alergijo mažejo z medom pred sončnim vzhodom.«

Zdravljenje bolečin v sklepih in mišicah je učinkovito.

D9: »Šefova stara mama mi je dala obloge: z voskom, ki je gost kot mast, se zmasira in da hladno mokro gazo gor in pomaga. Žena ima zeleno mast, ki peče, ko zmasira.«

Delavci poznajo tradicionalno zdravljenje s čaji.

D25: »Žolč, čir, astma - to se zdravi s čaji.«

Delavci odklanjajo iskanje pomoči pri zdravljenju in v celoti zaupajo zdravniku.

D5: »Ne verjamem, verjamem v zdravnika in Boga. Zdravnik je pred vračem.«

Nekateri še niso bili pri zdravljenju, bi pa šli, če bi bilo potrebno.

D2: »Nisem šel. Če pa je kaj manjšega narobe, ti ni treba k zdravniku, nekatere ženske to delajo, da malo pomaga.«

Navedene so bile izkušnje o zdravljenju pri zdravljenju.

D20: »V Bosni greš nekajkrat k zdravniku, a ne pomaga. Dosti je nadarjenih ljudi - plača se jim kot darilo, ker so revni. Iz cele Bosne so prihajali k njej. Svinec se pogreje, bolnik se pokrije z ruto in ona vliva svinec v vodo in tako zdravi. Rekla je, da moram biti vztrajen in da bo njeno zdravljenje pomagalo in bo bolje.«

VPLIVI NA POTEK ZDRAVLJENJA

Nekateri delavci zavzamejo izrazito pasivno vlogo in od zdravnika pričakujejo popolno kontrolo nad zdravjem in boleznijo ter čimprejšnjo ozdravitev.

D16: »Da me čimprej ozdraviš.«

Delavci zdravnika spoštujejo in zaupajo v njegovo delo ter pričakujejo spoštljiv odnos tudi do sebe.

D 23: »Da mi verjame, se normalno obnaša in da zdravi.«

Delavci so navajali, da se bodo brez težav držali dogovorjenega načina zdravljenja.

D3: »Vse je sprejemljivo, tudi vaje bom delal.«

Zanimiv je bil opis izboljšanja življenjskega sloga po akutnem miokardnem infarktu.

D16: »Ne kadim več, to bom zdržal. Kavoj imam rad - ena skodelica dnevno z mlekom. Odstranjujem kožo s kokoši, jem manj masten jogurt (vprašam v trgovini).

Žena mi bo kuhala manj mastno. Jajc si ne kuham več.«

Delavce je skrbelo, kako bo z vzdrževanjem higiene med zdravljenjem.

D17: »Ne vem, kako bo s tušem in čevlji.«

Navedene so bile hude ovire med zdravljenjem in rehabilitaciji po poškodbi.

D24: »V samskem domu nimam hladilnika in nimam ledu. V lekarni kupujem led v vrečkah in se masiram trikrat dnevno.«

D 26: »Na fizioterapijo ne bi šel. V eno smer moram zamenjati dva avtobusa in nima pomena za to zapravljati denar. Razgibaval bom doma sam.«

Delavec je povedal, zakaj se bo težko držal diete in je želel pisna navodila.

D 21: »Potrebno je zapisati, kaj naj jem. Težko se bo odpovedati salami za malico, meso daje moč.«

Navedene so bile pomanjkljive informacije glede cepljenja proti tetanusu s strani zdravstvenih delavcev.

D1: »Za tetanus prej nisem slišal. Rekli so mi, da je injekcija dobra zame in da je proti zastrupitvi.«

Delavci težko prihajajo na kontrolne preglede.

B2: »Nimam dodatnega zavarovanja in moram plačati vsak pregled.«

B14: »Zdaj sem v Podčetrtku na delu in tam stanujem, ne morem sem hoditi na kontrolo.«

Med zdravljenjem jim pomagajo sodelavci.

D3: »Družina je v Makedoniji, imam sodelavce, na katere se zanesem.«

Med zdravljenjem jim pomagajo člani družine.

D20: »Tukaj imam tri brate, skrbimo drug za drugega. Družina je v Bosni.«

Nekateri si med zdravljenjem pomagajo sami.

D14: »Sam sem tu. Kar si pomagam sam, si pomagam.«

Nihče ni povedal, da med zdravljenjem pričakuje pomoč s strani delodajalca.

Opisan je bil slab odnos delodajalcev in predpostavljenih do delavcev z zdravstvenimi težavami.

D18: »Šef mi je dal prosto pol ure pred operacijo. V tem času sem se stuširal in vse opravil, tako sem zamudil 15 minut na operacijo. Takšni so vsi privatniki. Šef je malo nasprotoval, ampak zdaj sprejema bolniške liste.«

Nekateri delavci so povedali, da med zdravljenjem in staležem nimajo težav s strani delodajalca.

B3: »Prejšnja firma ni upoštevala staleža, ta pa ga.«

Delavci so govorili o krivicah s strani delodajalca:

D4: »Zgodi se, da te čaka knjižica, ko prideš z bolniškega staleža.«

Razprava in zaključki

VZROKI ZA ZDRAVSTVENE TEŽAVE

Delavci povezujejo zdravstvene težave z negativnimi učinki napornega dela, ne glede na to, ali gre za jasno vzročno povezavo (npr. poškodba pri delu) ali za plod lastnih prepričanj (npr. dvig težkega bremena povzroči akutni miokardni infarkt, znojenje in prah povzročita pilonidalni sinus). V slednje so popolnoma prepričani in ne iščejo strokovne razlage.

Delovni pogoji so slabi, vendar jih zdravi delavci prenašajo, uradnih pritožb se zaradi strahu pred izgubo zaposlitve izogibajo. Gre predvsem za zmanjšanje števila delavcev na posameznem delovišču, naglico zaradi kratkih rokov dokončanja objekta in posledične pritiske nadrejenih. Zaščita pri delu je neustrezna in jih ovira, zato je pogosto ne uporabljajo. Zahtevnost terenskega dela ni prilagojena vremenskim razmeram. Prehrana med delovnim časom je večkrat neorganizirana, delavci imajo hladne, prehransko neuravnotežene malice.

Slabe delovne razmere se nadgrajujejo s slabimi stanovanjskimi, saj bivališča pogosto ne dosegajo minimalnih bivanjskih in higienskih zahtev glede osebne nege ter priprave in shranjevanja živil.

Predstavniki manjšin so čustveno bolj ranljivi in novo okolje doživljajo psihično zelo intenzivno (3, 11). Delavci so kot razlog za svoje zdravstvene težave navedli močna čustva (skrb, strah, jeza).

MOTIVI ZA OBISK ZDRAVNIKA

Delavci o svojih strahovih niso spontano spregovorili, ob usmerjenem pogovoru pa se je izkazalo, da se najbolj bojijo invalidnosti v smislu telesne pohabljenosti. To bi pomenilo izgubo finančnega vira in degradacijo v njihovem družinskem sistemu iz vloge skrbnika družine v vlogo družinskega oskrbovanca.

Mreža družinskih povezav v prvotnem in sedanjem bivalnem okolju lahko močno vpliva na način iskanja zdravniške pomoči, saj se družina aktivno vključuje v odločanje o zdravljenju, pri čemer se interesi posameznika lahko podrejajo interesom družine (15). Nekateri delavci pa svoje zdravstvene težave družini v izvornem okolju prikrivajo, ker jim želijo prihraniti skrb in se bolj zaupajo sodelavcem.

Mediji javnega obveščanja so močan vir informacij o zdravju, vendar se jih delavci zaradi nezanimanja, pomanjkanja časa in nezadostnega znanja jezika večinoma ne poslužujejo. Informacije o zdravju, dobljene preko medijev so napačne, nepopolne in zavajajoče.

SKRB ZA LASTNO ZDRAVJE

Delavci so skrb za lastno zdravje povezovali predvsem s prehranjevanjem. Pojem zdrave prehrane jim pomenijo redni, kuhani obroki po lastni izbiri, s sadjem, zelenjavo in slaščicami. Zaradi finančnih, organizacijskih in časovnih omejitev so le redki delavci zadovoljni z načinom prehrane.

Zavedanje o škodljivosti rabe tobaka in alkohola je nizko. Kajenje cigaret in uživanje alkohola je v izvornem okolju družbeno sprejemljivo (3). Opuščanje kajenja in alkohola med delavci ni povezano s preventivnimi ukrepi za izboljšanje zdravja, ampak z osebno izkušnjo (slabo počutje, težave z dihanjem).

Samozdravljenje z zdravili je običajen način lajšanja zdravstvenih težav. Kupijo jih v lekarni in na »črnem trgu«, predpisana so jim na urgenci, dobijo jih ali si jih delijo z družinskimi člani in sodelavci. Zdravniško pomoč poiščejo lahko šele tedaj, ko pride do hujših zapletov zaradi škodljivega samozdravljenja.

Delavci se poslužujejo tradicionalnega zdravilstva kot alternative uradni medicini (17) pred obiskom zdravnika ali hkrati z zdravljenjem, ki ga je predpisal zdravnik. Kot razlog navajajo zaupanje zdravilcem, da znajo pozdraviti manjše zdravstvene težave in cenovno ugodnejše zdravljenje v izvornem okolju. Nekateri so bili proti iskanju pomoči pri zdravilcih, drugi pa bi poiskali pomoč pri zdravilcu ob manjših zdravstvenih težavah.

VPLIVI NA POTEK ZDRAVLJENJA

Zahodni biomedicinski model medicine postavlja bolnika v aktivno vlogo partnerja zdravniku v procesu soočanja o terapevtskih in preventivnih ukrepih (18). Ta način je pripadnikom drugih kultur lahko tuj in se v njem ne znajdejo. Bolezensko stanje lahko dojemajo kot vpliv usode in višjih sil, usmerjeni so bolj v trenutno zdravstveno težavo (npr. vročina pri virusnih okužbah zgornjih dihal) in manj na celostno reševanje le-te (npr. simptomatski ukrepi ob virusnih okužbah zgornjih dihal). Od zdravnika pričakujejo paternalističen način odločanja, pripisujejo mu skoraj absolutno moč in nadzor nad zdravjem in boleznijo, sebe pa postavljajo v izrazito pasivno vlogo.

Predstavniki manjšin so pogosto žrtve nacionalnih nestrpnosti in predsodkov v družbi, ambulantna družinske medicine pa mora biti kraj, kjer se ti ljudje počutijo sprejete in cenjene. Delavci zdravnike spoštujejo in jim zaupajo. Izrednega pomena je, da se z ustreznim medkulturnim sporazumevanjem takšen odnos vzdržuje in nadgrajuje.

Ovire, s katerimi se soočajo delavci med procesom zdravljenja, izvirajo iz več področij :

- Bivajnske težave: pomanjkanje tušev in neustrezna higiena v skupnih kopalnicah otežujeta zdravljenje ran in kožnih bolezni. V samskem domu ni hladilnika, led za kriomasažo po poškodbi kupujejo v lekarni.
- Finančne težave: delavci s pomanjkljivim zdravstvenim zavarovanjem morajo doplačati vsak pregled. To za njih predstavlja znatno finančno breme, problem pogosto rešijo tako, da prenehajo hoditi na kontrolne preglede. Rehabilitacija po poškodbi je za njih velik strošek: zaradi staleža, ki ga delodajalec pogosto ne upošteva, so ob vir dohodka, obenem pa je prevoz na fizioterapijo drag. Tako se staležu in fizikalni terapiji po poškodbi velikokrat izognejo, na delovnem mestu pa se jim zdravstveno stanje pogosto poslabša.
- Težave zaradi napornega dela: utrujenost po dolgotrajnem in napornem delavniku preprečuje izvajanje preventivnih ukrepov za zdravje (npr. izvajanje razteznih vaj ob kronični bolečini v križu). Neustrezni delovni čevlji povečujejo bolečine v nogah in poslabšujejo kožna vnetja. Zaradi neustrezne prehrane na delovnem mestu se je težko držati diete. Zaradi krajevnosti oddaljenosti trenutnega delovnega mesta delavci ne morejo priti na dogovorjeni kontrolni pregled. Delavci so označili kot koristno pisna navodila za vaje in dvigovanje bremen ob bolečini v križu in pisna navodila za dieto.
- Ovire zaradi neustreznega sporazumevanja: pomanjkljiva informacija o cepljenju proti tetanusu, pri čemer ni bilo razloženo niti, zakaj so ga cepili, niti pomembnost nadaljnjih cepljenj.

Podpomo in pomoč med zdravljenjem pričakujejo delavci s strani sodelavcev, družinskih članov, med zdravljenjem pa si pomagajo sami. Pomoči s strani delodajalca ne pričakuje nihče. Tudi sicer so nekateri delavci opisovali hude nepravilnosti in krivice s strani delodajalcev : neplačana bolniška odsotnost z dela, zniževanje plače po vrnitvi s staleža ali celo prekinitve delovnega razmerja.

Literatura

1. Zavod RS za zaposlovanje, služba za zaposlovanje tujcev. Pridobljeno 17. 9. 2005 s spletne strani: <http://www.ess.gov.si/>.
2. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU: Slovar slovenskega knjižnega jezika. Pridobljeno 17. 9. 2005 s spletne strani: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>.
3. Management Science for Health, U.S.Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Primary Health Care: The Provider's Guide to Quality and Culture. Pridobljeno 17. 9. 2005 s spletne strani: <http://erc.msh.org/quality&culture>.
4. U.S.Department of Health and Human Services. 2004 Healthcare Disparities Report.AHRQ Publications No. 05-0014 December 2004.
5. Rand AD, Michelle R. The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community. Mt Sinai J Med 1998; 65(5-6): 393-7.
6. Final conference of the European project Migrant-Friendly hospitals: The Amsterdam declaration.Amsterdam, The Netherlands, December 9- 11, 2004. Pridobljeno 17.9. 2005 s spletne strani: <http://www.mfh-eu.net>.
7. Van der Stuyt P, Woodward M, Armstrong J. Uptake of preventive health care among Mediterranean migrants in Belgium. J Epidemiol Community Health 1993; 47(1): 10-3.
8. Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C,Battegay E, Flubacher P, Tanner M et al. Impact of migration on illness experience and help- seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel.Health Place. 2005; 11(3): 261-73.
9. Butterfoss F, LoBuono C. Steps to improve immunization rates. Caring for diverse populations. Patient care 2000; 34(9): 93-111.
10. Betancourt JR, Green AR, Carillo JE, Annaeh-Firempong O. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/ Ethnic Disparities in Health and Healthcare. Public Health Rep 2003; 118(4): 293-302.
11. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1).Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1:13.
12. Carillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross- Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach. Ann Inter Med 1999; 130: 829-34.
13. Kobylarz FA; Health JM; Like RC: The ETHNIC(S) mnemonic: a clinical tool for ethnogeriatric education. J Am Geriatr Soc 2002; 50(9): 1582-9.
14. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ 2000, 320: 114-6.
15. Ahčin J. Zavzetost bolnikov z arterijsko hipertenzijo za zdravljenje. Zdrav Vest 2004, 73(2): 69-72.
16. Physician Toolkit and Curriculum. Resources to Implement Cross-Cultural Clinical Practice Guidelines For Medicaid Practitioners. University of Massachusetts Medical School, Office of Community Programs for the U.S.Department of Health and Human Services Office of Minority Health March 2004. Pridobljeno 17. 9. 2005 s spletne strani: <http://www.omhrc.gov/cultural/ccpubs.htm>.
17. Tušek-Bunc K. Zdravilstvo in medicina. In: Kersnik J. Družinska medicina na stičišču kultur. 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Ljubljana. 2004; 139-49.
18. Batts F. Promoting Cultural Competence in Clinical Practice: The Patient-Provider interaction. Health Resources and Service Administration. Bridging Cultures and Enhancing Care: Approaches to Cultural and Linguistic Competency in Managed Care. Conference Summary; May 2002, Chicago, Illinois.

ANALIZA NAPOTITEV NA AMBULANTNO FIZIKALNO TERAPIJO V NARAVNO ZDRAVILIŠČE TOPOLŠICA

ANALYSIS OF REFERRALS TO PHYSICAL THERAPY AT THE TOPOLŠICA HEALTH RESORT

Zalika Klemenc-Ketiš¹

Prispelo: 16. 6. 2008 - Sprejeto: 10. 9. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 615.82/.84

Izvleček

Izhodišča: V Sloveniji lahko bolnika na ambulantno fizikalno terapijo napoti osebni zdravnik, pa tudi napotni, če ima za to pooblastilo. Dokument za napotitev je delovni nalog. Ambulantna fizioterapija se izvaja v zdravstvenih domovih, naravnih zdraviliščih in pri zasebnih izvajalcih. Z raziskavo smo želeli dobiti osnoven vpogled v napotitve na ambulantno fizikalno terapijo. Želeli smo določiti osnovno strukturo bolnikov, ki so bili napoteni, in zdravnikov, ki so bolnike napotili. Zanimale so nas tudi vrste diagnoz napotenih bolnikov in število ter vrsta predpisanih fizioterapevtskih postopkov.

Metode: Raziskava je bila retrospektivna, za obdobje od februarja 2006 do novembra 2007. Pregledali smo 7525 delovnih nalogov, na osnovi katerih smo sprejeli bolnike na ambulantno fizikalno terapijo v Naravno zdravilišče Topolšica. V nadaljnjo analizo smo vključili 6559 tistih, ki so bili napoteni iz območne enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije Ravne na Koroškem.

Rezultati: Ambulantno fizikalno terapijo je opravljalo 2667 moških in 3892 žensk. Povprečna starost vseh bolnikov je bila 51,7 leta (SD 12,6), povprečna starost moških 51,0 (SD 13,4) in žensk 52,2 leta (SD 12,0). Bolniki so bili napoteni s strani 89 različnih zdravnikov, od tega 38 moških (42,7 %). Zdravniki moškega spola so napotili 4429 bolnikov (67,5 %). 84 (94,4 %) zdravnikov je napotilo 6530 bolnikov (99,6%) s primarne ravni, 5 (5,6 %) zdravnikov pa je napotilo 29 bolnikov (0,4 %) s sekundarne ravni. Povprečno število postopkov fizikalne terapije na en delovni nalog je bilo 3,7 (SD 1,1). Največ, 5023 bolnikov (76,6 %), je bilo napotenih zaradi kroničnih degenerativnih bolezni kostno-mišičnega sistema. 6559 bolnikom je bilo predpisanih 24524 postopkov fizikalne terapije. Od tega je bila 7286-krat predpisana elektroterapija (29,7 %), 4069-krat suha ročna masaža (16,6 %) in 3828-krat kineziterapija (15,6 %).

Zaključki: Raziskava daje osnoven vpogled v napotitve na ambulantno fizikalno terapijo. Za nadaljnjo analizo bodo potrebne raziskave z reprezentativnimi vzorci tako glede zdravnikov kot tudi bolnikov.

Ključne besede: primarna raven, fizioterapevtski postopki, diagnoza, napotitev

Original scientific article
UDC 615.82/.84

Abstract

Background: In Slovenia patients can be referred to physical therapy by their primary care physicians or by authorized referral specialists, who issue an outsourced referral letter. Physical therapy is provided in outpatient clinics, health resorts and private physiotherapeutic units.

The aim of this study was to explain the basics of physical therapy referrals, and to explore the basic structure of the referred patients and referring physicians, referring diagnoses and number and types of physiotherapeutic procedures provided.

Methods: This retrospective study covered the period February 2006 – November 2007. We examined 7525 referral letters, which serve as the basis for the patient access to physical therapy services in the Topolšica Health

¹Naravno zdravilišče Topolšica, Topolšica 77, 3326 Topolšica
Kontakti naslov: e-pošta: zalika.klemec-ketis@uni-mb.si

Resort. Further analysis included 6559 referral documents supplied by the local unit of the Slovenian National Health Insurance Agency, Ravne na Koroškem.

Results: *At the Topolšica Health Resort, physical therapy services were provided to 2667 male and 3892 female patients. Their average age was 51.7 years (SD 12.6) (men – 51.1; SD 13.4; women – 52; SD 12.0). The patients were referred to Topolšica by 89 physicians, of whom 38 (42.7%) were men. Male physicians made 4429 (67.5%) referrals. Overall, 6496 (99.0%) patients were referred by 84 (94.4%) primary care physicians, and 29 (0.4%) by five (5.6%) physicians at the secondary health care level. The average number of physiotherapeutic procedures prescribed per referral document was 3.7 (SD 1.1). As many as 5023 (76.6%) patients were referred because of chronic degenerative diseases of the musculoskeletal system, and 6559 patients were prescribed 24524 physiotherapeutic procedures: 7286 (29.7%) electrotherapy, 4069 (16.6%) manual massage and 3828 (15.6%) kinesitherapy.*

Conclusions: *This research provides basic information about physical therapy referrals. Representative samples of patients and physicians would be needed for further analysis.*

Key words: primary health care, physiotherapeutic procedures, diagnosis, referral

Uvod

Fizikalna terapija je konzervativna oblika zdravljenja s pomočjo fizikalnih metod in sredstev ter vključuje gibalne vaje, toploto in mraz, električne tokove, ultrazvok, masažo in podobno (1).

Po 22. členu Pravil Osnovnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju OZZ) imajo zavarovane osebe pravico do fizikalne terapije, ki jim je na podlagi 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v primeru rehabilitacije malignih, mišičnih in mišično-živčnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, multiple skleroze in psoriaze krita v celoti. Za ostale primere fizikalne terapije je zagotovljeno 95-odstotno plačilo. Po 26. členu Pravil OZZ so zavarovane osebe s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, z degenerativnimi spremembami velikih sklepov spodnjih udov, z osteoporozo (oziroma tiste, pri katerih pričakujemo nastanek in poslabšanje osteoporoze) in z vnetnimi revmatičnimi boleznimi, ki so bile vključene v ustrezeni edukacijski program, v enem koledarskem letu upravičene do največ 10 dni fizikalne terapije (2 - 4).

V Sloveniji lahko bolnika na ambulantno fizikalno terapijo napoti osebni zdravnik, pa tudi napotni, če ima za to pooblastilo. Dokument za napotitev je delovni nalog. V letu 2006 in 2007 je bilo maksimalno število točk, ki jih je lahko zdravnik v obliki fizioterapevtskih storitev predpisal na en delovni nalog, 64. To je v praksi predstavljalo 3 do 4 storitve (odvisno od vrednosti posamezne storitve).

Naravno zdravilišče Topolšica poleg storitev ambulantnega in stacionarnega zdraviliškega zdravljenja ter obnovitvene rehabilitacije opravlja

tudi storitve ambulantne fizikalne terapije. Do nje so upravičeni zavarovanci iz pripadajoče območne enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) Ravne na Koroškem (v nadaljevanju domača regija), kamor spadajo izpostave Ravne na Koroškem, Velenje, Mozirje, Slovenj Gradec in Radlje ob Dravi, po dogovoru pa tudi zavarovanci iz drugih območnih enot ZZZS (v nadaljevanju tuja regija). V domači regiji pa poleg Naravnega zdravilišča Topolšica storitve ambulantne fizikalne terapije izvajajo tudi fizioterapevti v zdravstvenih domovih in zasebni izvajalci.

Namen raziskave

Z raziskavo smo želeli dobiti osnoven vpogled v napotitve na ambulantno fizikalno terapijo. Želeli smo določiti osnovno strukturo bolnikov, ki so bili napoteni, in zdravnikov, ki so bolnike napotili. Zanimale so nas tudi vrste diagnoz, zaradi katerih so bili bolniki napoteni, in število ter vrsta predpisanih fizioterapevtskih postopkov.

Materiali in metode

V retrospektivni raziskavi smo pregledali vse delovne naloge, ki smo jih v Naravnem zdravilišču Topolšica uresničili v obdobju od februarja 2006 do novembra 2007 (22 mesecev). Ob tem smo zaradi tehničnih razlogov izločili vse delovne naloge, ki so bili izdani v območnih enotah ZZZS iz drugih regij. Pri pregledovanju delovnih nalogov iz domače regije smo

zabeležili naslednje podatke: spol in starost bolnika, stalno bivališče, spol, vrsta specializacije in mesto ambulante zdravnika, vrsta diagnoze, število in vrsta fizioterapevtskih postopkov. Podeželjsko okolje smo opredelili kot naselja z manj kot 8000 prebivalci. Bolnike smo glede na starost razdelili v naslednje starostne skupine: manj kot 20 let; med 20 in 29 let; med 30 in 39 let; med 40 in 49 let; med 50 in 59 let; med 60 in 69 let; več kot 69 let). Vzroke napotitev smo razdelili v pet skupin: stanja po poškodbah in operacijah kostno-mišičnega in drugih organskih sistemov; kronične degenerativne bolezni kostno-mišičnega sistema; akutna stanja kroničnih degenerativnih bolezni z nevrološko simptomatiko; nevrološke bolezni (bolezni centralnega in perifernega živčnega sistema, vključno z mogoškožilnimi dogodki (kap) ter živčno-mišičnimi boleznimi); vnetne revmatske bolezni. Predpisane fizioterapevtske postopke smo razdelili v naslednje skupine: kineziterapija (vključuje pasivne vaje, asistiranje vaje, aktivne individualne in skupinske vaje,); delovna terapija; elektroterapija (vključuje diadinamske tokove, interferenčne tokove, TENS, jontoforezo in elektrostimulacijo); terapija z ultrazvokom (vključuje tudi sonoforezo); termoterapija (vključuje toplotno terapijo s termopakom in parafinom ter krioterapijo z ledom oziroma s kriopakom); magnetoterapija; terapijo z laserjem; suho ročno masažo; hidrogimnastika; trakcija (vključuje cervikalno in lumbalno trakcijo); limfna drenaža; meritve gibljivosti sklepov; podvodna masaža.

Statistično analizo smo izvedli s programsko opremo SPSS 13.0, uporabili smo metode deskriptivne statistike, za primerjavo dveh neodvisnih vzorcev pa t-test in test hi-kvadrat.

Rezultati

V preučevanem obdobju je bilo na ambulantno fizikalno terapijo v Naravno zdravilišče Topolšica sprejetih 7525 bolnikov, od tega 6559 (87,2%) zavarovancev iz domače regije. Nadaljnji rezultati se nanašajo le na bolnike, ki prihajajo iz domače regije.

Fizikalno terapijo je opravljalo 2667 (40,5%) moških in 3892 (59,5%) žensk. Povprečna starost vseh bolnikov je bila 51,7 leta (SD 12,7), moških 51,1 (SD 8,6) in žensk 52,2 leta (SD 9,3). Razlika v starosti glede na spol je statistično pomembna ($p < 0,001$). V Tabeli 1 so razporejeni bolniki po starostnih skupinah in po spolu. Iz mestnega okolja je prišlo 2912 (44,4%), s podeželja pa 3647 bolnikov (55,6%).

Bolniki so bili na ambulantno fizikalno terapijo napoteni s strani 89 različnih zdravnikov, od tega je bilo 38 zdravnikov moškega spola (42,7 %). Zdravniki moškega spola so napotili 4429 bolnikov (67,5 %), povprečna starost napotenih bolnikov s strani zdravnikov pa je statistično večja glede na povprečno starost napotenih bolnikov s strani zdravnic (52,5 let (SD 13,4) proti 50,6 let (SD 12,0), $p < 0,001$). Struktura zdravnikov po specialnosti in številu napotenih bolnikov je prikazana v Tabeli 2. 84 (94,4%) zdravnikov je napotilo 6530 bolnikov (99,6%) s primarne ravni, 5 (5,6%) zdravnikov (ortopedi in dermatolog) pa je napotilo 29 bolnikov (0,4%) s sekundarne ravni. S primarne ravni razen zdravnikov družinske medicine napotujejo tudi specialisti ostalih strok, saj le-ti v tem primeru opravljajo delo izbranega zdravnika v ambulantni na primarni ravni (bodisi nadomeščajo odsotne zdravnike družinske medicine ali pa imajo zasebno ambulanto družinske medicine).

Tabela 1. Razporeditev bolnikov glede na starost in spol.

Table 1. Distribution of patients by age and sex.

Starost (leta) / Age (yrs)	Moški (število in odstotek) / Men (No. and percentage)	Ženske (število in odstotek) / Women (No. and percentage)	Skupaj (število in odstotek) / Total (No. and percentage)
<20	36 (0,5)	23 (0,4)	59 (0,9)
20-29	188 (2,8)	91 (1,5)	279 (4,3)
30-39	264 (4,0)	365 (5,6)	629 (9,6)
40-49	618 (9,4)	1146 (17,5)	1764 (26,9)
50-59	879 (13,4)	1255 (19,1)	2134 (32,5)
60-69	459 (6,9)	666 (10,3)	1125 (17,2)
70-79	200 (3,1)	294 (4,4)	494 (7,5)
>79	23 (0,4)	52 (0,7)	75 (1,1)
Skupaj / All	2667 (40,5)	3892 (59,5)	6559 (100)

Tabela 2. *Razporeditev zdravnikov glede na specialnost in napotene bolnike.*Table 2. *Distribution of physicians by specialty and by referred patients.*

Specialnost zdravnika / Physician's speciality	Število in odstotek / No. and percentage	Število in odstotek napotenih bolnikov / No. and percentage of referred patients
Specialist in specializant splošne/ družinske medicine / Specialist and resident of general/family medicine	59 (66,3)	5331 (81,3)
Specialist pediatrije/šolske medicine / Specialist of pediatrics/ school medicine	11 (12,4)	332 (5,1)
Specialist medicine dela, prometa in športa / Specialist of occupational medicine	9 (10,1)	250 (3,8)
Specialist ortopedije / Specialist of orthopaedics	4 (4,5)	28 (0,3)
Specialist interne medicine / Specialist of internal medicine	3 (3,4)	583 (8,9)
Specialist rentgenologije / Specialist of radiology	1 (1,1)	31 (0,5)
Specialist patologije / Specialist of pathology	1 (1,1)	3 (<0,1)
Specialist dermatologije / Specialist of dermatology	1 (1,1)	1 (<0,1)
Skupaj / Total	89 (100)	6559 (100)

Tabela 3. *Razporeditev bolnikov glede na vrsto napotne diagnoze.*Table 3. *Distribution of patients by the type of referring diagnosis.*

Vrsta napotne diagnoze / Type of referring diagnosis	Število in odstotek / No and percentage
Kronična degenerativna obolenja kostno-mišičnega sistema / Chronic degenerative diseases of the musculoskeletal system	5023 (76,6)
Stanja po poškodbah in operacijah kostno-mišičnega in drugih organskih sistemov / Status after injuries and operations on musculoskeletal and other organ systems	1248 (19,1)
Akutna poslabšanja kroničnih degenerativnih obolenj kostno-mišičnega sistema z nevrološko simptomatiko / Acute worsening of chronic degenerative diseases of musculoskeletal system with neurological symptoms	159 (2,4)
Vnetne revmatske bolezni / Rheumatologic diseases	101 (1,5)
Nevrološke bolezni (bolezni centralnega in perifernega živčnega sistema, vključno s cerebrovaskularnimi insulti ter živčno-mišičnimi boleznimi) / Neurological diseases (diseases of central and peripheral nervous system, including cerebro-vascular insults and diseases of nervous and muscular system)	28 (0,4)
Skupaj / Total	6559 (100)

Razporeditev bolnikov glede na vzrok napotitve je razvidna iz Tabele 3.

Povprečno število postopkov fizikalne terapije na en delovni nalog je bilo 3,7 (SD 1,1). 235 (3,6 %) bolnikov je imelo predpisan le en postopek, en bolnik (<0,1 %) je imel predpisanih deset postopkov. Več kot 5 postopkov je imelo predpisanih 239 bolnikov (3,6 %). Bolniki so imeli predpisanih statistično manj postopkov kot bolnice (3,7 (SD 1,0) proti 3,8 (SD 1,1), $p < 0,001$). Bolniki iz mestnih okolij so imeli predpisanih statistično več postopkov kot tisti s podeželja (3,8 (SD 1,1) proti 3,7 (SD 1,0), $p < 0,001$). Zdravniki so predpisali statistično manj postopkov kot zdravnice (3,7 (SD 1,0) proti 3,8 (SD 1,1), $p < 0,001$). Zdravniki iz mestnega okolja so predpisali statistično več postopkov kot tisti s podeželja (3,8 (SD 1,1) proti 3,7 (SD 1,0), $p = 0,006$).

Pogostnost predpisovanja fizioterapevtskih postopkov je prikazana v Tabeli 4.

Razpravljanje

Ambulantno fizikalno terapijo v Naravnem Zdravilišču Topolšica je v obdobju med februarjem 2006 in novembrom 2007 opravljalo več žensk, največ bolnikov je bilo v starostni skupini med 50 in 59 let, več bolnikov je prihajalo s podeželja. Pravzaprav so v vseh starostnih skupinah prevladovale ženske. Izjema so le mlajši od 30 let, kjer je bilo več moških. To lahko pripišemo večjemu deležu napotitev zaradi poškodb kostno-mišičnega sistema.

Napotitve na ambulantno fizikalno terapijo so v rokah zdravnikov na primarni ravni, predvsem zdravnikov družinske medicine. Zdravniki se ambulantne fizikalne terapije najbolj poslužujejo pri bolnikih s kroničnimi degenerativnimi boleznimi skeletno-mišičnega sistema. Prva dva največkrat predpisana postopka fizikalne

Tabela 4. Razporeditev postopkov fizikalne terapije glede na vrsto.

Table 4. Distribution of physical therapy procedures by type of the procedure.

Postopek fizikalne terapije / Physical therapy procedure	Število in odstotek / No. and percentage
Elektroterapija / Electrotherapy	7286 (29,7)
Suha ročna masaža / Manual massage	4069 (16,6)
Kineziterapija / Kinesiotherapy	3828 (15,6)
Termoterapija / Heat therapy	3023 (12,3)
Hidrogimnastika / Water exercises	2521 (10,3)
Ultrazvok / Ultrasound therapy	1824 (7,4)
Magnetoterapija / Magnetic therapy	873 (3,5)
Trakcija / Traction	557 (2,3)
Limfna drenaža / Lymph drainage	357 (1,5)
Laser / Laser therapy	120 (0,5)
Meritve obsega gibljivosti / Range of motion measurement	54 (0,2)
Podvodna masaža / Underwater massage	6 (<0,1)
Delovna terapija / Occupational therapy	6 (<0,1)
Skupaj / Total	24524

terapije (elektroterapija in suha ročna masaža) zrcalita osnovno opravilo ambulantne fizikalne terapije pri nas, to je predvsem lajšanje bolečin.

Med napotnimi diagnozami je bilo največ kroničnih degenerativnih bolezni kostno-mišičnega sistema. To zrcali dejstvo, da so takšni bolniki pogosti obiskovalci ambulant na primarni ravni, za njihove težave pa obstaja le konzervativno zdravljenje, katerega uspeh

je v veliki meri odvisen od sodelovanja bolnika pri zdravljenju in ustreznega prepoznavanja ter vodenja pogostih spremljajočih (predvsem psihičnih) bolezni. Prav tako pa se zdravniki velikokrat poslužijo ambulantne fizikalne terapije ko so izčrpali že vse možnosti zdravljenja, bolniki pa se še vedno vračajo k njim po pomoč. Kvalitativna raziskava neposrednih napotitev s strani zdravnikov splošne/družinske medicine na fizikalno terapijo v Veliki Britaniji (5) je

predstavila tri tipe napotitev: ustrezna napotitev (angl. *appropriate referral*), napotitev s prenosom bremena (angl. *load-sharing referral*) in stresna napotitev (angl. *dumping referral*). Pri ustrezni napotitvi je opredeljena kot tista, pri kateri zdravnik in bolnik objektivno pričakujeta pomembno izboljšanje stanja. Napotitev s prenosom bremena uporabi zdravnik, ko želi prenesti breme svoje neuspešnosti zdravljenja (predvsem kroničnih simptomov kostno-mišičnega sistema) na izvajalca fizikalne terapije, čeprav sam ni prepričan v koristnost napotitve. Stresno napotitev izvede zdravnik za olajšanje svojega lastnega stresa, ki ga doživlja ob soočenju s težavnim bolnikom, pri tem pa mu je jasno, da bolnik od napotitve ne bo imel nobene koristi. Maloštevilne raziskave, ki so analizirale napotitve na fizikalno terapijo s strani zdravnikov splošne/družinske medicine, so ugotovile, da so kronične degenerativne bolezni kostno-mišičnega sistema najpogostejši vzrok napotitve (6 - 8).

Na ambulantno fizikalno terapijo je napotilo bolnike osem različnih profilov zdravnikov, večina le-teh (99,0%) pa je napotitve izvajala s primarne ravni. Čeprav še vedno obstajajo dvomi glede upravičenosti in koristnosti neposrednih napotitev bolnikov na fizikalno terapijo s strani zdravnikov družinske medicine oz. zdravnikov, ki delajo na primarni ravni, pa raziskave govorijo drugače. Robert in Stevens (9) sta pregledala osem raziskav, ki so primerjale dva ali več različnih modelov dostopa do fizikalne terapije. Rezultati so pokazali, da so prednosti neposredne napotitve bolnika na fizikalno terapijo s primarne ravni v zmanjšanju potrebnega števila fizikalnih postopkov zdravljenja, skrajšanju čakalnih dob na fizikalno zdravljenje, manjšem številu napotitev na sekundarno raven (predvsem na ortopedijo in revmatologijo), boljšem uspehu in krajšem trajanju zdravljenja, večjemu sodelovanju bolnika pri zdravljenju, manjših stroških, ki jim ima bolnik z zdravljenjem, in manjših stroških, ki jih ima z bolnikom v zvezi s fizikalno terapijo plačnik zdravstvenih storitev. Možna pomanjkljivost takšnega sistema pa je v povečanju števila napotitev, verjetno tudi zaradi večjega povpraševanja s strani bolnikov, in celotnih finančnih stroškov. Pri nas podatkov o ustreznosti neposredne napotitve bolnikov na ambulantno fizioterapijo še ni. Naša raziskava pa kaže, da je v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju bodočih zdravnikov družinske medicine potrebno posvetiti več pozornosti namenu in možnostih fizikalne terapije. Ta prvenstveno ni namenjena le lajšanju bolečin, ampak predvsem objektivni in glede na klinični status pričakovani povrnitvi funkcije.

Danska raziskava (10) je glede napotitev na ambulantno fizikalno terapijo ugotovila naslednje statistično pomembne lastnosti zdravnikov družinske medicine: umeščenost ambulantne, spol zdravnika (ženski) in pogostnost stikov s fizioterapevti. V naši raziskavi pa so na ambulantno fizikalno terapijo več bolnikov napotili zdravniki kot zdravnice. Morda lahko ta podatek deloma razložimo tudi z dejstvom, da v neposredni okolici Naravnega zdravilišča Topolšica delajo pretežno zdravniki moškega spola, zdravilišče pa je najbližji izvajalec ambulantne fizikalne terapije. Največkrat so bili predpisani naslednji fizioterapevtski postopki: elektroterapija, suha ročna masaža, kineziterapija, termoterapija in hidrogimnastika. Po načelih fizikalne medicine in rehabilitacije je osnova vsakega zdravljenja s fizioterapevtskimi postopki kineziterapija. Ostale metode fizikalne medicine so namenjene zgolj kot pripomoček za lajšanje izvajanja kineziterapije (lajšanje bolečine, otekline, ...) (11). Dobljeni rezultati tako dokazujejo domnevo, da se zdravniki primarne ravni pogosto odločajo tudi za napotitev s prenosom bremena in za stresno napotitev. Ker od takšnih napotitev ne pričakujejo pomembnejših rezultatov, bolniki pa za dejavno zdravljenje niso motivirani, jim predpišejo bolj »pasivne« fizikalne postopke (elektroterapijo, masažo, termoterapijo, ...). To se ujema tudi z najpogostejšim vzrokom napotitev, saj so ravno pri kroničnih degenerativnih boleznih skeletno-mišičnega sistema bolniki večinoma slabo motivirani zadejavno sodelovanje pri zdravljenju, zdravniki pa nimajo konkretnih rešitev za njihovo stanje. Dejstvo je tudi, da trdni dokazi za učinkovitost fizikalnih postopkov, razen za kineziterapijo, mobilizacijo in manipulacijo, zaenkrat ne obstajajo (12 – 15). Zato se vprašujemo o razlogih, zakaj zdravniki napotijo bolnike na ambulantno fizikalno terapijo.

Strokovne smernice predlagajo predpisovanje do največ petih fizioterapevtskih storitev naenkrat (11). Tega se držijo tudi slovenski zdravniki na primarni ravni, saj je le manjšina predpisala več kot 5 storitev naenkrat. Težava pa nastopi pri obračunavanju storitev, saj ima glede njihovega števila zavarovalnica bolj stroga pravila. Tako se velikokrat zgodi, da izvajalci ambulantne fizioterapije vseh predpisanih storitev ne morejo izvesti. Nekaj razlik glede števila fizioterapevtskih postopkov je glede na spol in stalno bivališče bolnikov. Prvo je skladno s povprečno višjo starostjo bolnic, kar posledično verjetno pomeni več zdravstvenih težav, drugo pa lahko deloma razložimo z dejstvom, da večina mestnega prebivalstva našega gravitacijskega področja opravlja dela v dolgotrajni prisilni drži, kar zrcali večje zdravstvene težave

predvsem zaradi kroničnih degenerativnih bolezni. To se ujema tudi z ugotovitvijo, da so zdravniki iz mestnega okolja predpisali statistično več postopkov kot tisti s podeželja, čeprav seveda ni nujno, da bolniki iz mestnega okolja obiskujejo mestno ambulanto. Zdravniki se moramo zavedati, da je delovni nalog dokument, ki iz naših rok pride neposredno v roke fizioterapevta. Le-ta pa ni pristojen za odrejanje postopkov fizikalne terapije, zato se mora strogo držati predpisanega. Tako mora zdravnik, ki bolnika pošilja na ambulantno fizikalno terapijo, natančno navesti napotno in morebitne spremljajoče diagnoze, vrsto postopka (npr. diadinamski tokovi in ne elektroterapija) in mesto telesa, kjer naj se postopek izvaja.

Sklep

Raziskava daje osnoven vpogled v napotitve na ambulantno fizikalno terapijo ene ustanove. Zavedamo se, da vzorec glede na zdravnike in napotene bolnike ni reprezentativen, vendar rezultati vseeno zrcalijo osnovne vzorce napotitev. Bistvena domneva, ki jo na osnovi pričujoče raziskave lahko postavimo, je, da se zdravniki prepogosto odločamo za napotitve na ambulantno fizikalno terapijo v primerih, ko sicer od nje ne pričakujemo bistvenega izboljšanja zdravstvenega stanja, bolnik pa vseeno pričakuje, da v zvezi z njegovimi težavami vseeno še kaj storimo.

Ambulantna fizikalna terapija je lahko uspešno terapevtsko orodje zdravnika splošne/družinske medicine. Pri tem pa je pomembno, da se drži predlaganih korakov: prepoznati možnosti, ki jih lahko nudi fizikalna terapija bolnikom za izboljšanje njihovih telesnih sposobnosti; poznati morebitno posebno usmerjenost fizioterapevtov; sodelovati s fizioterapevti pri komunikaciji z bolnikom in pri njegovi edukaciji; razumeti, da je individualna motivacija bolnika ključna za uspeh fizikalne terapije (bolnik mora razumeti, da je koncept fizikalne terapije »tisto, kar izvajaš« in ne »tisto, kar dobiš«); fizioterapevtu nuditi dovolj informacij o bolniku, ki so pomembne za varno in uspešno izvajanje fizikalne terapije (16).

V luči rastočih izdatkov za zdravstvene storitve in potreb po zagotavljanju kakovosti potrebujemo nadaljnje raziskave, ki bi natančneje opredelile lastnosti zdravnikov, ki predpisujejo ambulantno fizioterapijo, napovedne dejavnike za napotitve in dejansko učinkovitost ambulantne fizikalne terapije, še posebej pri bolnikih s kroničnimi degenerativnimi boleznimi kostno-mišičnega sistema.

Zahvala

Za pomoč pri pridobivanju podatkov se zahvaljujem Mileni Ferfolja. Za koristne nasvete pri nastajanju prispevka se zahvaljujem Jadwigi H. Kosi, Alenki Košir in Janku Kersniku. Za dragoceno pomoč pri vnašanju podatkov se zahvaljujem Boštjanu Ketišu.

Literatura

1. Švab I. Pomen fizikalne terapije za zdravnika družinske medicine. In: Židanik S et al. Fizikalna terapija v ambulantni zdravniški družinski medicine. 2. mariborsko srečanje zdravnikov družinske medicine 29. in 30. november 2002. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002.
2. Lovrenov Ž, Hanžekovič-Šiftar M, Horvat B. Predpisi v zvezi z napotitvami na fizikalno terapijo in zdraviliško zdravljenje. In: Židanik S et al. Fizikalna terapija v ambulantni zdravniški družinski medicine. 2. mariborsko srečanje zdravnikov družinske medicine 29. in 30. november 2002. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002.
3. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pridobljeno 19.2.2008 s spletne strani: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r08/predpis_DRUG1658.html.
4. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Pridobljeno 19.2.2008 s spletne strani: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r03/predpis_ZAKO213.html.
5. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions – a qualitative study. *Fam Pract* 2003; 20: 578-82.
6. Gentle PH, Herlihy PJ, Roxburgh IO. Controlled trial of an open-access physiotherapy service. *J R Coll Gen Pract* 1984; 34: 371-6.
7. Hourigan PG, Weatherley CR. Initial assessment and follow-up by a physiotherapist of patients with back pain referred to a spinal clinic. *J R Soc Med* 1994; 87: 213-4.
8. Ellman R, Adams SM, Reardon JA, Curwen IHM. Making physiotherapy more accessible: open access for general practitioners to a physiotherapy department. *BMJ* 1982; 284: 1173-5.
9. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 314-8.
10. Jorgensen CK, Olesen F. Predictors for referral to physiotherapy from general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19: 48-53.
11. Demšar A, Plaskan L. Racionalno predpisovanje fizikalne terapije v ordinaciji družinske medicine. In: Židanik S et al. Fizikalna terapija v ambulantni zdravniški družinski medicine. 2. mariborsko srečanje zdravnikov družinske medicine 29. in 30. november 2002. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002.
12. Matoič B. Pregled fizikalnih metod pri obravnavi bolečine. *Rehabilitacija* 2003; 3-4: 46-52.
13. Marn-Vukadinovič D, Čelan D. Dokazana učinkovitost rehabilitacijskih metod in izkušnje slovenskih fiziatrov. *Rehabilitacija* 2004; 3-4: 33-9.
14. Smidt N, de Vet HCW, Bouter LM, Dekker J. Effectiveness of exercise therapy: A best-evidence summary of systematic reviews. *Aust J Physiother* 2005; 51: 71-85.
15. Luijsterburg PAJ et al. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review. *Eur Spine J* 2007; 16: 881-99.
16. Joyce J, Kuperstein J. Improving physical therapy referrals. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1183-4.

DEPRESIJA IN TELESNA DEJAVNOST DEPRESSION AND PHYSICAL ACTIVITY

Blanka Kores Plesničar¹, Andrej Plesničar²

Prispelo: 28. 5. 2008 - Sprejeto: 15. 9. 2008

Pregledni znanstveni članek
UDK 616.89

Izvleček

Depresija je vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti. Številni depresivni bolniki najprej iščejo pomoč pri svojem osebnem zdravniku, kjer običajno prejmejo samo farmakološko zdravljenje. Sočasna telesna dejavnost pa lahko tudi pozitivno vpliva na izid zdravljenja pri številnih depresivnih in anksioznih bolnikih. V praksi se lahko telesna dejavnost uporablja tudi pri bolnikih, ki se na medikamentno in kognitivno-vedenjsko zdravljenje depresije le delno odzivajo, ali pa pri tistih, ki imajo zelo specifične rezidualne simptome depresije. Namen prispevka je spodbuditi prizadevanja za pripravo poskusnih programov za telesno dejavnosti pri depresivnih osebah tudi v Sloveniji.

Ključne besede: depresija, telesna dejavnost

Review article
UDC 616.89

Abstract

Depression is a leading course of morbidity and mortality. The majority of depressed patients seek attention first from their primary care physician, who mostly prescribes pharmacological treatment alone. There is evidence that integrating physical exercise into therapy can improve treatment outcomes for many patients with depression or anxiety. In practice, exercise can be used as an augmentation therapy in partial responders to pharmacological treatment and cognitive-behavioral therapy, or as an adjunct treatment in patients with very specific residual symptoms of depression. The aim of this paper is to stimulate the endeavors to prepare and conduct physical activity pilot programmes for patients with depression in Slovenia.

Key words: depression, physical exercise

1 Uvod

Depresija je povsod po svetu vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti. Kljub razpoložljivim terapevtskim metodam, predvsem farmakološkim, je velik delež depresij nezadovoljivo zdravljen, terapevtsko odporen ali pa ni odkrit.

Nekatere raziskave navajajo, da le okoli 23 % bolnikov z depresijo poišče zdravljenje, deloma zaradi še vedno prisotne pomembnega socialnega pečata (1,2). Sodelovanje v zdravljenju, v ožjem pomenu besede jemanje antidepresivov na predpisani način, je pogosto zelo slabo. Večina oseb z depresijo poišče pomoč najprej pri svojem osebnem zdravniku, pri

katerem v glavnem prejmejo farmakološko zdravljenje, ki je v zdravljenju depresije nujno, ne pa edino. Glede na podatke raziskav približno 20 do 59 % bolnikov v osnovnem zdravstvu preneha jemati antidepresive znotraj prvih treh tednov (3). Cilj zdravljenja vedno ostaja polna remisija simptomov, zato se za to uporabljajo različne strategije, kot je optimizacija odmerkov antidepresivov, zamenjava antidepresivov ali njihovo dodajanje, dodajanje drugih zdravil in podobno. Vsa zdravila pa imajo lahko neugodne neželene učinke. V pogojih običajne oskrbe na ravni primarnega zdravstva samo 40 do 44 % bolnikov z depresijo doseže 50 % izboljšanje v primerjavi s 70 do 75 % tistih, ki so deležni obsežnejšega zdravljenja

¹Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Ob železnici 30, 2000 Maribor

²Visoka šola za zdravstvo, Poljanska c. 26a, 1000 Ljubljana

Kontakti naslov: e-pošta: blanka.kores@ukc-mb.si

tudi z drugimi metodami (4). Poleg farmakoterapije depresijo izboljša tudi uporaba kognitivno-vedenjskih psihoterapevtskih tehnik.

V zadnjem času se med nefarmakološke strategije zdravljenja depresije začnejo prištevati telesna dejavnost (4,5,6). Lahko pozitivno vpliva tudi na kronična stanja, soobolevnosti z depresijo, kot so povišan krvni tlak, srčne bolezni in sladkorna bolezen (6). Sama telesna dejavnost zmanjša tveganje za možgansko-žilne dogodke, miokardni infarkt in za nekatere tumorje, ki niso povezani z depresijo (7).

Namen tega kratkega prispevka je spodbuditi razmišljanja o vlogi, pomenu in možnosti telesne dejavnosti pri bolnikih z depresijo. Znanih je več programov telesne dejavnosti, npr. pri bolnikih po prebolelem miokardnem infarktu ali po možgansko-žilnih dogodkih, medtem ko programov z vključeno telesno dejavnostjo pri depresiji ni, čeprav podatki iz kliničnih raziskav in meta analiz kažejo, da vplivajo na izboljšanje depresivnih simptomov.

2 Pomen telesne dejavnosti pri depresiji

Depresivni posamezniki so v vsakdanjem življenju pogosto telesno nedejavni in imajo v primerjavi s tistimi brez depresije tudi zmanjšano telesno zmogljivost. Povezavo med duševnim zdravjem in telesno dejavnostjo kažejo nekatere populacijske študije (8,9,10).

Ena večjih in novejših populacijskih raziskav je vključila 35224 afroameričank, starih od 21 do 69 let (11). Ženske, ki so poročale o večji telesni dejavnosti, ki so jo izvajale od 2 do 5 ur tedensko, so imele v primerjavi z ženskami, ki nikoli niso bile telesno dejavne, blažje depresivne simptome.

Podatki iz kliničnih raziskav, ki se lotevajo pomena telesne dejavnosti pri depresiji, pa so nepopolni. Med njimi obstajajo številne metodološke razlike, kot so male skupine, odsotnost kontrolnih skupin, pomanjkanje prospektivnih študij, različni instrumenti za oceno depresije (Epidemiologic Studies Depression Scale, Beck Depression Inventory, the General Health Questionnaire, Hamilton Rating Scale for Depression) in za oceno telesne dejavnosti (Physical Activity Index, nevalidirane lestvice telesne dejavnosti (12,13,14,15,16). Kljub ali pa morda ravno zaradi teh problemov je na področju proučevanja vpliva telesne dejavnosti na simptome depresije vse več meta analiz.

Meta analiza Lawlorjeve in Hopkerja je po upoštevanju izključitvenih meril zajela 56 kliničnih raziskav, ki

so ocenjevale samostojen vpliv telesne dejavnosti na simptome depresije in njen vpliv v primerjavi s kognitivno terapijo, s psihoterapijo in z antidepresivi (6). Izkazalo se je, da je redna telesna dejavnost sicer učinkovita, interpretacija rezultatov pa je bila zaradi metodoloških razlik posameznih raziskav omejena. Ni bilo razlik med aerobno in anareobno dejavnostjo. Pomembno je, da so udeleženci v vseh raziskavah vadili v skupinah. Ostaja vprašanje, ali je ta socialna podpora tudi pozitivno vplivala na terapevtski odgovor depresivnih bolnikov.

V meta analizo Craftove in Landersa je bilo vključenih 30 kliničnih raziskav, ki so vključevale bolnike z blago do zmerno depresijo (17). Med vsemi značilnostmi oz. spremenljivkami je bilo le trajanje telesne dejavnosti in to najmanj 9 tednov ali več, povezano z zmanjšanjem depresivnih simptomov. Učinek tovrstne telesne dejavnosti je bil primerljiv s psihoterapijo, antidepresivi in z vedenjsko psihoterapijo.

Dunnova je s sodelavci izvedla randomizirano klinično raziskavo DOSE (Depression Outcomes Study of Exercise), katere namen je bilo ugotoviti, ali telesna dejavnost učinkovito zdravi blago do zmerno depresijo pri odraslih, starih od 20 do 45 let (18). Ugotovili so, da telesna dejavnost, ki se izvaja v »odmerkih«, ki so primerljivi s tistimi, ki jih priporočajo standardi javnega zdravja, to je 30 minut dnevno in to najmanj pet dni tedensko, vodi v boljši terapevtski izid depresije v primerjavi z manjšimi »odmerki« telesne dejavnosti ali s samo razteznimi vajami (4,18).

Najnovejša, pravkar objavljena meta analiza Teychenneve s sodelavci je proučevala povezanost med obsegom telesne dejavnosti (frekvenca, intenzivnost, trajanje) in simptomi depresije s pomočjo 27 observacijskih in 40 intervencijskih študij (12). Ta meta analiza je trenutno ena najboljšežnejših. Avtorji so ugotovili, da ima, ne glede na razlike v obsegu in vrsti telesne dejavnosti, celo manjši obseg telesne dejavnosti varuje pred morebitnimi relapsi depresije. Obratno sorazmerje med telesno dejavnostjo in verjetnostjo depresije je pokazala večina v meta analizo vključenih observacijskih študij, osem intervencijskih študij pa te povezave ni pokazalo. Teychennova tudi navaja, da jasni zaključki glede optimalnega obsega in načina telesne dejavnosti v zmanjševanju relapsov depresije brez nadaljnjih randomiziranih in kontroliranih kliničnih študij niso možni.

V Martinsenovi raziskavi je bilo 90 bolnikov z depresijo randomiziranih v skupino, ki je izvajala aerobne vaje, in v skupino z anaerobnimi vajami (8). Aerobne vaje so vključevale jogging ali hitro hojo, anaerobne

pa raztezne vaje, relaksacijo, koordinacijo in vaje gibljivosti. V zmanjševanju depresivnih simptomov so bili učinkoviti vsi tipi telesne dejavnosti.

V pilotski študiji Trivedija in sodelavcev so pri bolnikih z nepopolno remisijo depresivnih simptomov proučevali vpliv 12-tedenskega programa telesne dejavnosti ob nespremenjenem jemanju antidepresivov (19). Telesno dejavnost so izvajali doma s pomočjo tekalne steze ali sobnega kolesa, njune kombinacije ali s pomočjo hoje tako, da so tedensko porabili 1000 kcal oz. 16 kcal/kg telesne mase/teden. Pri tistih, ki so zaključili program vadbe, so opazovali pomembno izboljšanje depresivnih simptomov, ocenjevanih s Hamiltonovo lestvico za depresijo in s Samoocenjevalno lestvico za depresijo IDS-SR30 (15).

Učinkovitost telesne dejavnosti se je primerjala tudi z učinkovitostjo antidepresivov. Blumenthal s sodelavci je pri 156 zmerno depresivnih primerjal samo telesno vadbo, samo antidepresiv sertralin in oboje skupaj (20). Telesna dejavnost je vključevala 30-minutni sprehod ali hojo po tekalni stezi trikrat tedensko in to 6 tednov. Sertralin je sicer imel hitrejši terapevtski učinek na depresivne simptome, vendar po 16 tednih med tistimi, ki so prejeli samo sertralin ali so izvajali samo telesno dejavnost, ni bilo več razlik v vplivu na depresivne simptome.

Depresivni posamezniki, ki so sodelovali v programu fitnesa, so po 12 tednih treniranju dosegli pomembno izboljšanje depresije, anksioznosti in samozavedanja v primerjavi s kontrolno skupino (21). To doseženo izboljšanje je vztrajalo še v 12-mesečnem spremljevalnem obdobju. Kljub temu, da je depresija dodaten dejavnik tveganja za nesodelovanje v programih telesne dejavnosti, rezultati raziskav kažejo, da se delež nesodelujočih med depresivnimi bolniki ne razlikuje od tistega v splošni populaciji (4).

3 Možni mehanizmi povezave med depresijo in telesno dejavnostjo

Mehanizem pozitivnega učinka telesne vadbe na simptome depresije ni natančno pojasnjen. Obstaja več različnih hipotez o fizioloških in psiholoških mehanizmih.

Hipotetično je zmanjšanje nevrogeneze v hipokampusu odraslih povezano z depresivno motnjo, sami antidepresivi pa morda delujejo v pospeševanju nevrogeneze (22). Več kandidatnih molekul igra hipotetično vlogo v povečani nevrogenezi odraslih zaradi telesne dejavnosti. To so predvsem β -

endorfini, vaskularni endotelijski rastni faktor (VEGF), možganski nevrotrfni faktor (BDNF) in monoamini (predvsem serotonin) (22). Študije so pokazale povečanje plazemske ravni endorfinov po akutni telesni dejavnosti, vendar ostaja nepojasnjeno, ali je to plazemsko povečanje neposredno povezano z zmanjšanjem depresije (5,23,24). Čeprav ni znano, ali β -endorfini prehajajo skozi krvno-možgansko pregrado, so morda povezani s spremembo razpoloženja in občutki depresije (25). Vaskularni endotelijski rastni faktor (VEGF) morda povezuje telesno dejavnost in nevrogenezo pri odraslih, njegovo izločanje pa se poveča ob telesni dejavnosti (22,23). Možganski nevrotrfni faktor (BDNF) igra ključno vlogo v razvoju možganov v mladosti, v odrasli dobi pa pospešuje preživetje nevronov in njihovo regeneracijo (17). Telesna dejavnost pri živalih poveča možgansko koncentracijo (17). Telesna dejavnost vodi tudi v večjo razpoložljivost možganskih nevrotransmiterjev (serotonina, noradrenalina in dopamina). Raven teh nevrotransmiterjev se v plazmi in urinu po telesni dejavnosti sicer poviša, ostaja pa nepojasnjeno, ali telesna dejavnost vodi tudi v povišanje njihove ravni v možganih (5).

Hipoteza o termogenezi navaja, da je povečanje telesne temperature, ki sledi telesni dejavnosti, odgovorno za izboljšanje nekaterih simptomov depresije (5). Vendar so klinične raziskave bolj proučevale učinek telesne dejavnosti na anksioznost, oz. relaksacijo in zmanjšanje mišične napetosti kot pa na same depresije (5).

Obstaja več psiholoških hipotez. Distrakcijska hipoteza navaja, da telesna dejavnost deluje kot raztresenost od skrbi in depresivnih misli (5). Telesna dejavnost lahko pozitivno vpliva na večjo lastno učinkovitost in vrednost, za razliko od negativnega ocenjevanja samega sebe, negativnih ruminacij in občutkov neučinkovitosti ter neuspešnosti, ki so prisotni v depresiji (27). Telesna dejavnost v skupini lahko tudi zmanjša socialno osamelost, poveča samozavedanje in izboljša samopodobo.

4 Izvajanje telesne dejavnosti v praksi

Trenutno veljavnih sistematičnih načinov, kako najbolje uvesti telesno dejavnost pri depresivnih bolnikih, ni (27). Mnogi načini sledijo raznim oblikam vedenjske terapije (27). Telesna dejavnost je praktično dostopna vsakemu posamezniku, ne zahteva finančnih vložkov (npr. hoja), možno jo je izvajati kjer koli in kadar koli. Najbolje pa je prilagoditi tiste načine telesne

dejavnosti, ki so se izkazali kot najboljši pri zdravih ljudeh oz. za zdrav način življenja. Še preden bolnik z depresijo prične telesno dejavnost, je potrebno narediti terapevtski načrt. Ta naj vključuje oceno globine depresije, oceno bolnikovega telesnega stanja (predvsem srčno-žilne bolezni, možgansko-žilne bolezni, sladkorne bolezni v anamnezi), oceno telesne zmogljivosti in njegovo pripravljenost za sodelovanje (27). Vprašalnik o pripravljenosti za telesno dejavnost (Physical Activity Readiness Questionnaire PAR-Q) je preprost presejalni instrument, ki ga uporabljamo v predhodnem presejanju bolnikov za programe zmerne telesne dejavnosti (28). Temu lahko sledi predhodni testni trening telesne dejavnosti. V začetku se moramo izogibati pretirano težki in zahtevni telesni dejavnosti, saj to lahko negativno vpliva na že tako slabo samopodobo in nizko stopnjo motivacije depresivnih bolnikov. Najbolje je pričeti s stopenjskim programom ali programom majhnih korakov, ki jih po pozitivnem povratnem odgovoru bolnika lahko povečujemo (27). Pomanjkanje volje in energije ter slaba motivacija so pomembni simptomi depresije, zato je smiselno uporabiti tudi motivacijske tehnike (29). Najboljše so v obliki tiskanih ali računalniških motivacijskih sporočil (27). Pozitivno motivacijsko delujejo tudi ciljne skupine, npr. starostnikov, žensk, ali pa vključevanje družinskih članov (30,31). Uporabljamo lahko tudi priporočila kognitivno-vedenjske terapije, kot so situacijska analiza, samospremljanje, domače naloge, podporno spremljanje, kar vse lahko pomaga pri doseganju in vzdrževanju novega vedenja (32).

V začetku je bolje pričeti z 10-minutno telesno dejavnostjo trikrat tedensko, ki naj bo tako intenzivna, da ne presega 60 do 80 % maksimalne srčne frekvence oz. takšne intenzivnosti, da se bolnik ob tem dobro počuti (6,19). To lahko povečamo na 20 minut telesne dejavnosti trikrat tedensko (27). Kolikor bolnik to zmore, lahko čez čas intenzivnost telesne dejavnosti stopnjuje do zmerne intenzivnosti, kot je npr. hitra hoja s hitrostjo 5-6 km/uro, ki je najenostavnejša in tudi najcenejša ali pa vadba na sobnem kolesu pri 50-100 W, eno ali drugo najmanj 150 minut tedensko, oz. tri do petkrat tedensko po 20 do 30 minut, tretja možnost pa je 2000 do 3000 korakov na steperju brez obremenitev vsak dan (6,19). Za antidepresivne učinke ni nujno, da telesna dejavnost traja dlje ali pa da je bistveno intenzivnejša kot navajajo priporočila (12). Telesno dejavnost naj bolnik izvaja v tistem delu dneva, ki mu najbolj ustreza. Priporočljivo je, da jo enkrat tedensko ali na 14 dni nadzoruje strokovnjak (npr. trener za fitnes). Bolniku svetujemo, da piše dnevnik o svoji telesni dejavnosti, v katerega so lahko

vključene tudi samoocenjevalne lestvice resnosti depresije (npr. Zungova lestvica depresije) (15,27). Priporočil o trajanju vzdrževalne telesne dejavnosti ni, razen da naj traja čim dalj časa in da naj predstavlja spremembo življenjskega sloga (33).

5 Zaključek

Zdravljenje depresije je lahko izjemno težavno, predvsem kadar le-ta postane terapevtsko odporna ali pa kronična. V zdravljenju so zato poleg običajnih farmakoloških pristopov potrebne tudi druge terapevtske strategije. Telesna dejavnost je ena od strategij, ki sicer postaja vse bolj podprta z dokazi, vendar je njena klinična uporabnost v terapevtskem pristopu k depresiji še vedno na začetku. Potrebne so še nadaljnje klinične raziskave, ki bodo standardizirale terapevtske pristope ter opredelile optimalne načine, intenzivnost, pogostnost in trajanje telesne dejavnosti pri depresiji. Prav tako je potrebno pojasniti vlogo telesne dejavnosti v preprečevanju ponovnih izbruhov depresije. Ne glede na to, pa bi bilo tudi v Sloveniji smiselno združiti strokovnjake s področja psihiatrije, psihologije, družinske medicine, športne medicine in športne strokovnjake za pripravo vsaj pilotskih programov telesne dejavnosti za bolnike z depresijo, ki bi kasneje lahko prešli v konkretnejše vsebine. S temi bi lahko izobrazili zdravnike o načinih varne uporabe telesne dejavnosti.

Literatura

1. Mental Health: a Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville MD: National Institute of Mental Health, 1999.
2. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Free Press, 1991.
3. Thompson J, Rankin H, Ashcroft GW, Yates CM, McQueen JK, Cummings SW. The treatment of depression in general practice: a comparison of L-tryptophan, amitriptyline and a combination of L-tryptophan and amitriptyline with placebo. *Psychol Med* 1982; 12: 741-51.
4. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response. *Am J Prev Med* 2005; 28: 1-8.
5. Craft LL, Perna FM. The benefits of exercise for the clinically depressed. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6: 104-11.
6. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2001; 322: 763-8.
7. Martinsen EW, Hoffart A, Solberg O. Comparing aerobic and nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical

- depression: a randomized trial. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 324-31.
8. Paffenbarger RS Jr, Lee IM, Leung R. Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 377: 16-22.
 9. Ruuskanen JM, Ruoppila I. Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age Ageing* 1995; 24: 292-6.
 10. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002; 287: 203-9.
 11. Wise LA, Adams-Campbell LL, Palmer JR, Rosenberg L. Leisure time physical activity in relation to depressive symptoms in the black women's health study. *Ann Behav Med* 2006; 32: 68-76.
 12. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: A review. *Prev Med* 2008; 46: 397-411.
 13. Radloff LS. The CES-D Scale: a self reported depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
 14. Goldberg DP. The detection of Psychiatric illness by Questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
 15. American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
 16. Young DR, Sharp DS, Petrovitch H, Curb JD. Internal validity of the physical activity index over 26 years in middle-aged and older men. *J Am Geriatr Soc* 1995; 49: 999-1006.
 17. Craft LL, Landers DM. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta analysis. *J Sport Exerc Psychol* 1998; 20: 339-57.
 18. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. The DOSE study: a clinical trial to examine efficacy and dose response of exercise as treatment for depression. *Contr Clin Trials* 2002; 23: 584-603.
 19. Trivedi MH, Greer TL, Grannemann BD, Chambliss HO, Jordan AN. Exercise as an augmentation strategy for treatment of major depression. *J Psychiat Pract* 2006; 12: 205-13.
 20. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2349-56.
 21. DiLorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, LaFontaine T. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Prev Med* 1999; 28: 75-85.
 22. Ernst C, Olson AK, Pinel JPJ, Lam RW, Christie BR. Antidepressant affects of exercise: evidence for an adult-neurogenesis hypothesis? *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31: 84-92.
 23. Bortz WM, Angwin P, Mefford IN. Catecholamines, dopamine, and endorphin levels during extreme exercise. *N Engl J Med* 1981; 305: 466-7.
 24. Carr DB, Bullen BA, Skrinar GS, Arnold MA, Rosenblatt M, Beitins IZ, Martin JB, McArthur JW. Physical conditioning facilitates the exercise – induced secretion of beta-endorphin and d beta-lipotropein in women. *N Engl J Med* 1981; 305: 597-617.
 25. Morgan WP. Affective beneficence of vigorous physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 1985; 17: 94-100.
 26. deVries HA. Tranquilizer effects of exercise: a critical review. *Phys Sports Med* 1981; 9: 46-55.
 27. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 2008 (v tisku).
 28. Thomas S, Reading I, Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). *Can J Sport Sci* 1992; 17: 338-45.
 29. Smith BJ, Bauman AE, Bull FC, Booth ML, Harris MF. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *Br J Sports Med* 2000; 34: 262-7.
 30. Strecher V, Wang C, Derry H. Tailored interventions for multiple risk behaviours. *Health Educ Res* 2002; 17: 619-26.
 31. Segar M, Jayaratne T, Hanlon J, Richardson CR. Fitting fitness into women's lives: effects of a gender-tailored physical activity intervention. *Womens Health Issue* 2002; 12: 338-47.
 32. Otto MW, Church TS, Craft LL, Greer TL, Smits JA, Trivedi MH. Exercise for mood and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2007; 9: 287-94.
 33. Sherwood NE, Martinson BC, Crain AL, Hayes MG, Pronk NP, O'Connor PJ. A new approach to physical activity maintenance: rationale, design, and baseline data from the Keep Active Minnesota trial. *BMC Geriatr* 2008; 8:17 (v tisku).

ABECEDNO KAZALO PO AVTORJIH

Zdravstveno varstvo 2008

BAHOVEC Zlatko:

1. GRMEK KOŠNIK Irena, ROK SIMON Mateja, HAFNER Alenka, HOVNIK KERŠMANC Marjeta, - , LESJAK Katra

Poškodbe glave zaradi smučanja, drsanja, kotalkanja ali deskanja na snegu in preprečevanje teh poškodb z uporabo čelade

2008; 47 (1): 18-31 (PZČ)

BAJC Irena:

1. - , PETEK-ŠTER Marija, ŽIVČEC-KALAN Gordana, KLANČIČ Dean, KERSNIK Janko

Obravnava bolnic z nezapleteno okužbo sečil v družinski medicini

2008; 47 (4): 179-186 (IZČ)

BERCE Ingrid:

1. TRKOV Marija, - , DOVEČAR Darja, GRILC Eva, BUJKO Marina, KRAIGHER Alenka

Odkrivanje nekaterih genov, povezanih z virulenco, pri sevih E. coli, ki povzročajo črevesne okužbe

2008; 47 (2): 81-88 (IZČ)

BERGINC Nataša:

1. SOČAN Maja, PETROVEC Miroslav, - , DRINOVEC Bojan, EBERL-GREGORIČ Edita, FIŠER Jerneja, HARLANDER Tatjana, JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, DEŽELAK KRAMBERGER Petra, ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša

Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji

2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

BUJKO Marina:

1. TRKOV Marija, BERCE Ingrid, DOVEČAR Darja, GRILC Eva, - , KRAIGHER Alenka

Odkrivanje nekaterih genov, povezanih z virulenco, pri sevih E. coli, ki povzročajo črevesne okužbe

2008; 47 (2): 81-88 (IZČ)

CANKAR Gregor:

1. ŠIMUNIČ Boštjan, RITTWEGER Joern, - , JURDANA Mihaela, VOLMUT Tadeja, ŠETINA Tina, MEKJAVIČ Igor B., PIŠOT Rado

Odziv sestave telesa, mišične togosti in ravnotežja po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih preiskovancih

2008; 47 (2): 60-71 (IZČ)

ČERNELIČ BIZJAK Maša:

1. Zadovoljstvo z delom, zdravje in zadovoljstvo z življenjem

2008; 47 (4): 199-207 (PZČ)

DE MAESENEER Jan:

1. Kakšen naj bo odgovor evropskih sistemov kakovostnega primarnega zdravstvenega varstva na izzive 21. stoletja?

2008; 47 (3): 102-105 (U)

DEŽELAK KRAMBERGER Petra:

1. SOČAN Maja, PETROVEC Miroslav, BERGINC Nataša, DRINOVEC Bojan, EBERL-GREGORIČ Edita, FIŠER Jerneja, HARLANDER Tatjana, JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, - , ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša

Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji

2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

DIMEC Tjaša:

1. DOLENC Petra, TUŠAK Matej, - , PIŠOT Rado

Vpliv popolne gibalne nedejavnosti na duševno zdravje in počutje zdravih mladih preiskovancev

2008; 47 (2): 53-59 (IZČ)

DOLENC Petra:

1. - , TUŠAK Matej, DIMEC Tjaša, PIŠOT Rado

Vpliv popolne gibalne nedejavnosti na duševno zdravje in počutje zdravih mladih preiskovancev

2008; 47 (2): 53-59 (IZČ)

DOVEČAR Darja:

1. TRKOV Marija, BERCE Ingrid, - , GRILC Eva, BUJKO Marina, KRAIGHER Alenka

Odkrivanje nekaterih genov, povezanih z virulenco, pri sevih E. coli, ki povzročajo črevesne okužbe

2008; 47 (2): 81-88 (IZČ)

DRINOVEC Bojan:

1. SOČAN Maja, PETROVEC Miroslav, BERGINC Nataša, - , EBERL-GREGORIČ Edita, FIŠER Jerneja, HARLANDER Tatjana, JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, DEŽELAK KRAMBERGER Petra, ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša

Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji

2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

EBERL-GREGORIČ Edita:

1. SOČAN Maja, PETROVEC Miroslav, BERGINC Nataša, DRINOVEC Bojan, - , FIŠER Jerneja, HARLANDER Tatjana, JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, DEŽELAK KRAMBERGER Petra, ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša

Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji

2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

EIKEN Ola:

1. Katere so prilagoditvene reakcije na telesno nedejavnost?

2008; 47 (2): 51-52 (U)

FIŠER Jerneja:

1. SOČAN Maja, PETROVEC Miroslav, BERGINC Nataša, DRINOVEC Bojan, EBERL-GREGORIČ Edita, - , HARLANDER Tatjana, JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, DEŽELAK KRAMBERGER Petra, ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša

Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji

2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

GRGIČ VITEK Marta:

1. - , UČAKAR Veronika, KLAVS Irena

Presejanje na spolno prenosljivo klamidijsko okužbo – pregled priporočil

2008; 47 (1): 8-17 (IZČ)

GRILC Eva:

1. TRKOV Marija, BERCE Ingrid, DOVEČAR Darja, - , BUJKO Marina, KRAIGHER Alenka

Odkrivanje nekaterih genov, povezanih z virulenco, pri sevih E. coli, ki povzročajo črevesne okužbe

2008; 47 (2): 81-88 (IZČ)

GRMEK KOŠNIK Irena:

1. - , ROK SIMON Mateja, HAFNER Alenka, HOVNIK KERŠMANC Marjeta, BAHOVEC Zlatko, LESJAK Katra

Poškodbe glave zaradi smučanja, drsanja, kotalkanja ali deskanja na snegu in preprečevanje teh poškodb z uporabo čelade

2008; 47 (1): 18-31 (PZČ)

HAFNER Alenka:

1. GRMEK KOŠNIK Irena, ROK SIMON Mateja, - , HOVNIK KERŠMANC Marjeta, BAHOVEC Zlatko, LESJAK Katra

Poškodbe glave zaradi smučanja, drsanja, kotalkanja

ali deskanja na snegu in preprečevanje teh poškodb z uporabo čelade

2008; 47 (1): 18-31 (PZČ)

2. - , LESJAK Katra

Spremljanje prvih obiskov zaradi anoreksije nervoze in bulimije nervoze na primarni ravni v Sloveniji

2008; 47 (4): 163-172 (IZČ)

HARLANDER Tatjana:

1. SOČAN Maja, PETROVEC Miroslav, BERGINC Nataša, DRINOVEC Bojan, EBERL-GREGORIČ Edita, FIŠER Jerneja, - , JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, DEŽELAK KRAMBERGER Petra, ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša

Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji

2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

HOVNIK KERŠMANC Marjeta:

1. GRMEK KOŠNIK Irena, ROK SIMON Mateja, HAFNER Alenka, - , BAHOVEC Zlatko, LESJAK Katra

Poškodbe glave zaradi smučanja, drsanja, kotalkanja ali deskanja na snegu in preprečevanje teh poškodb z uporabo čelade

2008; 47 (1): 18-31 (PZČ)

JERIČEK Helena:

1. - , PUCELJ Vesna

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju - primerjava med letoma 2002 in 2006

2008; 47 (3): 126-136 (IZČ)

JURDANA Mihaela:

1. ŠIMUNIČ Boštjan, RITTWEGER Joern, CANKAR Gregor, - , VOLMUT Tadeja, ŠETINA Tina, MEKJAVIČ Igor B., PIŠOT Rado

Odziv sestave telesa, mišične togosti in ravnotežja po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih preiskovancih

2008; 47 (2): 60-71 (IZČ)

JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija:

1. SOČAN Maja, PETROVEC Miroslav, BERGINC Nataša, DRINOVEC Bojan, EBERL-GREGORIČ Edita, FIŠER Jerneja, HARLANDER Tatjana, - , DEŽELAK KRAMBERGER Petra, ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša

Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji

2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

KERSNIK Janko:

1. BAJC Irena, PETEK-ŠTER Marija, ŽIVČEC-KALAN

Gordana, KLANČIČ Dean, -
Obravnava bolnic z nezapleteno okužbo sečil v
družinski medicini
2008; 47 (4): 179-186 (IZČ)

2. SELIČ Polona, - , PESJAK Katja, KOPČAVAR-
GUČEK Nena
Pilotna študija o nasilju v družini I: razlike med poročili
bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov
2008; 47 (2): 72-80 (IZČ)

KLANČIČ Dean:
1. BAJC Irena, PETEK-ŠTER Marija, ŽIVČEC-KALAN
Gordana, - , KERSNIK Janko
Obravnava bolnic z nezapleteno okužbo sečil v
družinski medicini
2008; 47 (4): 179-186 (IZČ)

KLAVS Irena:
1. GRGIČ VITEK Marta, UČAKAR Veronika, -
Presejanje na spolno prenosljivo klamidijsko okužbo
– pregled priporočil
2008; 47 (1): 8-17 (IZČ)

KOLŠEK Marko:
1. ROTAR-PAVLIČ Danica, ŠVAB Igor, -
Komunikacija s starejšimi bolniki v družinski medicini
s pomočjo posrednika
2008; 47 (4): 173-178 (IZČ)

KOPČAVAR-GUČEK Nena:
1. SELIČ Polona, KERSNIK Janko, PESJAK Katja, -
Pilotna študija o nasilju v družini I: razlike med poročili
bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov
2008; 47 (2): 72-80 (IZČ)

KORES PLESNIČAR Blanka:
1. TURČIN Arijana, -
Sprejem in zdravljenje brez privolitve na oddelku za
psihiatrijo UKC Maribor
2008; 47 (3): 137-142 (PZČ)

KOVAČIČ Helena:
1. PAVLIN Samo, ŠVAB Igor, -
Ugotavljanje in razvijanje ključnih področij
usposobljenosti (kompetenc) zdravnikov kot izhodišče
za modernizacijo izobraževalnega programa
2008; 47 (3): 106-116 (IZČ)

KRAIGHER Alenka:
1. TRKOV Marija, BERCE Ingrid, DOVEČAR Darja,
GRILC Eva, BUJKO Marina, -

Odkrivanje nekaterih genov, povezanih z virulenco, pri
sevih E. coli, ki povzročajo črevesne okužbe
2008; 47 (2): 81-88 (IZČ)

LESJAK Katra:
1. GRMEK KOŠNIK Irena, ROK SIMON Mateja,
HAFNER Alenka, HOVNIK KERŠMANC Marjeta,
BAHOVEC Zlatko,
Poškodbe glave zaradi smučanja, drsanja, kotalkanja
ali deskanja na snegu in preprečevanje teh poškodb
z uporabo čelade
2008; 47 (1): 18-31 (PZČ)

2. HAFNER Alenka, -
Spremljanje prvih obiskov zaradi anoreksije nervoze
in bulimije nervoze na primarni ravni v Sloveniji
2008; 47 (4): 163-172 (IZČ)

MARUŠIČ Dorjan:
1. Rehabilitacija v koronarnem klubu Slovenske Istre
– 12 let izkušenj
2008; 47 (1): 32-36 (PZČ)

MEKJAVIČ Igor B.:
1. ŠIMUNIČ Boštjan, RITTWEGER Joern, CANKAR
Gregor, JURDANA Mihaela, VOLMUT Tadeja, ŠETINA
Tina, - , PIŠOT Rado
Odziv sestave telesa, mišične togosti in ravnotežja
po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih
preiskovancih
2008; 47 (2): 60-71 (IZČ)

MIHOLIČ Petruša:
1. Znanstveno komuniciranje in elektronske
publikacije
2008; 47 (4): 187-198 (IZČ)

MOLAN Gregor:
1. MOLAN Marija, -
Psihična obremenjenost na delovnem mestu –
pojavljanje, prepoznavanje in obvladovanje
2008; 47 (1): 37-46 (PZČ)

MOLAN Marija:
1. - , MOLAN Gregor
Psihična obremenjenost na delovnem mestu –
pojavljanje, prepoznavanje in obvladovanje
2008; 47 (1): 37-46 (PZČ)

PAVLIN Samo:
1. - , ŠVAB Igor, KOVAČIČ Helena
Ugotavljanje in razvijanje ključnih področij

usposobljenosti (kompetenc) zdravnikov kot izhodišče za modernizacijo izobraževalnega programa
2008; 47 (3): 106-116 (IZČ)

PAVLINIČ Melita:

1. STANTIČ PAVLINIČ Mirjana, -
Simpozij pnevmokokne okužbe Ljubljana, 8. maj 2008
2008; 47 (3): 156-157 (O)

PESJAK Katja:

1. SELIČ Polona, KERSNIK Janko, - , KOPČAVAR-GUČEK Nena
Pilotna študija o nasilju v družini I: razlike med poročili bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov
2008; 47 (2): 72-80 (IZČ)

PETEK-ŠTER Marija:

1. BAJC Irena, - , ŽIVČEC-KALAN Gordana, KLANČIČ Dean, KERSNIK Janko
Obravnava bolnic z nezapleteno okužbo sečil v družinski medicini
2008; 47 (4): 179-186 (IZČ)

2. Cepljenje proti gripi in pnevmokoku pri starostnikih v domovih starejših občanov
2008; 47 (3): 117-125 (IZČ)

PETROVEC Miroslav:

1. SOČAN Maja, - , BERGINC Nataša, DRINOVEC Bojan, EBERL-GREGORIČ Edita, FIŠER Jerneja, HARLANDER Tatjana, JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, DEŽELAK KRAMBERGER Petra, ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša
Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji
2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

PIŠOT Rado:

1. DOLENC Petra, TUŠAK Matej, DIMEC Tjaša, -
Vpliv popolne gibalne nedejavnosti na duševno zdravje in počutje zdravih mladih preiskovancev
2008; 47 (2): 53-59 (IZČ)

2. ŠIMUNIČ Boštjan, RITTWEGER Joern, CANKAR Gregor, JURDANA Mihaela, VOLMUT Tadeja, ŠETINA Tina, MEKJAVIČ Igor B., -
Odziv sestave telesa, mišične togosti in ravnotežja po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih preiskovancih
2008; 47 (2): 60-71 (IZČ)

POLJAK Mario:

1. VIDMAR Ludvik, -
Rezultati testiranja na okužbo z virusom hepatitisa B in C pri osebah, ki so se odločile za prostovoljno testiranje na okužbo s HIV v obdobju september 2006 – julij 2007
2008; 47 (2): 99-100 (PU)

PUCELJ Vesna:

1. JERIČEK Helena, -
Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju - primerjava med letoma 2002 in 2006
2008; 47 (3): 126-136 (IZČ)

RITTWEGER Joern:

1. ŠIMUNIČ Boštjan, - , CANKAR Gregor, JURDANA Mihaela, VOLMUT Tadeja, ŠETINA Tina, MEKJAVIČ Igor B., PIŠOT Rado
Odziv sestave telesa, mišične togosti in ravnotežja po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih preiskovancih
2008; 47 (2): 60-71 (IZČ)

ROK SIMON Mateja:

1. GRMEK KOŠNIK Irena, - , HAFNER Alenka, HOVNIK KERŠMANC Marjeta, BAHOVEC Zlatko, LESJAK Katra
Poškodbe glave zaradi smučanja, drsanja, kotalkanja ali deskanja na snegu in preprečevanje teh poškodb z uporabo čelade
2008; 47 (1): 18-31 (PZČ)

ROŠKAR Saška:

1. In memoriam: izr. prof. dr. Andrej Marušič (1965-2008)
2008; 47 (3): 101 (O)

ROTAR-PAVLIČ Danica:

1. - , ŠVAB Igor, KOLŠEK Marko
Komunikacija s starejšimi bolniki v družinski medicini s pomočjo posrednika
2008; 47 (4): 173-178 (IZČ)

RUS Primož:

1. - , RUS Rina R.
Koencim Q 10
2008; 47 (2): 89-98 (PZČ)

RUS Rina R.:

1. RUS Primož, -
Koencim Q 10
2008; 47 (2): 89-98 (PZČ)

SELIČ Polona:

1. - , KERSNIK Janko, PESJAK Katja, KOPČAVAR-GUČEK Nena

Pilotna študija o nasilju v družini I: razlike med poročili bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov
2008; 47 (2): 72-80 (IZČ)

SEREC Maša:

1. Depresivnost pri bolnikih po doživetem miokardnem infarktu
2008; 47 (3): 143-148 (PZČ)

SKETELJ Janez:

1. STRLE Franc, -
Odpornost mikroorganizmov proti antibiotikom ogroža dosežke medicine
2008; 47 (3): 149-150 (PU)

SOČAN Maja:

1. - , PETROVEC Miroslav, BERGINC Nataša, DRINOVEC Bojan, EBERL-GREGORIČ Edita, FIŠER Jerneja, HARLANDER Tatjana, JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, DEŽELAK KRAMBERGER Petra, ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša
Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji
2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

STANTIČ PAVLINIČ Mirjana:

1. - , PAVLINIČ Melita
Simpozij pnevmokokne okužbe Ljubljana, 8. maj 2008
2008; 47 (3): 156-157 (O)

STRLE Franc:

1. - , SKETELJ Janez
Odpornost mikroorganizmov proti antibiotikom ogroža dosežke medicine
2008; 47 (3): 149-150 (PU)

ŠETINA Tina:

1. ŠIMUNIČ Boštjan, RITTWEGER Joern, CANKAR Gregor, JURDANA Mihaela, VOLMUT Tadeja, - , MEKJAVIČ Igor B., PIŠOT Rado
Odziv sestave telesa, mišične togosti in ravnotežja po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih preiskovancih
2008; 47 (2): 60-71 (IZČ)

ŠIMUNIČ Boštjan:

1. - , RITTWEGER Joern, CANKAR Gregor, JURDANA Mihaela, VOLMUT Tadeja, ŠETINA Tina, MEKJAVIČ

Igor B., PIŠOT Rado

Odziv sestave telesa, mišične togosti in ravnotežja po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih preiskovancih
2008; 47 (2): 60-71 (IZČ)

ŠVAB Igor:

1. Alma Ata 1978, Almaty 2008
2008; 47 (4): 159-162 (U)

2. PAVLIN Samo, - , KOVAČIČ Helena
Ugotavljanje in razvijanje ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) zdravnikov kot izhodišče za modernizacijo izobraževalnega programa
2008; 47 (3): 106-116 (IZČ)

3. ROTAR-PAVLIČ Danica, - , KOLŠEK Marko
Komunikacija s starejšimi bolniki v družinski medicini s pomočjo posrednika
2008; 47 (4): 173-178 (IZČ)

TRKOV Marija:

1. - , BERCE Ingrid, DOVEČAR Darja, GRILC Eva, BUJKO Marina, KRAIGHER Alenka
Odkrivanje nekaterih genov, povezanih z virulenco, pri sevih E. coli, ki povzročajo črevesne okužbe
2008; 47 (2): 81-88 (IZČ)

TURČIN Arijana:

1. - , KORES PLESNIČAR Blanka
Sprejem in zdravljenje brez privolitve na oddelku za psihiatrijo UKC Maribor
2008; 47 (3): 137-142 (PZČ)

TUŠAK Matej:

1. DOLENC Petra, - , DIMEC Tjaša, PIŠOT Rado
Vpliv popolne gibalne nedejavnosti na duševno zdravje in počutje zdravih mladih preiskovancev
2008; 47 (2): 53-59 (IZČ)

UČAKAR Veronika:

1. GRGIČ VITEK Marta, - , KLAUS Irena
Presejanje na spolno prenosljivo klamidijsko okužbo – pregled priporočil
2008; 47 (1): 8-17 (IZČ)

VIDMAR Ludvik:

1. - , POLJAK Mario
Rezultati testiranja na okužbo z virusom hepatitisa B in C pri osebah, ki so se odločile za prostovoljno testiranje na okužbo s HIV v obdobju september 2006 – julij 2007
2008; 47 (2): 99-100 (PU)

VOLMUT Tadeja:

1. ŠIMUNIČ Boštjan, RITTWEGER Joern, CANKAR Gregor, JURDANA Mihaela, - , ŠETINA Tina, MEKJAVIČ Igor B., PIŠOT Rado

Odziv sestave telesa, mišične togosti in ravnotežja po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih preiskovancih

2008; 47 (2): 60-71 (IZČ)

ZALETEL-KRAGELJ Lijana:

1. Petnajst let revije »Croatian Medical Journal« in njen pomen za Slovenijo

2008; 47 (3): 151-155 (PU)

ŽIVČEC-KALAN Gordana

1. BAJC Irena, PETEK-ŠTER Marija, - , KLANČIČ Dean, KERSNIK Janko

Obravnava bolnic z nezapleteno okužbo sečil v družinski medicini

2008; 47 (4): 179-186 (IZČ)

ŽOHAR-ČRETNIK Tjaša:

1. SOČAN Maja, PETROVEC Miroslav, BERGINC Nataša, DRINOVEC Bojan, EBERL-GREGORIČ Edita, FIŠER Jerneja, HARLANDER Tatjana, JURIŠEVIČ-DODIČ Anamarija, DEŽELAK KRAMBERGER Petra, -

Uvedba laboratorijskega spremljanja respiratornega sincicijskega virusa v Sloveniji

2008; 47 (1): 1-7 (IZČ)

Opomba: črke v oklepaju za številkami pomenijo eno od naslednjih rubrik:

Uvodnik, Uvodni članki (U)

Izvirni znanstveni članki (IZČ)

Pregledni znanstveni članki (PZČ)

Pismo uredništvu (PU)

Ostalo (O)

Gradivo je zbrala in uredila Petruša Miholič.

NAVODILA SODELAVCEM REVIJE ZDRAVSTVENO VARSTVO

Navodila so v skladu z **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals**. Popolna navodila so objavljena v N Engl J Med 1997; 336: 309-15 in v Ann Intern Med 1997; 126: 36-47 in na spletni strani <http://www.icmje.org>. Uredništvo sprejema v obdelavo samo članke, ki še niso bili in ne bodo objavljeni drugje. Dele članka, ki so povzeti po drugi literaturi (predvsem slike in tabele), mora spremljati dovoljenje avtorja in založnika prispevka, da dovoli naši reviji reprodukcijo.

Pri znanstvenih in strokovnih prispevkih morajo biti naslov, izvleček, ključne besede, tabele in podpisi k tabelam in slikam prevedeni v angleščino.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije.

Če delo obravnava poskuse na živalih, mora biti iz besedila razvidno, da so bili opravljeni v skladu z etičnimi načeli.

Avtorji, ki so v objavo poslano raziskovalno delo opravili s pomočjo nekega podjetja, naj to navedejo v spremnem pismu.

Tipkopis

Prispevke v elektronski obliki pošljite na naslov uredništva: **zdrav.var@ivz-rs.si**. Besedila naj bodo napisana z urejevalnikom Word for Windows. Prispevek naj bo natisnjen na belem pisarniškem papirju z dvojnimi razmikom. Robovi naj bodo široki najmanj 25 mm. Znanstveni članki naj imajo naslednja poglavja: uvod, metode, rezultati, razpravljanje in zaključek. Ostale oblike člankov in pregledni članki so lahko zasnovani drugače, vendar naj bo razdelitev na poglavja in podpoglavja jasno razvidna iz velikosti črk naslovov. Poglavja in podpoglavja naj bodo številčena dekadno po standardu SIST ISO 2145 in SIST ISO 690 (npr. 1, 1.1, 1.1.1 itd.).

Priporočljiva dolžina prispevka je za uvodnik od 250 do 700 besed; za pismo uredništvu, poročila, recenzije knjig in drugo 250 do 1250 besed; za znanstveni članek od 2000 do 4500 besed. Prispevku naj bo priloženo spremno pismo, ki ga morajo podpisati vsi avtorji. Vsebuje naj izjavo, da članek še ni bil objavljen ali poslan v objavo kakšni drugi reviji (to ne velja za izvlečke in poročila s strokovnih srečanj), da so prispevek prebrali in se z njim strinjajo vsi avtorji. Naveden naj bo odgovorni avtor (s polnim naslovom, telefonsko številko in elektronskim naslovom), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom in ostalimi avtorji.

Naslovna stran

Obsega naj slovenski in angleški naslov članka. Naslov naj bo kratek in natančen, opisen in ne trdilen (povedi v naslovih niso dopustne). Navedena naj bodo imena piscev z natančnimi akademskimi in strokovnimi naslovi ter popoln naslov ustanove, inštituta ali klinike, kjer je delo nastalo. Avtorji morajo izpolnjevati pogoje za avtorstvo. Prispevati morajo k zasnovi in oblikovanju oz. analizi in interpretaciji podatkov, članek morajo intelektualno zasnovati oz. ga kritično pregledati, strinjati se morajo s končno različico članka. Samo zbiranje podatkov ne zadostuje za avtorstvo.

Izvleček in ključne besede

Druga stran naj obsega izvleček v slovenščini in angleščini. Izvleček znanstvenega članka naj bo strukturiran in naj ne bo daljši od 250 besed, izvlečki ostalih člankov naj bodo nestrukturirani in naj ne presegajo 150 besed. Izvleček naj vsebinsko povzema in ne le našteva bistvene vsebine dela. Izogibajte se kraticam in okrajšavam. Napisan naj bo v 3. osebi. Kadar je prispevek napisan v angleškem jeziku, bo izvleček objavljen v slovenskem jeziku.

Izvleček znanstvenega članka naj povzema namen dela, osnovne metode, glavne izsledke in njihovo statistično pomembnost ter poglobitve sklepe. Navedenih naj bo 3-10 ključnih besed, ki nam bodo v pomoč pri indeksiranju. Uporabljajte izraze iz MeSH - Medical Subject Headings, ki jih navaja Index Medicus. Praviloma naj bo izvleček oblikovan v enem odstavku, izjemoma v večih. Kategorijo prispevka naj predlaga avtor, končno odločitev pa sprejme urednik na osnovi predloga recenzenta.

Reference

Vsako navajanje trditev ali dognanj drugih morate podpreti z referenco. Reference naj bodo v besedilu navedene po vrstnem redu, tako kot se pojavljajo. Referenca naj bo navedena na koncu citirane trditve. Reference v besedilu, slikah in tabelah navedite v oklepaju z arabskimi številkami. Reference, ki se pojavljajo samo v tabelah ali slikah, naj bodo oštevilčene tako, kot se bodo pojavile v besedilu. Kot referenc ne navajajte izvlečkov in osebnih dogovorov (slednje je lahko navedeno v besedilu). Seznam citirane literature dodajte na koncu prispevka. Literaturo citirajte po priloženih navodilih, ki so v skladu s tistimi, ki jih uporablja ameriška National Library of Medicine v Index Medicus. Imena revij krajšajte tako, kot določa Index Medicus (popoln seznam na naslovu URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

Navedite imena vseh avtorjev, v primeru, da je avtorjev šest ali več, navedite prvih šest avtorjev in dodajte et al.

Primeri za citiranje literature:

primer za knjigo:

1. Premik M. Uvod v epidemiologijo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1998.
2. Mahy BWJ. A dictionary of virology (2nd ed.). San Diego, Academic Press, 1997.

primer za poglavje iz knjige:

3. Urlep F. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji zadnjih 130 let. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. Družinska medicina, Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 18-27.
4. Goldberg BW. Population-based health care. In: Taylor RB, editor. Family medicine. 5th ed. New York: Springer, 1999: 32-6.

primer za članek iz revije:

5. Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. J Fam Pract 2001; 50: 589-94.

primer za članek iz revije, kjer avtor ni znan:

6. Anon. Early drinking said to increase alcoholism risk. Globe 1998; 2: 8-10.

primer za članek iz revije, kjer je avtor organizacija:

7. Women's Concerns Study Group. Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study. BMJ 2001; 322: 27-8.

primer za članek iz suplementa revije z volumnom, s številko:

8. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 2: 275-82.
9. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.

primer za članek iz zbornika referatov:

10. Sugden K. et al. Suicides and non-suicidal deaths in Slovenia: Molecular genetic investigation. In: 9th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Warwick : University of Oxford, 2002: 76.

primer za magistrske naloge, doktorske disertacije in Prešernove nagrade:

11. Bartol T. Vrednotenje biotehniških informacij o rastlinskih drogah v dostopnih virih v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, 1998.

primer za elektronske vire:

12. Mendels P. Textbook publishers extend lessons online. Pridobljeno 23.9.1999 s spletne strani: <http://www.nytimes.com/library/tech/99/09>.

Tabele

Naj bodo natipkane v besedilu prispevka na mestu, kamor sodijo. Tabele naj sestavljajo vrstice in stolpci, ki se sekajo v poljih. Tabele oštevilčite po vrstnem redu, vsaka tabela mora biti citirana v besedilu. Tabela naj bo opremljena s kratkim naslovom. Pojasnjene naj bodo vse kratice, okrajšave in nestandardne enote, ki se pojavljajo v tabeli.

Slike

Morajo biti profesionalno izdelane. Pri pripravi slik upoštevajte, da gre za črno-beli tisk. Slikovno gradivo naj bo pripravljeno:

- črno-belo (ne v barvah!);
- brez polnih površin, namesto tega je treba izbrati šrafure (če gre za stolpce, t. i. tortice ali zemljevide);
- v linijskih grafih naj se posamezne linije prav tako ločijo med samo z različnim črtkanjem ali različnim označevanjem (s trikotniki, z zvezdicami...), ne pa z barvo;
- v grafih naj bo ozadje belo (tj. brez ozadja).

Črke, številke ali simboli na sliki morajo biti jasni, enotni in dovolj veliki, da so berljivi tudi na pomanjšani sliki. Ročno ali na pisalni stroj izpisano besedilo v sliki je nedopustno. Oddajte originale slik oz. fotografije. Prosimo, da slik ne skenirate sami. Na zadnji strani fotografije naj bo napisana zaporedna številka fotografije, ime pisca in naslov članka, v dvomljivih primerih naj bo označeno, kaj na sliki je zgoraj oz. spodaj. Slike, narisane v računalniških programih, naj bodo posnete v originalnem programu na disketi. Fotografije iz rentgenogramov in diapozitivov naj priskrbi avtor sam. Vsaka slika mora biti navedena v besedilu. Besedilo k sliki naj vsebuje naslov slike in potrebno razlago vsebine. Slika naj bo razumljiva tudi brez branja ostalega besedila. Pojasniti morate vse okrajšave s slike. Uporaba okrajšav v besedilu k sliki je nedopustna. Besedila k slikam naj bodo napisana na mestu pojavljanja v besedilu.

Fotografijam, na katerih se lahko prepozna identiteta bolnika, priložite pisno dovoljenje bolnika.

Merske enote

naj bodo v skladu z mednarodnim sistemom enot (SI).

Kraticam in okrajšavam

se izogibajte, izjema so mednarodno veljavne oznake merskih enot. V naslovih in izvlečku naj ne bo kratic. Na mestu, kjer se kratica prvič pojavi v besedilu, naj bo izraz, ki ga nadomešča, polno izpisan, v nadaljnjem besedilu uporabljano kratico navajajte v oklepaju.

Uredniško delo

Prispelo gradivo daje uredništvo v strokovno recenzijo in jezikovno lekturo. Po končanem uredniškem delu vrnemo prispevek avtorju, da popravke odobri in upošteva. Popravljeni čistopis vrne v uredništvo. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine prispevka. Avtor dobi v pogled tudi prve, t. i. krtačne odtise, vendar na tej stopnji upoštevamo samo še popravke tiskovnih napak. Krtačne odtise je treba vrniti v treh dneh, sicer menimo, da avtor nima pripomb.

Za objavo prispevka prenese avtor avtorske pravice na Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije kot izdajatelja revije. Kršenje avtorskih in drugih sorodnih pravic je kaznivo.

Prispevkov ne honoriramo. Avtor dobi le izvod revije, v kateri je objavljen njegov članek. Rokopisov, slik in disket ne vračamo.

INSTRUCTIONS TO THE AUTHORS OF THE SLOVENIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Instructions are in accordance with the **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted** to Biomedical Journals. Complete instructions are published in *N Engl J Med* 1997; 336: 309-15 and in *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47 and on the URL address: <http://www.icmje.org>.

Editorial board accepts only articles, that have not been and will not be published elsewhere. Parts of the article, summarized after other sources (especially illustrations and tables) should include the author's and publisher's permission to reproduce them in our Journal. If the contribution deals with experiments on humans it should be evident from the text that the experiments were in accordance with the ethical standards of the Helsinki-Tokio Declaration.

When the work deals with experiments on animals it should be evident from the text that they were performed in accordance with the ethical principles.

Authors whose submitted research work was performed with the support of a company, should indicate this in the accompanying letter.

Manuscript

Send the manuscripts to the editorial e-mail: **zdrav.var@ivz-rs.si**. Manuscripts should be written in Word for Windows word processor. Contribution should be typed or printed on white bond paper and double-spaced with margins of at least 25 mm. Scientific articles should be divided into following headings: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions. Other types of articles and review articles can be designed differently, but the division in headings and subheadings should be clearly evident from the size of characters in the titles. Headings and subheadings should be numbered decedally by standard SIST ISO 2145 and SIST ISO 690 (e. g. 1, 1.1, 1.1.1 etc.). Recommendable length for editorial is 250 to 700 words; for letter to the editor, report and book review 250 to 1250 words; for research article 2000 to 4500 words. Manuscript should be accompanied by an accompanying letter signed by all authors. It should include the statement that the article has not yet been published or sent for publication to some other journal (this is not required for abstracts and reports from professional meetings), and that the manuscript has been read and approved by all the authors. Name, address, telephone number and e-mail address of the responsible author, who will be responsible for communication with the editors and other authors should be cited.

Title page

The title page should carry the Slovene and English title of the article, which should be short and concise, descriptive and not affirmative (statements are not allowed in the title). Names of authors with concise academic and professional degrees and full address of the department, institution or clinic where the work has been performed should be cited. Authors be should qualified for authorship. They should contribute to the conception and design resp. analysis and interpretation of data, they should intellectually draft resp. revise the article critically and approve the final version of the contribution. The collecting of data solely does not justify the authorship.

Abstract and Key Words

The second page should carry the abstract in Slovene and English. The abstract of the scientific article should be structured and of no more than 250 words, the abstracts of other articles should be unstructured and of no more than 150 words. The abstract should summarize the content and not only enumerate the essential parts of the work. Avoid abbreviations. Abstract should be written in third person. When the paper is written in English language, the abstract will be published in Slovene.

The abstract of a scientific article should state the purpose of the investigation, basic procedures, main findings together with their statistical significance, and principal conclusions. 3 - 10 key words should be cited for the purpose of indexing. Terms from the MeSH - Medical Subject Headings listed in Index Medicus should be used. The abstract should normally be written in one paragraph, only exceptionally in several. The author should propose the category of the article, but the final decision is adopted by the editor on the base of the suggestion of the professional reviewer.

References

Each mentioning of statements or findings by other authors should be supported by reference. References should be numbered consecutively in the same order in which they appear in the text. Reference should be cited at the end of the cited statement. References in text, illustrations and tables should be indicated by Arabic numerals in parentheses. References, cited only in tables or illustrations should be numbered in the same sequence as they will appear in the text. Avoid using abstracts and personal communications as references (the latter can be cited in the text). The list of the cited literature should be added at the end of the contribution. Literature should be cited according to the enclosed instructions that are in accordance with those used by U. S. National Library of Medicine in Index Medicus. The titles of journals should be abbreviated according to the style used in Index Medicus (complete list on the URL address: <http://www.nlm.nih.gov>). List the names of all authors, if there are six authors or more, list first six authors than add et al.

Examples for literature citation:

example for a book:

1. Premik M. Uvod v epidemiologijo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1998.
2. Mahy BWJ. A dictionary of virology (2nd ed.). San Diego, Academic Press, 1997.

example for the chapter in a book:

3. Urlep F. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji zadnjih 130 let. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. Družinska medicina, Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 18-27.
4. Goldberg BW. Population-based health care. In: Taylor RB, editor. Family medicine. 5th ed. New York: Springer, 1999: 32-6.

example for the article in a journal:

5. Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J Fam Pract* 2001; 50: 589-94.

example for the article in journal with no author given:

6. Anon. Early drinking said to increase alcoholism risk. *Globe* 1998; 2: 8-10.

example for the article in journal with organization as author:

7. Women's Concerns Study Group. Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study. *BMJ* 2001; 322: 27-8.

example for the article from journal volume with supplement, with number:

8. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 2: 275-82.
9. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.

example for the article from collection of scientific papers:

10. Sugden K. et al. Suicides and non-suicidal deaths in Slovenia: Molecular genetic investigation. In: 9th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Warwick : University of Oxford, 2002: 76.

example for master theses, doctor theses and Prešeren awards:

11. Bartol T. Vrednotenje biotehniških informacij o rastlinskih drogah v dostopnih virih v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, 1998.

example for electronic sources:

12. Mendels P. Textbook publishers extend lessons online. Pridobljeno 23.9.1999 s spletne strani: <http://www.nytimes.com/library/tech/99/09>.

Tables

Type or print on the place in the text where they belong. Tables should be composed by lines and columns which intersect in fields. Number tables consecutively. Each table should be cited in the text and supplied with a brief title. Explain all the abbreviations and non-standard units in the table.

Illustrations

Illustrations should be professionally drawn. When preparing the illustrations consider the black-and-white print. Illustration material should be prepared:

- In black-and-white (not in color!);
- Surfaces should have no tone-fills, hatchings should be chosen instead (in case of bar-charts, so called pie-charts or maps);
- In linear graphs the individual lines should also be separated by various kinds of hatching or by different markers (triangles, asterisks...), but not by color;
- Graphs should have white background (i. e. without background).

Letters, numbers or symbols should be clear, even and of sufficient size to be still legible on a reduced illustration. Freehand or typewritten lettering in the illustration is unacceptable. Submit original drawings resp. photographs. You are requested not to scan the illustrations by yourself. On the back of the photograph the consecutive number of photograph, author's name and the title of article should be written, and in unclear cases the top resp. the bottom should be indicated. Figures, drawn in computer programmes should be copied in original programme (software) on a disk. Photographs of X-ray films and slides should be provided by author himself. Each figure should be cited in the text.

Accompanying text to the illustration should contain its title and the necessary explanation of its content. Illustration should be intelligible also without reading the article. All the abbreviations from the figure should be explained. The use of abbreviations in the accompanying text to the illustration is unacceptable. Accompanying texts to illustrations should be written in the place of their appearing in the text.

If the identity of the patient can be recognized on the photograph, a written permission of the patient for its reproduction should be submitted.

Units of Measurement

Should be in accordance with International System of Units (SI).

Abbreviations

Avoid abbreviations, with the exception of internationally valid signs for units of measurement. Avoid abbreviations in the title and abstract. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text, abbreviation used in further text should be cited in parentheses.

Editorial work

The received material is submitted by the editorial board to professional reviewer and reader (language editor). After this editorial procedure, the contribution is sent to the author for approval and consideration of corrections. The final copy is then again submitted to the editorial board. During the editorial procedure, the secrecy of the contribution content is guaranteed. Author receives in consideration also the first print, but at this stage corrigenda (printing errors) only are to be considered. Proofreadings should be returned in three days, otherwise it is considered that the author has no remarks.

When the manuscript is accepted for publication, the author assigns copyright ownership of the material to the Institute of Public Health of the Republic of Slovenia as the publisher. Any violation of the copyright will be legally persecuted.

Contributions are not remunerated. The author receives one copy of the issue in which the article is published. Manuscripts, illustrations and disks will not be returned.

BELEŽKE

[illegible]

[illegible]

ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

Mateja Bulc, Janko Kersnik, Wienke Boerma, Martina Pellny
Primary health care quality management project (1)

Janez Rifel, Igor Švab
Prevalence of abdominal obesity in Slovene primary health care attendees – the IDEA study (18)

Majda Brovč, Janja Ahčin, Marinka Šlajpah, Danica Rotar- Pavlič
Economic immigrants in Slovenia and their attitudes towards ill health - a qualitative study (26)

Zalika Klemenc-Ketiš
Analysis of referrals to physical therapy at the Topolšica Health Resort (33)

REVIEW ARTICLE

Blanka Kores Plesničar, Andrej Plesničar
Depression and physical activity (40)

CONTENTS BY AUTHORS IN ALPHABETICAL ORDER - Zdravstveno varstvo 2008 (45)

CODEN ZDVAFY • UDK 613 / 614 + 628 • ISSN 0351 - 0026



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE