

Javnozdravstveni pristup u prevenciji kroničnih bubrežnih bolesti – probir za kroničnu bubrežnu bolest

**Arsen Stanić¹, Ranko Stevanović², Ivan Pristaš², Aleksandar Jovanović³,
Nataša Jurlina³, Višnja Bešić Barun³, Teodora Not⁴, Nevenka Krčmar⁵**

¹Ortopedska klinika Lovran

²Hrvatski zavod za javno zdravstvo

³PUOOM, DZ Centar, Zagreb

⁴Centar za rehabilitaciju „Zagreb“, Podružnica Slobodština

⁵PUOOM, DZ Čakovec

SAŽETAK Preventivni pregledi ne provode se dovoljno. Rano otkrivanje (probir) na kronične bubrežne bolesti metoda je izbora za prevenciju kod rizičnih skupina, osobito kod oboljelih od hipertenzije, dijabetesa, dislipidemije, pozitivne obiteljske anamneze, pretilosti itd. U radu je opisan, s javnozdravstvenog i organizacijskog aspekta, scenarij uspješne organizacije i provedbe probira na kroničnu bubrežnu bolest. Posebno su specificirani i obrađeni problemi planiranja probira, budžeta, vodstva i voditelja, odabira (definicije) populacije u obuhvatu, odabira metode (testa), edukacije, kampanja i PR za građane, mjesta i osoblja za provođenje probira, vremena u kojem će se probir dovršiti, prikupljanja podataka o rezultatima, analizi podataka, izradi i uporabi informacija. Kod svakog probira valja biti siguran da će se za sve osobe s pozitivnim nalazima osigurati brza, učinkovita dijagnostika i terapije. Kvaliteta, pouzdanost podataka i informacija ovise o motiviranosti osoba koje provode probir te računalima i softverima u koje se unose i obrađuju podaci.

KLJUČNE RIJEČI prevencija, kronična bubrežna bolest, probir, organizacija

„Ključ problema čitave Hrvatske, ne samo zdravstva, je potpuna nekultura činjenica i podataka.“

(prof. Stipe Orešković, Feral Tribune, 9. lipnja 2001.)

Preventivni pregledi ne provode se dovoljno; bolje bi bilo reći da nikada nije dovoljno ili previše baviti se preventivom. Hrvatska je izmislila aktivnu preventivnu skrb za sveukupno pučanstvo, dom zdravlja, specijalizaciju iz obiteljske medicine. Tu se misli prije svega na profesora Andriju Štampara i aktivnosti koje su se provodile prije i nakon II. svjetskog rata. Nažalost, fasciniranost uspjesima kliničke medicine, okretanje razvoju specijalističke, sofisticirane skrbi i skrbi utemeljene na tehnološkim inovacijama s jedne strane i promjene u razvoju zdravstva koje je utemeljeno na farmaceutskom i kliničkom (pretežito kirurškom) pristupu s druge strane, malo po malo, potisnule su preventivne mjere i aktivnosti. Tako je tijekom 2005. godine u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj zabilježeno ukupno samo 76.311 sistematskih, periodičnih i kontrolnih pregleda odraslih, 23% manje nego u 2004. godini. U odnosu na 1995. godinu ovih

pregleda je za 3% manje, a u odnosu na 1990. godinu za 79% manje. Ovako mali broj preventivnih pregleda, isto kao i mali broj kućnih posjeta, govori da su djelatnosti primarne zdravstvene zaštite zbog destimulacije (nedostatka mehanizma financiranja preventivnih djelatnosti) postale pasivne zdravstvene djelatnosti koje utvrđuju i liječe bolesti i ne utječu značajnije na pozitivne promjene zdravlja populacije, kako je zakonski i deklarativno propisano.¹ Ukratko rečeno, originalna hrvatska ideja o aktivnoj skrbi za sve pučanstvo i preventivu značajno se razvodnila. Ali, to je samo još jedna u slijedu genijalnih originalnih hrvatskih ideja koje su završile više drugima na korist (kao i padobran, torpedo, penkala, visokofrekventna struja i drugi originalni hrvatski izumi).

PREVENTIVNI PREGLEDI

Preventivni pregledi su pregledi koji se u pravilu rade u onih koji smatraju sebe zdravima i nemaju nikakvih simptoma niti problema. Preventivni pregledi se dijele na sistematske, ciljane i kontrolne.²

Sistematski pregledi su vrsta preventivnih pregleda kada jedan ili više doktora, najčešće specijalista, pregle-

dava više organskih sustava, npr. glava i vrat, živčani sustav, osjetila, psihijatrijski pregled, internistički pregled (kardiovaskularnog sustava, dišnog, probavnog sustava), genitourinarnog sustava, kože, kostiju zglobova i mišića. Nakon svakog od ovih pregleda daje se zaključno mišljenje koje u pravilu može biti BO, potrebna kontrola (nekog sustava ili ukupno) za određeno vrijeme i/ili se pregledanoga upućuje na dijagnostički/terapijski tretman.

Ciljani pregledi provode se za utvrđivanje bolesti/sumnje na bolest određenog organa ili organskog sustava.

Kontrolni pregledi se provode nakon preventivnog pregleda s ciljem utvrđivanja kako se određena bolest ili sumnja na bolest razvija, ili češće, da se utvrdi kako je poduzeti dijagnostički/terapijski tretman rezultirao u odnosu na bolest/postavljenu sumnju na bolest.

Korisnost preventivnih pregleda može se dokazati na jednom hrvatskom primjeru: od 18.856 osoba starijih od 45 godina pregledanih u 2003. godini za ukupan trošak od samo milijun kuna postavljena je do tada nepoznata sumnja na rak kod 289 žena i 171 muškarca, nepoznata sumnja na kardiovaskularnu bolest postavljena je kod 2100 žena i 2048 muškaraca, sumnja na oštećen metabolizam glukoze postavljena je u 768 žena i 1127 muškaraca, sumnja na neku drugu bolest, neotkrivenu ranije postavljena je kod 3106 pregledanih osiguranica i 2628 pregledanih osiguranika.

EPIDEMIOLOŠKI PODACI O BOLESTIMA SUSTAVA MOKRAĆNIH ORGANA¹

Epidemiološki podaci o bolestima sustava mokraćnih organa prikupljeni iz rutinske zdravstvene statistike odnose se na umrle i hospitalizirane osobe, te na broj utvrđenih bolesti i stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (tablice 1-3).

Po broju umrlih, skupina bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa na sedmom je mjestu s oko 750 umrlih, stopom od 17 umrlih na 100.000 stanovnika i udjelom od 1,5% od ukupnog broja umrlih osoba.

Podaci o bolestima i stanjima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne mogu poslužiti za određivanje udjela pojavljivanja pojedinih značajnih bolesti (ili skupina bolesti), nego samo kao uvid u kretanje učestalosti korištenja zdravstvene zaštite u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite zbog pojedinih bolesti i stanja. U 2005. godini, prema redoslijedu udjela utvrđenih bolesti i stanja zabilježenih u djelatnostima opće/obiteljske medicine i djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece, bolesti mokraćnih i spolnih organa nalaze se na četvrtome mjestu s 531.331 slučajem ili udjelom od 6%.

PROBIR

Probir (engl. *screening*) vrsta je ciljanog pregleda koji je u cilju ranog/pravodobnog otkrivanja bolesti usmjeren

TABLICA 1. Podaci o umrlima s prebivalištem u Hrvatskoj po skupinama bolesti te udio i stope na 100.000 stanovnika u 2005. godini po spolu

Skupina bolesti – stanja	Broj stanovn.	%	Stopa na 100.000	Rang	Broj stanovn.	%	Stopa na 100.000	Rang	Broj stanovn.	%	Stopa na 100.000	Rang
XIV – Bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa	758	1,46	17,08	7	322	1,24	15,08	8	436	1,69	18,94	7
Ukupno	51.790	100,0	1.167,11		26.066	100	1.220,38		25.724	100,0	1.117,68	

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2006. g. (DEM-2/05)
Stanovništvo – Popis 2001. godine – Ukupno: 4,437.460; Muški: 2,135.900; Žene: 2,301.560

TABLICA 2. Bolnički pobol i struktura (%) hospitalizacija po dobnim skupinama te skupinama bolesti (MKB 10) u bolnicama Hrvatske 2005. godine

Skupina bolesti – stanja		Ukupno	0	1–4 godine	5–9 godina	10–19 godina	20–39 godina	40–59 godina	60 i više godina	Nepoznata dob
XIV – Bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa		47.487	922	1132	1281	1798	8419	13.441	14.871	5.623
	%	8,0	4,5	6,6	6,3	5,5	10,2	9,9	6,4	10,8
Ukupno		592.288	20.565	17.129	20.300	32.415	82.867	135.598	231.324	52.090
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Izvor podataka: Bolesničko–statistički obrazac

Po broju hospitalizacija skupina bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa, s oko 47.500 hospitalizacija, sudjeluju s 8% u ukupnom broju hospitalizacija u Hrvatskoj.

TABLICA 3. Utvrđene bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa i ukupno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj u 2005. godini

	Bolesti i stanja MKB 10	Šifra	0–6g.	7–19g.	20–64g.	65 i v.	Ukupno
88	Glomerulske bolesti bubrega	N00–N08	151	357	2.643	1.493	4.644
89	Tubulointersticijske bol. bubrega	N10–N16	1.537	1.333	8.629	5.136	16.635
90	Bubrežna insuficijencija	N17–N19	29	89	3.849	4.107	8.074
91	Urolitijaza (mokraćni kamenci)	N20–N23	128	740	24.861	10.691	36.420
92	Upala mokraćnog mjehura (cistitis)	N30	15.040	24.283	138.805	68.225	246.353
93	Druge bolesti urinarnog sustava (osim N30)	N25–N39	3.913	3.809	24.380	13.533	45.635
94	Hiperplazija prostate	N40	0	0	19.864	27.905	47.769
95	Druge bol. muških spolnih organa	N41–N51	3.939	2.276	18.360	7.127	31.702
96	Poremećaji u menopauzi	N95	0	0	22.476	1.067	23.543
97	Ostale bolesti ženskih spolnih organa		1.076	6.903	52.848	9.729	70.556
	Međubroj za N00–N99 Bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa)		25.813	39.790	316.715	149.013	531.331
	UKUPNO BOLESTI I STANJA (bez V01–Y98)		1.219.226	1.224.394	4.270.178	2.167.775	8.881.573

na obuhvat cijele populacije, ili najvećeg dijela populacije koja je na poseban način ugrožena od određene bolesti.

Problem provedbe probira, prikupljanja, primarne obrade, analize i interpretacije podataka te primjene rezultata jedan je od problema koji i najbolji menadžment mogu opteretiti nepotrebnim dvojama, nedosljednostima, upitnim rješenjima i nejasnim rezultatima. Na pitanje gdje su dokazi o uspješnosti treba se unaprijed pripremiti, i to na sljedeći način:

1. Imati naslov projekta/probira
- npr. ciljani pregled/probir za otkrivanje kronične bubrežne bolesti
2. Imati definiciju problema, bolesti koja se rano otkriva (dijagnosticira i liječi)
- standardiziranu, međunarodno usporedivu (najbolje uz pomoć MKB-10, najmanje na četvrti znak)
3. Imati plan
- plan sadržava opis problema i cilj, način provođenja, imenovanje izvršitelje i sudionike, rokove, intervencije, način evaluacije i materijalna (financijska) i tehnička sredstva
4. Imati fiksni budžet
- između genijalne ideje i realizirane ideje razlika je samo u fiksnom budžetu
5. Imati vodstvo (voditelja i voditelje – izvršne producente projekta)
- organizacija vodstva treba biti ravna, a ne zašiljena – više izvršnih producenata bolje je od jednog voditelja
6. Odabir (definicija) populacije u obuhvatu
- točno definirati koja populacija/uzorak populacije će biti aktivno pozvan i uključen u probir
7. Odabir metode (testa)
- što jeftiniji i jednostavniji za primjenu, što pouzdaniji, sa što manjim udjelom lažno pozitivnih i lažno negativnih nalaza

8. Provesti edukaciju

- za sve izvršitelje i sudionike u projektu/probiru

9. Napraviti kampanju i komunikacijsku strategiju (public relations – PR) za građane

- široka javna kampanja treba biti usmjerena na promjenu mišljenja i stavova u populaciji. Treba objasniti što građani dobivaju ako se odazovu pozivu. Opetovano i personificirano pozivanje od osoba kojima vjeruju (patronažna sestra, izabrani liječnik, „doktor od povjerenja“, a ne fond, političari, HZZO, HZZJ) daje puno bolje rezultate od općih poziva. Vrlo je teško pridobiti populaciju na probir i preventivne preglede. Začudo, preventivne mjere nisu popularne kod građana. Ima nekoliko razloga za to. Prvi je podsvjesni neracionalni strah od bolesti i umiranja („Što ako mi nešto otkriju, čeka me obrada, bolnica, operacija, zračenje, možda smrt...“). Događa se fenomen da su bolesnici ljuti na doktora koji im je rano (i na vrijeme) otkrio neku bolest a „ljube ruke“ onima koji su ga operirali. Da se našalimo: racionalnije je izraziti zahvalnost doktoru koji na vrijeme otkrije bolest, nego onome koji je pokušava (ponekad neuspješno) izliječiti. Ali, s podsvijesti se teško boriti. Drugi razlog je nemotiviranost i konformizam građana da u punom zdravlju nađu vrijeme koje nemaju i upuste se u preventivni pregled. „Što ću zdrav kod doktora?“ još je jedno neracionalno pitanje koje ne motivira ljude na sudjelovanje u probiru. Treći je razlog da rezultati preventivnih pregleda često upozoravaju ljude na rizično ponašanje i traže od njih promjene životnih navika. Ljudima je lijepo piti i pušiti, jesti ukusnu i slasnu hranu, ležati na kauču i gledati TV program, živjeti „punim“ životom. Potpuno su svjesni svojih rizika i narušenog ili barem načetog zdravlja i podsvjesno, iracionalno izbjegavaju doći u sraz s

posljedicama. Nadalje, problem je podsvjesna misao „*bolje jednu godinu u izobilju, kao kralj, nego 100 godina kao siromah*“, što zatvara krug razloga zbog kojih građani ne „navijaju“ za preventivu. Odgovor na ova pitanja mora se ponuditi građanstvu kako bi obuhvat preventivne akcije bio zadovoljavajući.

10. Tko će raditi probir

- postoje „prirodna mjesta“ za probir: ordinacije primarne zdravstvene zaštite s patronažnim sestrama. Kad poznati pozove, onome koji ima karton obveza je javiti se. Za ostale je teško naći vremena, motiva i sl. Ako se to radi na drugome mjestu, potrebno je posebno opremiti i promovirati ta mjesta.

11. Treba jasno odrediti vrijeme u kojem će se probir dovršiti (provoditi)

- kad se probir radi prvi put (npr. s 29 navršenih godina života) kako često se ponavlja – shema ponavljanje testa (npr. svake treće godine do 65 godina, svake godine nakon 65 godina) itd.

12. Prikupiti podatke o rezultatima

- prikupljanje na papirima, prijepis i unos podataka traju dugo, stoje mnogo i generiraju velik broj pogrešaka. U svakom ozbiljnijem projektu potrebno je informatizirati baratanje s podacima i informacijama (po mogućnosti interaktivno, proaktivno, *web-based*), bez puno utjecaja od onih koji unose i upisuju podatke.

13. Analizirati podatke, izraditi informacije

- ako se koristi dobro postavljeni informacijski sustav, on može imati postavljene gotove, on-line osnovne obrade i analize, tablice i grafove („uživo“) uz mogućnost dodatne obrade od korisnika sustava bez isporučitelja

14. Upotrijebiti informacije

- analizirani podaci koriste se u planiranju zdravstvenih potreba i kapaciteta, jedini su izvor za međunarodne, županijske i lokalne usporedbe, na osnovi njih planiraju se, razvijaju i razmještaju zdravstveni resursi. Podaci se mogu koristiti u evaluaciji rada pojedinaca i ustanove, temelj su kategorizacije i akreditacije pojedinaca, timova i ustanova. Često su važna referenca kod dodjele sredstava, projekata, poslova, opreme, kadrova.

15. Važno: kod svakog probira valja biti siguran da će se za sve osobe s pozitivnim nalazima osigurati brza, učinkovita dijagnostika i terapije

- prvo pravilo preventive i provedbe probira i preventivnih pregleda jest da se oni odnose na preventabilne bolesti, znači na one koje se mogu spriječiti ili ranim otkrivanjem izliječiti ili staviti pod kontrolu. Za sve za koje se utvrdi opravdana sumnja na neku bolest mora se osigurati potrebna dijagnostička i kurativna obrada i tretman. Znači, svi kojima se utvrdi sumnja na neku bolest trebaju biti promptno upućeni i obrađeni daljnjim dijagnostičkim i kurativnim postupcima.

KVALITETA PODATAKA POKAZATELJ JE I KVALITETE RADA

Dokazana je činjenica da je kvaliteta podataka jedan od važnih pokazatelja kvalitete rada ili, jednostavnije, one

ordinacije i ustanove koje imaju kvalitetnije podatke pružaju i bolju skrb.³ Pod pojmom kvalitete podataka ne misli se na upisane podatke i matematičke rezultate, već na točnost i sveobuhvatnost izvješćivanja. S druge strane, dokazano je da sustav točnog i sveobuhvatnog sustava izvješćivanja posebno motivira doktore i timove da rade kvalitetnije, uče više i primjenjuju bolje metode, što u ukupnosti pridonosi ostvarenju jednog od važnijih ciljeva svakog menadžera: jačanje ugleda i dobivanje poslova, rast neopipljivoga (*intangibles*), rast rezultata „koji se ne mogu lako objasniti“.

O čemu ovisi kvaliteta podataka (pokazatelja)

Kvaliteta primarnih podataka ovisi najviše o motiviranosti zdravstvenih djelatnika, opremljenosti računalima te softverima za prikupljanje podataka i o educiranosti kadrova za rad na prikupljanju podataka.

Motivacija. U bilježenju mnoštva podataka o radu, u obvezama izvješćivanja prema Zavodu za platni promet (ZAP), Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO), Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (HZJZ) i drugima u pravilu se ponavlja ista pojava. Najtočnije i najgorljivije se prikupljaju i obrađuju podaci za ZAP – podaci o novcu i porezima koji moraju biti točni do u lipu. Drugi po kvaliteti su podaci za poslodavca (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje), koji (moraju) biti točni do u bod. Iza tolike koncentracije i bilježenja nedostaje vremena i snage za bilježenje podataka o vlastitome radu i bolesnicima. Podaci o broju osiguranika u skrbi, broju posjeta i pregleda, utvrđenim bolestima i stanjima, podaci o ishodima i rezultatima rada ne bilježe se sustavno i točno. Upravo podaci o radu na koje treba biti ljubomoran i od kojih ovisi uspješnost i karijera najmanje su točni i njima se pridaje najmanje važnosti.

Uzroci nemotiviranosti: dio podataka o morbiditetu i mortalitetu bilježi se uz primjenu kompliciranih i brojnih pravila za bilježenje koja mogu primjenjivati samo educirani i uvježbani timovi ili doktori. Podaci o učinjenim pretragama i zahvatima nerijetko se moraju „uštimavati“ za potrebe prije navedenih izvješćivanja, računalni programi za bilježenje ovog dijela podataka najčešće su insuficijentni, često sasvim suprotno pravilima dopuštajući netočno bilježenje podataka, a najveći broj podataka o bolesnicima može se dobiti jedino ako se upisuju i traže „pješice“ itd.

Za uspješnost projekta treba poticati izvršitelje i sudionike da TOČNO prikupljaju SVE potrebne podatke.

Računala i softver za prikupljanje podataka.^{4,5} Stotine raznih podataka o osiguranicima i radu dnevno je potrebno upisivati u ordinacijama i ustanovama zdravstva obiteljske medicine. Njih je potrebno dnevno, tjedno, mjesečno i godišnje objedinjavati i često ispunjavati obrasce koje redovito treba dostavljati HZZO-u, HZJZ-u, Ministarstvu zdravstva, osiguranicima ili drugim tražiteljima. Nekada se evidencija vodila preko knjiga u koje se uglavnom upisivao svaki istraživani događaj. Svako upisivanje u knjige evidentiralo se u karton kako bi se izbjeglo višestruko bilježenje i osigurala kvaliteta podataka, a rubno bušene kartice koje su obrađivane me-

hanički pomoću dugačkih igli bile su vrhunac tehnike. Iako sporo i mukotrpno, podaci su bili točno upisivani, kontrolirani i obrađivani. Dispanzersku metodu rada koja podrazumijeva veliku brigu o podacima, bez kojih nije bilo mogućnosti aktivnog pristupa osiguranicima i populaciji u obuhvatu, provodili su svi timovi primarne zdravstvene zaštite.

Informatika je velikim koracima ušla u suvremeni život i rad velikog broja ljudi. Pad cijena računala i softvera omogućio je da računala u deset posljednjih godina postanu dostupna većini ureda, ustanova i domaćinstava. Ordinacije i zdravstvene ustanove također su slijedile ovakav razvoj. Otpor uvođenju računala, koji se u početku osjećao, postupno se smanjivao, a pozitivna iskustva onih koji su „prešli” na računala praktički je posve isključio otpor. Nakon „računalnog šoka” koji je, osim u mladima, očekivani događaj kod susreta s računalnom tehnikom, već za nekoliko tjedana i okorjeli „protivnici” rada na računalima postanu svjesni prednosti i olakšanja koja im stoje na raspolaganju. Već nakon mjesec-dva rada na računalu praktički nitko više ne pristaje na „vraćanje na staro”.

Danas, s manjim udjelom srednjega kadra i povećanim administriranjem (uz bilježenje rada, primjerice, timovi u zakupu imaju i brojne obveze u administriranju financijskih i knjigovodstvenih podataka, a broj se individualnih evidencija i obrazaca umnogostručio) planirano očekivano olakšavanje rada s podacima uvođenjem računalne tehnike u prikupljanju i obradi podataka izostalo je. Idealno, rad sa svakim osiguranikom, poduzete mjere i postupke treba samo upisati u računalno koje će, prema potrebi, generirati podatke, izrađivati (i tiskati na obrasce) sva rutinska izvješća.

Primjer: bilježenje morbiditeta. Zbog nepridržavanja pravila SZO-a da se kronične bolesti bilježe jedanput na godinu, a akutne bolesti kod svake epizode bolesti u godinu dana (što programski nije riješeno niti u jednom od testiranih programa) i potrebe da se za HZZO svaki dolazak osiguranika u ordinaciju opravda nekom dijagnozom, u izvješćivanju prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (zdravstvena statistika) dio liječnika imao je isti ili veći broj dijagnoza nego posjeta (iskazani podaci o morbiditetu su nekoliko puta veći od stvarnih). Ovakav nesporazum vraćanjem obrazaca na ispravljanje nepotrebno je opteretio timove dodatnim ručnim i improviziranim rješenjima i vratio ih na stari način bilježenja morbiditeta. Također, obveza dvojnog bilježenja morbiditeta kod ozljeda i otrovanja nije se mogla ispuniti u najvećem broju testiranih programa. Pouzdanost ovakvih podataka sigurno je manja nego kada bi upisivanje dijagnoza bilo riješeno logičkom kontrolom u dijagnozama koje onemogućava upisivanje (zbog pogreške u sintaksi ili upisivanju) pobačaja i poroda u muškaraca, problema s prostatom u žena, staračkog srca u djece i menarha u dječaka.

Internetizacija, pozitivna deregulacija. Manji setovi podataka koji daju minimum podataka potreban za ispunjavanje projektnih obveza i kompleti koji omogućuju kontrolu provođenja programa i/ili djelotvornosti i

učinkovitosti, primjerice kontrolom ishoda, kvocijenta pregleda, dijagnostičkih i specijalističkih uputnica, zadovoljstva korisnika i rada putem odabranih indikatora, ušteda koju jedan tim ostvaruje sveobuhvatnijim i boljim radom itd.

KORIŠTENJE PODATAKA

Posebno je važno u vlastitome radu i razvoju koristiti prikupljene podatke (svoje, podatke „konkurencije”) i druge – za lokalne i međunarodne usporedbe. Često se u dobroj analizi podataka skrivaju rješenja koja bi mogla biti ključna za redizajn koji može donijeti razvoj i zaradu. Samo oni koji imaju dobre podatke mogu brzo pretraživati gdje su novci, projekti, profit, potrebna kvalitetna edukacija, dobri poslodavci (Johnson S., Blanchard K. Tko je maknuo moj sir?: kako se uhvatiti u koštac s promjenama na poslu i u svakodnevnom životu – prijevod knjige *Who moved my cheese?*, web stranica: www.whomovedmycheese.com, Tuma. Ljubljana. 2001.).

ZAKLJUČAK

Preventivni pregledi u cjelini, pa tako i oni za rano otkrivanje (probir) na kronične bubrežne bolesti ne provode se dovoljno. Kod rizičnih skupina, osobito kod oboljelih od hipertenzije, dijabetesa, dislipidemije, pozitivne obiteljske anamneze, pretilosti itd., rano otkrivanje (probir) na kronične bubrežne bolesti metoda je izbora za prevenciju. Scenarij uspješne organizacije i provedbe probira na kroničnu bubrežnu bolest zasniva se na dobrom planiranju probira, budžeta, vodstva i voditelja, odabira (definicije) populacije u obuhvatu, odabira metode (testa), edukacije, kampanja i PR-a za građane, mjesta i osoblja za provođenje probira, vremena u kojem će se probir dovršiti (provoditi), prikupljanja podataka o rezultatima, analizi podataka, izradi i uporabi informacija. Kod svakog probira, pa tako i kod ranog otkrivanja kronične bubrežne bolesti, valja biti siguran da će se za sve osobe s pozitivnim nalazima osigurati brza, učinkovita dijagnostika i terapije. Kvaliteta, pouzdanost podataka i informacija ovise pak o motiviranosti osoba koje provode probir, njihovoj edukaciji, te računalima i softverima u koje se unose i obrađuju podaci.

Public Health Approach in Chronic Kidney Disease Prevention – screening for Chronic Kidney Disease

ABSTRACT Preventive examinations are not frequent enough conducted. Early detection (screening) of chronic kidney diseases is a recommended method suitable for prevention in high risk groups, especially in those with hypertension, diabetes, dyslipidemia, disease presence in family history, obesity, etc. The successful chronic kidney disease screening management and conduction scenarios have been described in the article. Planning challenges of screening, budget, leadership and leaders, selecting population to be involved and methods (screening tests), education, campaigns, PR for citizens, location and needed personnel, project duration, data collection and analysis and information production and usage, all have been particularly specified and elaborated. It has also been emphasized that all persons with positive test results must be provided with further rapid and effective diagnostics and therapy procedures. With particular regard it has been high lightened that the quality and reliability of data and information depend on motivation of the screening conducting personnel and hardware and software used for data entry and analysis.

KEY WORDS prevention, chronic kidney disease, screening, management

LITERATURA

1. Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2005. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2004.
2. Katić M, Perinović R, Žalac D, Jovanović A. Razlozi dolaska bolesnika liječniku opće medicine. (Primjena ICPC–2). Med Fam Croat 1994;2:5–12.
3. Krčmar N, Stevanović R, Kovačić L, Merzel M. Reforma doma zdravlja, obiteljske medicine i zdravstvene zaštite u zajednici. VII. kongres obiteljske medicine. Opatija: HUOM, 2001;219–27.
4. Stevanović R, Pristaš I, Ivičević U, Uhernik A, Stanić A. Development and deployment of a health information system in transitional countries (Croatian experience). Stud Health Technol Inform. 2005;114:82–7.
5. Stevanović R. Informacijska tehnologija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. 1. hrvatski kongres telemedicine s međunarodnim sudjelovanjem. Zagreb: Hrvatsko društvo za telemedicinu, 2002;86–7.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Arsen Stanić, dr. med.
Klinika za ortopediju Lovran
Šetalište Maršala Tita 1, Lovran
E–mail:
Telefon: