

Prekomjerna liječnička praksa: ničiji dobitak

TAMARA POLJIČANIN,¹ KATJA ERJAVEC,² BLAŽENKA HUNJAK,¹
TOMISLAV BENJAK,¹ SINIŠA VARGA³

¹ *Hrvatski zavod za javno zdravstvo,*

² *Klinička bolnica «Mercur»,*

³ *Ministarstvo zdravlja,*

Sažetak Suvremena zapadna medicina postaje sklona prekomjernom korištenju dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti koje joj stoje na raspolaganju i s time povezanom liječenju pacijenata na neprimjerenim razinama zdravstvene zaštite. Pacijenti se sve češće upućuju na liječenje u bolnicu, što potvrđuje tendencija pada odnosa broja pregleda u primarnoj i sekundarnoj odnosno tercijarnoj razini, a gotovo četvrtina propisanih antibiotika koristi se za infekcije koje nisu uzrokovane bakterijskim uzročnicima.

Sagleda li se zdravstveni sustav u cjelini, navedena prekomjerna liječnička praksa često ne ostavlja dovoljno resursa za korisnike kojima je pomoć doista potrebna, dok istovremeno ne doprinosi zdravlju onih kojima je pružena ili mu čak i škodi. Kvalitetna zdravstvena skrb ne podrazumijeva trenutačno zbrinjavanje svih pacijenata u bolničkim uvjetima, već prepoznavanje odgovarajućeg oblika i razine liječenja kvalitetnim algoritmima i smjernicama. Kod svakog pojedinog bolesnika potrebno je prvenstveno utvrditi postoji li potreba za liječničkom skrbi i sukladno tome odrediti primjerenu razinu zdravstvene zaštite, a pacijente kod kojih liječnička procjena ne ukazuje na takvu potrebu educirati o odgovarajućem samozbrinjavanju i praćenju simptoma.

Organizirano i promišljeno usmjeravanje liječenja na odgovarajuću razinu važan je preduvjet očuvanja i unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi. Vodeći računa o individualnim potrebama pacijenata i potrebama društva u cjelini, liječenje se mora optimizirati da bude najprimjerenije u individualnom, društvenom i ekonomskom smislu. Zdravstveni sustav jedino na taj način može nastaviti funkcionalno, kvalitetno i spremno ispunjavati zahtjeve suvremene medicine i društva u cjelini.

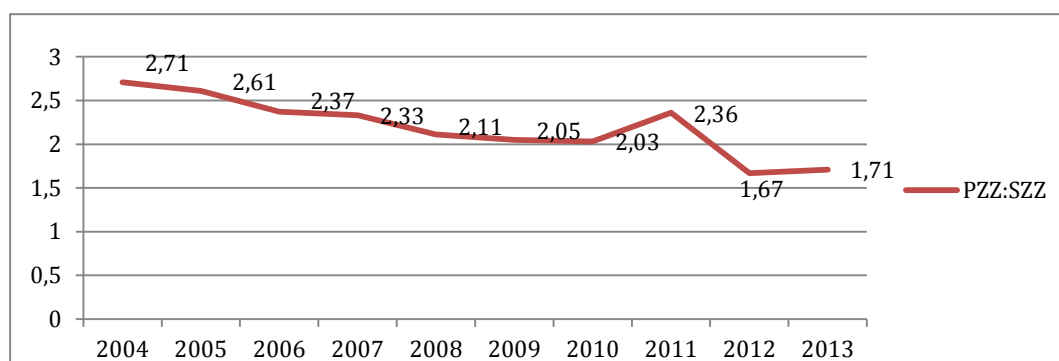
Ključne riječi. zdravstvena zaštita, liječnička praksa, akutne infekcije gornjeg dišnog sustava

Suvremena zapadna medicina nezamisliva je bez sofisticiranih medicinskih pretraga, opsežne laboratorijske i radiološke dijagnostike i potpornih liječenja. Pacijenti se čak i s najbezazlenijim simptomima često odmah javljaju liječniku, što pak nerijetko rezultira provođenjem nekoliko dijagnostičkih postupaka; laboratorijskih analiza, radioloških pretraga, specijalističkih pregleda i drugih pretraga. U bolnicama pak liječnici propisuju isključivo dijagnostičke i terapijske postupke iz područja svoje specijalnosti, a problemi ostalih organskih sustava nerijetko zahtijevaju još jedno konzilijarno mišljenje drugog subspecijalista.

Na prvi pogled je skrb koja se pruža vrlo brižna, no sagledamo li sustav u cjelini postavlja se pitanje je li to zaista uvijek neophodno. Smanjuje li ovakva liječnička praksa kvalitetu života naših bolesnika, ne ostavljajući dovoljno resursa za one kojima bi pomoć možda bila potrebija, a da istovremeno ne doprinosi zdravlju onih kojima je

pružena ili mu čak i škodi? U želji da učine baš sve kako bi potvrdili ili uklonili i najmanju sumnju, rukovodeći se prema modelu ‘najgoreg mogućeg scenarija’, ili čak samo nesigurnosti radi, liječnici često ordiniraju nepotrebne dijagnostičke i terapijske postupke kojima se nenamjenski troše zdravstveni resursi i narušava kvaliteta života bolesnika.¹

Razmotre li se trendovi odnosa broja pregleda na primarnoj razini zdravstvene zaštite i sekundarnoj/tercijarnoj razini u proteklih 10 godina, uočava se izraziti trend pada (slika 1). Sekundarna zdravstvena zaštita sve se više opterećuje zbog sve češćeg upućivanja u bolnicu nakon što se bolesnici jave na hitnu pomoć ili svom doktoru obiteljske medicine, vjerojatno dijelom zbog želje da se određene sumnje potvrde ili isključe, ali moguće i zbog inzistiranja samih bolesnika da dobiju viši stupanj zdravstvene zaštite odnosno specijalističko-konzilijarni pregled.



Slika 1: Odnos broja pregleda u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 2004-2013

U 2004. godini na svakih 2,71 pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavljen je jedan specijalistički pregled, dok je u 2013. godini na svakih 1,71 pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavljen jedan specijalističko-konzilijarni pregled. Općenito u odnosu na 1995. godinu, broj upućivanja na specijalističke preglede povećan je za 26%. Naoko pozitivni pomaci se uočavaju 2013. godine kad je zabilježeno 6.354.624 upućivanja od strane timova primarne zdravstvene zaštite, što je za 5,6% manje nego u 2012. godini, no istovremeno je u navedenom razdoblju zabilježeno ukupno 10,73% manje svih pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Starenje radne i opće populacije u zemljama Europske unije predstavlja veliki izazov državnim zdravstvenim sustavima i njihovoj održivosti. Procjenjuje se da će do 2020. godine u Europskoj Uniji nedostajati oko milijun zdravstvenih djelatnika odnosno oko 15% aktivne radne snage, uz najizraženiji nedostatak liječnika, zubara, ljekarnika, fizioterapeuta i medicinskih sestara.²

U navedenim uvjetima neophodno je preispitati postojeće modele liječenja, osuvremeniti ih tako da pružaju bolesnicima optimalnu zdravstvenu skrb - skrb koja im je stvarno potrebna. Temeljem takve analize nužno je provoditi skrb u kojoj je razina zdravstvene zaštite i pripadajućih medicinskih postupaka primjerena složenosti zdravstvenih problema pacijenata. Također, važno je i educirati pacijente o njihovoj odgovornosti i aktivnoj ulozi u ovakvom modelu zdravstvene skrbi.

Treba li se pacijent uvijek po prvoj pojavi simptoma odmah javiti liječniku obiteljske medicine? Samozbrinjavanje, ostanak u domu, praćenje simptoma i njihovog razvoja pruža brojne prednosti poput aktivne uloge bolesnika u liječenju, brže dostupnosti simptomatskoj terapiji, bržeg olakšanja simptoma, djelotvornijeg korištenja zdravstvenih resursa i smanjenja troškova liječenja.³ Kao i svi postupci u medicini, i samozbrinjavanje je povezano s rizicima u slučaju pogrešne pretpostavke pacijenta o uzroku bolesti, krivog postavljanja dijagnoze od strane pacijenta, pojave težih nuspojava lijekova, njihove interakcije ili neodgovarajuće primjene. Potrebno je stoga preispitati treba li podržavati 'pretjeranu liječničku praksu' iz straha od eventualnih neželjenih i negativnih vidova liječenja na nižoj razini zdravstvene zaštite odnosno treba li se pacijent javljati u ambulantu obiteljske medicine ili na hitnu pomoć po stručno mišljenje s prvom pojavom simptoma i zanemarivati samozbrinjavanje. S druge strane, postavlja se pitanje treba li pacijente iz primarne zdravstvene zaštite odmah upućivati u bolnicu, zanemarujući činjenicu da se pritom daljnje opterećuje zdravstveni sustav koji se posljedično zagušuje i preopterećuje te time postaje nedovoljno spreman za situacije kada je neophodno pružiti najvišu razinu zdravstvene skrbi.

Jedan od primjera opisane prakse su akutne upale gornjeg dišnog sustava. Ova skupina bolesti je zbog svoje učestalosti i brzog širenja važan javnozdravstveni problem. Akutne upale gornjeg dijela dišnog sustava jedan su od najčešćih razloga posjeta ordinaciji obiteljske medicine, izbjivanja s radnog mjesta, iz škole i vrtića te stoga značajno opterećuju zdravstveni i društveni sustav.⁵ Radi se o heterogenoj skupini bolesti koje se mogu manifestirati različitim simptomima. Najčešće se radi o blagim simptomima obične prehlade ili upale grla koji prolaze jednostavnim postupcima samozbrinjavanja, dok se puno rjeđe radi o ozbiljnijim stanjima koje zahtijevaju liječenje antibioticima, hospitalizaciju, kirurško liječenje ili predstavljaju po život opasna stanja. Najčešće komplikacije akutnih upala gornjeg dišnog sustava su upala srednjeg uha (otitis media), širenje upale na donje dišne putove te peritonzilarni apsces. Upala srednjeg uha javlja se u 5% slučajeva upale grla kod djece odnosno u 2% slučajeva kod odraslih,⁵ a peritonzilarni apsces u 1,5-4% slučajeva upale grla.⁶ Navedena stanja zahtijevaju opsežnije dijagnostičke i terapijske postupke te ponekad i hospitalizaciju u slučaju upala donjeg dišnog sustava odnosno hitno kirurško liječenje i hospitalizaciju u slučaju peritonzilarnog apscesa.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u 2013. godini,⁷ akutne infekcije gornjeg dišnog sustava (J00 – J06) koje uključuju akutni nazofaringitis, sinusitis, faringitis, tonzilitis, tonzilofaringitis, laringitis i nespecificirane akutne infekcije gornjeg dišnog sustava činile su 11,9% svih utvrđenih stanja u djelatnostima opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece.

Broj pacijenata s akutnom infekcijom gornjeg dišnog sustava prema razini zdravstvene zaštite i podaci za dijagnozu apscesa usne šupljine prikazani su u tablici 1.

Incidencija peritonzilarnih apscesa u Republici Hrvatskoj u 2013. godini iznosila je 14/100.000 stanovnika godišnje, što je u skladu s istraživanjima u drugim državama gdje se incidencija kreće od 10/100.000 stanovnika godišnje u Sjevernoj Irskoj⁸ do 30/100.000 u Sjedinjenim Američkim Državama⁹ odnosno 41/100.000 stanovnika godišnje u Danskoj.¹⁰

Tablica 1. Akutne infekcije gornjeg dišnog puta i apscesi u Hrvatskoj u 2013. godini.
Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo⁷

<i>AKUTNA INFEKCIJA GORNJEG DIŠNOG SUSTAVA (J00-J06)</i>	
<i>Primarna zdravstvena zaštita</i>	<i>1.216.543</i>
<i>Sekundarna zdravstvena zaštita (hospitalizacija+dnevna bolnica)</i>	<i>8.550</i>
<i>Hitna medicinska pomoć</i>	<i>62.803</i>
<i>APSCESI</i>	
<i>Peritonzilarni apscesi</i>	<i>586</i>
<i>Ostali apscesi (retro- i parafaringealni)</i>	<i>102</i>

Nadalje, prema podacima iz tablice 1, na 142 pacijenta s akutnom upalom gornjeg dišnog sustava jedan je upućen u bolnicu (0,7%), a na svakih 1.768 pacijenata s akutnom upalom gornjeg dišnog sustava utvrđen je jedan apsces usne šupljine (0,06%). Navedeni podaci u skladu su s dosadašnjim znanjima; pacijenti zbog akutnih upala gornjeg dišnog sustava vrlo rijetko zahtijevaju bolničku skrb, a još se rjeđe njihovo stanje komplicira razvojem ozbiljnih stanja poput peritonzilarnih apscesa. Akutne upale gornjeg dišnog sustava stoga je najvećim dijelom moguće uspješno tretirati samozbrinjavanjem od strane pacijenta. Znatno rjeđe je potrebno javiti se nadležnom liječniku, a tek izuzetno akutne upale gornjeg dišnog sustava zahtijevaju liječenje u bolničkim uvjetima. Ovi podaci također potvrđuju činjenicu da se kvalitetna zdravstvena skrb postiže dobrom edukacijom pacijenata o samozbrinjavanju i praćenju simptoma, a ne podupiranjem njihovog javljanja liječniku primarne ili sekundarne zdravstvene zaštite pri pojavi i najjednostavnijih simptoma.

Liječenje akutnih respiratornih infekcija otvara još jednu iznimno važnu problematiku, a to je neracionalna primjena antibiotika u liječenju, posljedična antimikrobna rezistencija te sve daljnje posljedice koje ovakva praksa ima za pojedinca i za cijelo društvo.¹¹ Naime, upravo je primjer uzimanja antibiotika kod respiratornih infekcija dobar pokazatelj nepotrebnog uzimanja antibiotika, jer je najveći broj respiratornih infekcija uzrokovan virusima. Istraživanje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) provedeno za razdoblje od siječnja do lipnja 2012. g. u suradnji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) pokazalo je da se unatoč napretku i mjerama koje se provode u svrhu racionalnog propisivanja antibiotika u ambulantama opće medicine (OM) još uvijek određeni broj antibiotika propisuje za neinfektivne bolesti. Podaci istraživanja su također pokazali da je za infekcije koje nisu uzrokovane bakterijskim uzročnicima propisano 22,66% (N=548.697) pakiranja antibiotika, dok ih je 77,33% (N=1.872.588) propisano za bakterijske infekcije. Od ukupnog broja svih propisanih pakiranja antibiotika u istraživanju njih 50,15% (N=1.214.287) propisano za respiratorni sustav, a čak 32,55% (N=788.180) za akutne infekcije gornjeg dišnog sustava (J00-J06).

Važan preduvjet očuvanja i unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi je organizirano i promišljeno usmjeravanje liječenja na odgovarajuću razinu. Potrebno je potaknuti i educirati pacijente i zdravstvene djelatnike na prestanak provođenja 'prekomjerne liječničke prakse', vodeći pritom računa da se pacijentu ne zakinu prava

na primjeren liječnički ili specijalistički pregled kada je on stvarno potreban. Pacijente je potrebno educirati o metodama samozbrinjavanja i naglašavati im važnost preuzimanja aktivne uloge u svom zdravlju i liječenju. Neophodno je pacijente naučiti prepoznavati simptome i znakove koji upućuju na teže stanje, ali jednako tako i strpljivosti i potrebi da odgode odlazak liječniku obiteljske medicine ili na hitnu pomoć pri pojavi najjednostavnijih simptoma. Primjerice, u slučaju grlobolje, simptomi poput dugotrajne (dulje od tri dana) visoke temperature koja se ne smanjuje pri korištenju antipiretika, nemogućnosti potpunog otvaranja usta (trizmus) i bolnog i otežanog gutanja (odinofagija i disfagija) upućuju da samozbrinjavanje kod kuće neće biti dostatno te da je potrebna daljnja dijagnostička obrada.⁴ Osim edukacije pacijenata neophodno je provoditi i edukaciju medija odnosno raditi na stvaranju konsenzusa medicinske i novinarske struke o obradi zdravstvenih tema u javnim medijima. Budući da su upravo mediji glavni izvor informacija velikom broju ljudi i temelj njihovog pristupa medicinskom problemu koji ih zadesi, suradnja zdravstvene i novinarske struke na ovom području iznimno je važna. Nadalje, potrebno je definirati jasne smjernice i liječnicima obiteljske medicine ponuditi kvalitetne algoritme kojima se definira tko i kada treba biti upućen na sljedeću stepenicu skrbi (sekundarnu razinu zdravstvene zaštite), odnosno, kada se trebaju primijeniti određeni oblici liječenja. Dobar primjer ovakvog algoritma u Hrvatskoj su ISKRA smjernice za grlobolju.¹²

Navedeni postupci istovremeno su i jedini način da javni zdravstveni sustav ostane funkcionalan i kvalitetan i da nastavi djelovati u korist pacijenata. Potrebno je osvijestiti pacijente o njihovoj aktivnoj ulozi u očuvanju svog zdravlja te o posljedicama nerazboritog i nekritičkog provođenja dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Akutne upale gornjeg dišnog sustava su tek jedan od primjera zbivanja u cjelokupnom zdravstvenom sustavu koje ukazuju na nužnost promjena u cilju pružanja najviše razine zdravstvene skrbi svim korisnicima zdravstvenog sustava.

Temelj liječničkog umijeća te kvalitetne i odgovorne zdravstvene zaštite je točno prepoznavanje bolesti. Vodeći računa o individualnim potrebama pacijenata i potrebama društva u cjelini, liječenje se mora optimizirati da bude najprimjerenije u individualnom, društvenom i ekonomskom smislu. Uz brojne čimbenike koji mogu doprinijeti ovom cilju kroz zajedničke napore medicinske struke i društvene zajednice, postojeće smjernice i algoritmi koji osiguravaju preduvjete za racionalno liječenje i optimizaciju resursa u zdravstvu predstavljaju dobru polazišnu točku. Upotrijebimo ih na zajedničku dobrobit.

Literatura

1. B Kermode-Scott. Nine Canadian medical bodies launch campaign to reduce unnecessary medical tests and treatments. *BMJ* (2014) 348:g2673.
2. W. Sermeus, L. Bruyneel, Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. European Observatory on Health Systems and Policies 2010. Dostupno na: http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Report_PD_Leuven_FINAL.pdf
3. ME Ruiz, Risks of self-medication practices. *Curr Drug Saf* (2010) 5:315-23.
4. M Katić M, I Švab I, *Obiteljska medicina*. Alfa d.d., Zagreb, 2013.
5. M Arola, O Ruuskanen, T Ziegler T i sur. Clinical role of respiratory virus infection in acute otitis media. *Pediatrics* (1990) 86:848-55.
6. J Begovac, D Božinović, M Lisić, B Barišić, S Schönwald i sur. *Infektologija*. Profil International, Zagreb, 2008.
7. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu. Dostupno na: http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2014/05/Ljetopis_2013.pdf

8. BC Hanna, R McMullan, G Gallagher, S Hedderwick. The epidemiology of peritonsillar abscess disease in Northern Ireland. *J. Infect* (2006) 52:247–53.
9. RF Johnson, MG Stewart. The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* (2005) 13:157–60.
10. T Ehlers Klug, M Rusan, K Fuursted, T Ovesen. *Fusobacterium necrophorum*: most prevalent pathogen in peritonsillar abscess in Denmark. *Clin. Infect. Dis.* (2009) 49: 1467–72.
11. Svjetska zdravstvena organizacija. 2014. Facts sheet No 194 – Antimicrobial resistance. Dostupno na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>
12. ISKRA smjernice za globalju: dijagnostički i terapijski pristup – hrvatske nacionalne smjernice za 2007. Dostupno na: <http://www.hljk.hr/LinkClick.aspx?fileticket=qUje3ZmYrAQ%3D&tabid=73>