

Proč mám chodit k doktorovi, i když zrovna nemusím

8.11.2024 - | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Shodli se na tom právě politici, manažeři i lékaři na dvou konferencích pořádaných v říjnu Zdravotnickým deníkem.

První byla o ekonomice prevence, druhá o ekonomice zdravotnictví a na obou vystoupily do popředí dvě skutečnosti: **1) O prevenci a péči o vlastní zdraví ve všech jejích podobách nestačí informovat, je třeba k nim také motivovat. 2) A když už klient zdravotní péče „ví“ a „chce“, přichází na řadu starost, aby se „správná léčba dostala včasné diagnostikovanému pacientovi na správném místě“.**

Avšak právě v „disease managementu“, jehož podstatu formuloval ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky prof. Ladislav Dušek, české zdravotnictví nejvíc pokulhává. Změna k lepšímu je možná, ovšem bude něco od hlavních aktérů vyžadovat. Od lékařů, aby mezi sebou lépe spolupracovali a aby soustavněji, důkladněji a srozumitelněji pacienty informovali, kam které dveře v systému vedou a k čemu to vede, když se na ně neklepe. Od pacientů, aby na informace slyšeli a pravidelně na správné dveře klepali.

Více nemocí znamená více vynaložených peněz

Podle předsedy Sdružení praktických lékařů MUDr. Petra Šonky je Česko „země s největším počtem kontaktů pacienta s lékařem“. Podle ministra zdravotnictví prof. Vlastimila Válka „máme největší počet preventivních screeningových programů“. A podle jedné z mnoha statistik prof. Duška se „v roce 2014 u pacientů s hypertenzí rozvinulo v dalších sedmi letech 147 tisíc zhoubných nádorů, což je trojnásobek oproti běžné populaci, přičemž šlo o preventabilní nádory, které vůbec nemusely vzniknout“.

Chyba je evidentně v absenci mezioborového managementu. Prof. Dušek to ilustroval na pacientce s nádorem ovaria, která se dostane do péče komplexního onkologického centra. „Strach z vážné choroby u ní časem vystřídá uklidnění, že léčba dobře dopadla a že přece chodí na kontroly k panu docentovi. Jenže tenhle expert nevyšetří, zda jí nehrozí například zhoubný melanom nebo jiné zdravotní riziko, nemá na to erudici ani čas.“

A možný reálný následek? **S úspěchy konkrétních typů protinádorové léčby se prodlužuje věk dožití a „pacienti se dožívají druhého nebo třetího nádoru, nejčastěji v jiné lokalizaci“.** Jejich incidence tvoří pětinu celkové incidence, a co hlavně, jsou odhaleny pozdě, ve stádiích, kdy jsou rizika mnohem větší, než kdyby byly odhaleny včas. Ve statistikách se to projevuje například tak, že díky screeningu mortalita na primární nádory tlustého střeva a konečníku klesá, ale u sekundárních nádorů roste.

Ani u kardiovaskulárních onemocnění, v Česku nejrozšířenějších chorob, na něž se nejčastěji umírá, není situace podle šéfa ÚZIS lepší: „Nevěřil jsem, že je u nás přes dva miliony lidí s léčenou hypertenzí, myslel jsem, že jde o chybu. Ano, máte to špatně, řekl mi kardiolog prof. Aleš Linhart, protože je jich mnohem víc, čtvrtina populace, přičemž dvacet procent hypertoniků se vůbec neléčí. Nárůst hypertoniků je 23 % za deset let, obrovské množství z nich se propadá do závažných kardiovaskulárních chorob.“ Netřeba dodávat, že takové a další podobné jevy stojí zdravotní systém

obrovské peníze, které by mohly být vynakládány mnohem účelněji a smysluplněji.

O nezastupitelnosti praktického lékaře

Kde však začít tenhle gordický uzel rozplétat? Terapeutické nitky zmíněných chronických onemocnění se z největší části začínají splétat v ordinaci praktického lékaře. Je to on, s kým má pacient dlouhodobý a často i důvěrný vztah; kdo slýchá první pacientovy stesky na to či ono, značí, že se může rozbíhat nějaký patologický proces; kdo pacienta posílá na odborná vyšetření a k příslušným specialistům. Avšak často to není on, do čí dispenzarizace se chronicky nemocný zpětně vrací. Leč měl by být.

V celém zdravotním systému je praktický lékař jediným odborníkem, který má možnost zavčas zachytit podezření na některou z chronických civilizačních chorob a zavčas ji nechat léčit nebo sám začít léčit. Slovo „některou“ je třeba číst jako „každou“, kdy jde především o tři nejrozšířenější - zhoubné nádory, kardiovaskulární nemoci a diabetes. Tedy ty, na které dnes trpí a umírá nejvíce lidí a na jejichž léčbu zdravotní systém vynakládá astronomické sumy.

Zavčas ovšem z pohledu pacienta znamená pravidelně absolvovat preventivní prohlídky. „Zájem o ně je malý, což je vcelku pochopitelné u mladých lidí, mezi jejichž starostmi ty o zdraví nedominují,“ konstatoval prof. Dušek a dodal, že „docházka k praktikovi se moc nelepší ani u lidí ve věku 55 plus“. O častém patientském uvažování „chodím ke specialistovi, tak proč chodit k praktikovi, který stejně jen vyplňuje žádanky“ už zmínka padla.

Tento mentální stereotyp nepřímo podporují i někteří lékaři, když ambulantní specialista drží v péči nekomplikované pacienty či poskytuje nevyžádanou péči. Mezi praktickými lékaři není málo takových, kteří své pacienty neposílají na preventivní vyšetření ke specialistům ani je o nich zevrubně neinformují. A málo není ani pacientů, kteří svého praktika navštíví, jen když je jim opravdu zle a například na screening kolorektálního karcinomu u gastroenterologa by nešli, ani kdyby je jejich praktický lékař prosil na kolenou.

Změny v systému mohou pozvolna měnit i pacientův přístup

Kdyby se situace na poli prevence neměla změnit a kdyby některé další současné trendy pokračovaly, vystoupaly by náklady na chod českého zdravotnictví v roce 2040 na rovný bilion korun. To alespoň říkají modelové statistiky prof. Duška, jejichž mottem je „co by se stalo, kdyby se ve zdravotním systému nic nestalo“. Taková suma do systému nikdy nepřiteče, takže je jasné, že nějaké změny nastat musí, a první vlaštovky se již objevují.

Z pohledu pacienta je nejviditelnější ta, že jeho **praktický „pan doktor“ není už jen ta osoba v bílém plášti, co „mi pořád něco doporučuje, a ponejvíce vypisuje žádanky ke specialistům, co mě doopravdy léčí“**. Praktický lékař dnes může pracovat s diagnostikou, jakou ještě donedávna neměl, a s některými léky, jež dříve mohl nasazovat pouze diabetolog, kardiolog, psychiatr nebo lékař zabývající se osteoporózou. Má možnosti, jak se účinně starat o onkologického pacienta, když skončila jeho základní léčba a je třeba například řešit její nežádoucí účinky. A další rozšíření jeho diagnosticko-terapeutického portfolia je v jednání.

Jedině praktický lékař má podle dr. Šonky možnost nedívat se „na pacienta jako na hypertonika nebo dyslipidemika či diabetika. Jen on k němu může přistupovat z pohledu komplexního kardiovaskulárně-metabolicko-renálního rizika, kdy výsledkem pravidelných prohlídek je škálování tohoto rizika“. Proto jediné u něj si pacient může být jist, že se zavčas přijde na jeho vysoký tlak, zvýšenou hladinu cukru, krevních tuků a řadu dalších parametrů, na

jejichž srovnání směrem k normě praktik zavčas začne působit, aby se počínající onemocnění nedostalo do pozdních stadií. A že jej jako jeho průvodce po systému jednak odešle k příslušnému specialistovi, pokud to některé z jeho zdravotních parametrů budou vyžadovat, jednak jej ochrání před zbytečnou lékařskou péčí, která může být i poškozující.

Skutečnost, že praktický lékař modelového českého pacienta, který do ordinace přichází s několika chronickými onemocněními, může komplexně vyšetřovat a léčit, není jen „změna v ordinaci“. **Léčený pacient oproti převážně pouze „administrovanému“ pacientovi má mnohem větší důvěru ve svého praktického lékaře, úspěšná léčba zostřuje vnímání a chápání souvislostí, jež mu lékař sděluje, což dohromady vede k lepší adherenci k léčbě a k soustavnějšímu starání se o vlastní zdraví.** O tom, že se tak v současnosti začíná dít, svědčí i statistiky VZP, která mj. účast na screeningových vyšetřeních bonifikuje.

Pokud bude tento trend pokračovat, dojde na slova dr. Šonky „že primární péče má ze všech medicínských oborů nejsilnější potenciál skutečně plošně ovlivnit pozitivním způsobem zdravotní stav celé populace“. A odrazí se také v lepší finanční kondici českého zdravotnictví, což je v zájmu lékařů, manažerů i pacientů. V zájmu posledně jmenovaných je, aby ji podporovali takovým využíváním služeb solidárního zdravotního systému, které nebude hašením zdravotních požárů, ale jejich prevencí.

<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/proc-mam-chodit-k-doktorovi-i-kdyz-zrovna-nemusim>