

Koliko će nam pomoći smjernice?

/ How much will Guidelines help us?

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prim. dr. sc. Branimir Margetić
Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“
Jelengradska 1,
44317 Popovača
Email: branimir.margetic@zg.t-com.hr

Dana 28. listopada 2016. u KB Vrapče održan je simpozij posvećen propisivanju psihofarmaka a kojem je neposredni povod, kako se čini, bila sve češća praksa određivanja novčanih kazni liječnicima i bolnicama od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) zbog nepoštovanja „smjernica u liječenju“. Prema tome, „pravni okvir“ kažnjavanja je temeljen na inzistiranju da se lijekovi propisuju samo za točno određene indikacije i/ili inzistiranju na određenom redoslijedu primjene lijekova za određene indikacije ako je odgovor izostao kod davanja prethodnog lijeka. Ovakva praksa je vjerojatno potaknuta uvjerenjem da će se na taj način značajnije smanjiti troškovi liječenja psihijatrijskih bolesnika.

Osnovne poruke skupa su bile da potrebe kliničke prakse nisu u skladu s onim što se naziva „smjernice HZZO-a“, te da stručna društva što prije trebaju izraditi „klinički relevantne smjernice“ a da se u međuvremenu do izrade novih smjernica moli prestanak kažnjavanja.

U potpunosti se slažem da je nužno potrebno napraviti smjernice i iste, što je više moguće, uskladiti s trenutnim znanjima. S druge strane, situacija je zbog cijelog niza razloga izrazito kontroverzna i u tom smislu želim dodati nekoliko komentara.

1. Zadnjih godina cijeli niz provjerenih, starijih i redom jeftinijih antipsihotika i antidepresiva „ispadaju iz upotrebe“. Sigurno je da je potreba za njima, uz pojavu novih i profilom nuzdjelovanja sigurnijih lijekova, smanjena. S druge strane, mogu se naći i podatci da se najteži oblici depresije još uvijek najbolje liječe „prastarim triciklicima“. S tim u vezi ima „svijetlih primjera“. Prije, vjerujem, nekih 5-7 godina s tržišta su nestale ampule promazina koje je proizvela Pliva pod nazivom Prazine i vrlo brzo su zamijenjene s ampulama istog osnovnog sadržaja pod drugim nazivom. Cijena ovog drugog preparata je višestruko veća. Ono što je jasno je da cijeli niz relativno jeftinih lijekova više nije dostupan a da su mogući razlozi tome njihova cijena.
2. Dok za neke supstance postoji cijeli niz paralela, moguće je navesti i suprotne primjere. Znači da nešto što bi prema dostupnoj literaturi bilo nužno za liječenje učestalog poremećaja nikada nije niti bilo moguće propisati na račun HZZO-a, tj. na račun onih koji plaćaju zdravstvenu zaštitu. Na primjer, ADHD se „smatra prisutnim u svakom razredu“, smatra se dominantno nasljednim poremećajem, a farmakoterapija prva je „prva linija obrane“. To da kod

nas osnovni lijekovi za ADHD „nisu na listi“ onemogućava primjereno liječenje ovakvih bolesnika je činjenica, osim ako netko ne smatra da je liječenje stotina ili tisuća ovakvih bolesnika moguće provesti „iz okvira proračuna zdravstvene ustanove“ u kojoj je lijek preporučan.

3. Izjednačavati racionalnu praksu s krutim pridržavanjem za preporuke u smjernicama, a sve izvan smjernica proglašavati nepravilnim načinom propisivanja je često vrlo upitno, a ponekad, smatram, potpuno pogrešno. Na primjer, smjernice za primjenu antipsihotika kod shizofrenije uglavnom ne prepoznaju da je shizofrenija u biti grupa poremećaja pri čemu se simplex forma, katatona forma ili paranoidna forma „razlikuju ko' nebo od zemlje“. Nakon 25 godina staža u psihijatrijskoj bolnici, nisam u stanju kazati zašto bih, u današnje vrijeme, ja ili bilo tko s liječenjem simplex forme trebao započeti haloperidolom ili nekim drugim klasičnim antipsihotikom. Kod davanja ovog lijeka katatonoj formi prije bi očekivao pogoršanje nego poboljšanje i sigurno ga ne bih dao.

Ono što želim kazati je da smjernice jesu i trebaju biti samo putokaz u liječenju, pri čemu ništa ne može zamijeniti specifična znanja i kliničko iskustvo liječnika.

4. Nakon 15-tak godina rada na odjelu za forenzičnu psihijatriju želim naglasiti neke osobitosti „forenzične psihofarmakologije“ tj. tretmana agresivnih bolesnika. Nasilje nije dijagnoza, već kompleksno ponašanje prisutno i u normalnoj populaciji i povezano s cijelim nizom različitih čimbenika. Ukratko, niti jedna dijagnoza ne objašnjava pojavu nasilja samog po sebi, ali je isto češće povezano s cijelim nizom psihijatrijskih poremećaja. Liječenje psihijatrijskog poremećaja kod kojeg postoji i nasilje nema za cilj samo liječenje poremećaja, već i zaštitu okoline bolesnika; kako osoblja na odjelima

tako i članova obitelji i šire okoline. Stoga liječenje nasilnog bolesnika nema samo medicinski značaj, već i socijalni i pravni i ekonomski itd. Kakvo je stanje u našim psihijatrijskim bolnicama danas u odnosu na prije 20-30 godina mogu komentirati samo na temelju vlastitog dojma i razgovora s kolegama iz različitih ustanova. Na primjer, najčešći razlozi sputavanja shizofrenih bolesnika su agresija prema okolini, a studije kazuju da su najčešći objekti napada članovi osoblja. Evidentno je da se sputavanje danas znatno manje koristi nego prije. Logična pretpostavka je da su tome „pripomogli novi lijekovi“ te da zbog toga vjerojatno manji broj osoblja treba ići na bolovanje.

U okvirima forenzične psihijatrije najčešće se susrećemo s nasilnim psihotičnim bolesnicima kod kojih je nasilje, bez obzira na neposredan motiv, češće povezano s rezistencijom na tretman. Kod takvih bolesnika se češće, i kod nas i u svijetu, daju visoke doze lijekova i češća je polipragmatizacija. Međutim, „znanstveni dokazi“ o korisnosti ovakve prakse su manjkavi. Između ostalog, razlozi manjkavosti su povezani s činjenicom da se ponekad radi o toliko poremećenim osobama da nisu sposobne dati informirani pristanak za sudjelovanje u studiji ili o etičkim dvojabama pri čemu bi se netko tko je počinio s psihopatologijom povezano najteže kažnjivo djelo trebao tijekom studije dobivati placebo. Kako god, studije ukazuju da je spomenuti način propisivanja lijekova češći kod liječnika s dužim kliničkim iskustvom.

Smjernice su nužne, treba ih napraviti za što veći broj poremećaja i kontinuirano usklađivati s najnovijim spoznajama. Međutim, ovdje mi se nameću dva pitanja. Prvo je, ima li HZZO obvezu uskladiti „svoje smjernice“ sa smjernicama koje bi u dogledno vrijeme napravila stručna tijela?

Drugo se pitanje odnosi na činjenicu da smjernice, bez obzira na njihovu složenost, ne mogu predvidjeti sve realne situacije. Prema tome, što napraviti u onim složenijim situacijama kad smjernice ne pomažu? „Okrenuti glavu“, ili očekivati kažnjavanje liječnika i ustanova?

Osobno nemam dvojbi da racionalna farmakoterapija uključuje i promišljanja o cijenama korištenih lijekova. To bi značilo, na primjer, da je za mene krajnje upitno (dugotrajno) propisivanje neke skupe terapije bez jasnih dokaza o njenoj značajnoj superiornosti u odnosu na neku drugu terapiju.

Međutim, sama mogućnost kažnjavanja liječnika jer je nekoga liječio, pomogao bolesniku (ponekad jeftinom) racionalnom terapijom koju „prepoznaju svi psihijatrijski udžbenici“, ili zato što je valjalo pomoći u nekom kompleksnijem slučaju, za mene je neprihvatljiva pa ako hoćete i uvredljiva.

S obzirom na sve gore navedeno, mišljenja sam da nove smjernice tek dijelom mogu riješiti problem i da nisu samo liječnici ti koji bi trebali racionalizirati svoje ponašanje.

BRANIMIR MARGETIĆ