

KVALITETA SKRBI ZA BOLESNIKA S KORONARNOM BOLEŠĆU – KAKO JEDNIM POGLEDOM NA RIZIKE IMPLEMENTIRATI SMJERNICE

SUNČANA VLAH¹, LUCIJA MURGIĆ², ANA NEDIĆ³, DUBRAVKA RAČKI GRUBIŠA⁴, VANJA LAZIĆ², DANIEL FERLIN⁵, LANATINA MIHALJINEC², ANTE PROLIĆ⁶, VALERIJA BRALIĆ LANG⁷, JELENA EVIĆ⁷, JOSIP BULJAN⁸ i ĐURĐICA KAŠUBA LAZIĆ⁹

¹Dom zdravlja Zagreb – Istok, ²Dom zdravlja Zagreb – Centar, ³Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, ⁴Opća bolnica Virovitica, Virovitica, ⁵Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Fažana, ⁶Istarski domovi zdravlja, ⁷Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Sinj, ⁸Specijalistička ordinacija opće medicine, Velika Kopanica i ⁹Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja “Andrija Stampar”, Katedra za obiteljsku medicinu, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Bolesnici s koronarnom bolešću su velik izazov u skrbi liječnika obiteljske medicine (LOM) zbog brojnih komorbiditeta te primjene mjera sekundarne prevencije kojima se prate i istovremeno korigiraju rizični čimbenici koji se odnose na bolesnika, njegovu okolinu i stil života. **Cilj:** Istražiti uspješnost LOM-a u primjeni mjera sekundarne prevencije kardiovaskularnih bolesti i pronaći moguće rješenje za poboljšanje kvalitete skrbi. **Ispitanici i metode:** Opservacijsko istraživanje provedeno je 2017. godine u devet specijalističkih ordinacija obiteljske medicine diljem Hrvatske, a uključivalo je 169 bolesnika koji su ili preboljeli infarkt miokarda i/ili su bili podvrgnuti perkutanoj koronarnoj intervenciji i/ili operaciji aortokoronarnog premoštenja. Praćene su vrijednosti krvnog tlaka, LDL kolesterola i indeksa tjelesne mase, a ispitivano je pridržavanje poželjnih oblika ponašanja (nepušenje, tjelesna aktivnost, pravilna prehrana, redovno uzimanje dokazano djelotvornih lijekova) te prilagodba novom stilu života koja je mjerena Likertovom ljestvicom (1-5) kao i zadovoljstvo liječnika preglednošću elektroničkog zdravstvenog zapisa. **Rezultati:** Zadovoljavajuće vrijednosti arterijskog tlaka postignute su u 63,2 % ispitanika, razinu LDL kolesterola prema smjernicama imalo je 19,4 %, dok je 25,3 % ispitanika imalo uredan indeks tjelesne mase; 25,1 % ispitanika je i dalje pušilo, dok je 43,2 % ispitanika konzumiralo alkohol. Prehrambene navike promijenilo je 63,7 % ispitanika, a 63,4 % je povećalo svoju tjelesnu aktivnost. LOM je u većini slučajeva proveo savjetovanje oko promjene životnog stila nakon koronarnog incidenta. Liječnici su većinom bili zadovoljni sadržajem i količinom podataka u elektroničkom zdravstvenom zapisu, ali ne i njihove upotrebljivosti u svakodnevnoj, vremenski ograničenoj konzultaciji s bolesnikom. Osmišljeno rješenje u programu Adobe Illustrator® omogućilo bi i olakšalo bolju preglednost rizičnih čimbenika i time bi moglo imati utjecaja na učinkovitiju kontrolu provođenja mjera sekundarne prevencije. **Zaključak:** Skrb za bolesnike s koronarnom bolešću u obiteljskoj medicini je vrlo kompleksna, a dio kompleksnosti se odnosi na primjenu mjera sekundarne prevencije koje su od vitalne važnosti. Zbog toga je potrebno planirati i osigurati dovoljno vremena za konzultaciju s takvim bolesnicima kako bi se dobio uvid u kontrolu rizičnih čimbenika i pravovremeno učinile promjene sukladno važećim smjernicama. Rezultati istraživanja pokazali su da se u bolesnika svi rizični čimbenici ne nalaze unutar preporučenih vrijednosti te da je jedan od mogućih razloga tome što ne postoji njihov pregledan prikaz u elektroničkom zdravstvenom zapisu. Kvalitetnija skrb mogla bi se postići kada bi postojalo jasno vizualno rješenje stanja rizičnih čimbenika koje je u ovom radu osmišljeno i predloženo u obliku slika koje bi LOM-u dale brzi uvid u “profil” bolesnika te poboljšale učinkovitost svake konzultacije s obzirom na njeno kratko vremensko ograničenje u svakodnevnim uvjetima rada u ordinacijama obiteljske medicine..

Ključne riječi: kardiovaskularne bolesti, infarkt miokarda, smjernice, stil života, sekundarna prevencija, obiteljska medicina

Adresa za dopisivanje: Sunčana Vlah, dr. med.
Dom zdravlja Zagreb – Istok
Švarcova 20
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: suncanav@gmail.com

UVOD

Kardiovaskularne bolesti (KVB) su najčešći uzrok smrti u današnje vrijeme, ali i jedne od najčešćih bolesti koje se susreću u ordinaciji liječnika obiteljske medicine (LOM-a). Infarkt miokarda (IM) kao jedna od KVB zahtijeva rano prepoznavanje i primjereno liječenje (1,2), no jednako tako važna je i sekundarna prevencija, odnosno dugoročna skrb, jer se na taj način može spriječiti pogoršanje bolesnikova stanja i odgoditi negativne posljedice KVB na njegov/njezin život te poboljšati kvalitetu života (3). Za sekundarnu prevenciju važna su sva tri činitelja: bolesnik sa svojim biopsihosocijalnim osobinama, njegova obitelj i LOM koji, prije svega, mora posjedovati suvremeno medicinsko znanje, imati dobar odnos s bolesnikom i dostatno vrijeme za konzultaciju kako bi ekspertno vodio bolesnika u njegovoj bolesti i komorbiditetima. S obzirom na veliki napor, vrijeme i znanje koje zdravstveni profesionalci ulažu u skrb bolesnika s IM začuđuju podatci dugoročnog praćenja takvih bolesnika koji pokazuju da kod mnogih nije došlo do značajnije promjene stila života ni kontrole rizičnih čimbenika (4). Podatci o broju posjeta LOM-u ukazuju porast iz godine u godinu te je u 2017. godini zabilježeno 39.814.543 posjeta bolesnika u obiteljskoj medicini što je 2,5 puta više nego 1990. godine (5). Iako se smanjuje vrijeme konzultacije u obiteljskoj medicini, napor kako bi se poboljšalo preživljenje ovih bolesnika, prevenirao novi kardiovaskularni incident te unaprijedila kvaliteta života ostaje nepromjenjivi imperativ rada LOM-a. U medicinskoj literaturi dostupni su dokazi u obliku indikatora kvalitete skrbi o nedvojbenu učinkovitosti mjera sekundarne prevencije u koje ubrajamo zdrave životne navike, laboratorijske parametre unutar preporučenih okvira i farmakoterapiju koja je u kliničkim istraživanjima postigla razinu A dokaza (6). Ipak, globalno gledajući bolesnici ne dobivaju skrb koja je preporučena u smjernicama, odnosno ishodi sekundarne prevencije KVB se ne postižu (7-9). Unatoč suvremenoj medicinskoj znanosti te mogućnostima trajne izobrazbe LOM-a, nove se spoznaje otežano implementiraju u svakodnevnoj praksi (10). Razlozi su ograničenja koja nameću organizacija i financiranje zdravstvenog sustava te nedostatak financijskih i stručnih poticaja LOM-u da unaprijeđuje svoj svakodnevni rad, a s druge strane je dnevno opterećenje broja posjeta bolesnika u većine liječnika iznadprosječno veliko. Rastući problem je i smanjenje broja liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) (11). Istraživanja o sekundarnoj prevenciji KVB uglavnom su temeljena na ocjeni postizanja ishoda skrbi, a u ovom istraživanju dobiven je širi uvid u aktivnosti LOM-a i bolesnika oko kontrole rizičnih čimbenika, u stavove bolesnika o svojoj bolesti, a također i uvid u opterećenje liječnika sa skrbi o ovim bolesnicima mjereno brojem posjeta, upućivanja u službe sekundarne zdravstvene zaštite i

propisanih lijekova. Malo je poznato koliko često bolesnici oboljeli od koronarne bolesti dolaze u ordinacije PZZ-a, kakav je stvarni sadržaj i složenost tih konzultacija i kakvo je iskustvo LOM-a u uspješnom vođenju spomenutih bolesnika (12).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati u koliko su LOM-ovi uspješni u sekundarnoj prevenciji bolesnika s koronarnom bolesti srca, koja se preporučuje u smjernicama kako Europskog tako i Hrvatskog kardiološkog društva te naći rješenje za moguće unaprijeđenje kvalitete skrbi.

METODE

Nositelj istraživanja je Katedra za obiteljsku medicinu pri Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u suradnji s Hrvatskim društvom obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora (HDOD-HLZ). Istraživanje je provedeno u prvoj polovici 2017. godine, u 9 ordinacija obiteljske medicine odabranih namjernim uzorkovanjem u Zagrebu i okolici te u drugim krajevima Hrvatske. U ovom opservacijskom istraživanju uzorak su činili oni ispitanici koji su preboljeli akutni koronarni incident ili su zbog KVB podvrgnuti perkutanoj koronarnoj intervenciji i/ili operaciji aortokoronarnog premoštenja (ugrađen stent/ovi i/ili srčane premosnica/e). Uzorak je dobiven na način da se iz računalne baze podataka, odnosno popisa bolesnika svakog tima obiteljske medicine (OM) koji je sudjelovao u istraživanju, izdvojilo sve bolesnike koji su protekle godine imali zabilježene sljedeće dijagnoze označene šiframa prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema 10. revizija (MKB 10.): I21, I20, I25.2, Z95.1, Z95.5 te također Z95, samo ako su zadovoljavali postavljene kriterije. Nakon toga se odabrane bolesnike telefonski pozvalo na razgovor u ordinaciju ili je intervju proveden kada su zbog drugih razloga došli u ordinaciju. Odaziv od najmanje 75 % od ukupnog broja navedenih bolesnika po ordinaciji smatran je zadovoljavajućim i ostvaren je u svakoj ordinaciji. Bolesnici su potpisali obrazac za informirani pristanak nakon što im je protumačena svrha i narav istraživanja te potvrđena sigurnost i tajnost podataka. S ciljem analize kvalitete skrbi za te bolesnike oblikovan je upitnik sa 34 pitanja za liječnike obiteljske medicine. Svi LOM-ovi su ispunili taj upitnik zajedno s bolesnicima koji zadovoljavaju uključne kriterije. Prikupljeni su podaci o dobi, indeksu tjelesne mase (ITM), životnim navikama (konzumacija alkohola, pušenje, prehrana), načinu i učestalosti uzimanja lijekova, tjelesnoj aktiv-

nosti, suradljivosti u liječenju (zaboravlja li i prekida uzimati lijekove) te prihvaćanju bolesti i promjeni životnog stila s obzirom na bolest. Odgovori o suradljivosti, prihvaćanju bolesti i promjeni životnog stila označeni su na Likertovoj ljestvici u rasponu od 1 do 5. Dodatni podaci o bolesniku (laboratorijski nalazi, kronične bolesti u komorbiditetu, farmakoterapija za kronične bolesti, broj izdanih uputnica i receptata, broj dolazaka u ordinaciju) prikupljeni su iz elektroničkog zdravstvenog zapisa bolesnika. U zaseban dio upitnika prikupljeni su podaci o liječniku i praksi obiteljske medicine. Zadovoljstvo liječnika sadržajem, preglednošću i vođenjem elektroničkog zdravstvenog zapisa ispitano je upotrebom Likertove ljestvice u rasponu od 1 do 5.

REZULTATI

Od devet liječnika obiteljske medicine, tri su muškarca, a šest žena. Svi su liječnici specijalisti obiteljske medicine s radnim iskustvom specijalista OM u prosjeku 11,5 godina i prosječnim brojem od 1812 bolesnika u skrbi. Polovica liječnika, uz standardnu opremu (EKG, spirometar, pulsni oksimetar i glukometar), ima i dodatnu opremu poput uređaja za kontinuirano mjerenje arterijskog tlaka i ultrazvuka. Jedan liječnik posjeduje samo minimalnu opremu u koju je uključen pulsni oksimetar i glukometar.

Upitnik je ispunjavalo ukupno 169 bolesnika, od kojih su 44 žene (26 %) i 125 muškaraca (74 %). Ukupna prosječna dob je 66,8 godina (medijan dobi 66 godina), a podijeljeno prema spolu prosječna dob žena je 70,9 godina (uz medijan 70 godina), a muškaraca 65,4 godine (uz medijan 64 godine).

Prigodom ispunjavanja upitnika kod nekih su ispitanika nedostajali podaci (vrijednost arterijskog tlaka, ITM-a ili lipidograma) te su ti bolesnici izuzeti prigodom izračunavanja spomenutih podataka. Od ukupnog broja ispitanika 83 % ih je preboljelo infarkt miokarda, 73,9 % ispitanika ima implantiran jedan ili više stentova, a jednu ili više premosnica ima 17,1 % bolesnika. Od angine pektoris (AP) boluje 54,4 % ispitanika, a arterijsku hipertenziju (AH) ima 76,3 % ispitanika (tablica 1). Prosječan broj dolazaka bolesnika u ordinaciju unutar godine dana bio je 21, broj izdanih uputnica 8, a broj receptata 49. Od rizičnih čimbenika ispitivalo se pušenje, konzumacija alkohola, prisutnost komorbiditeta, ITM, opseg struka, vrijednost arterijskog tlaka i LDL kolesterola. I dalje puši 25,1 % ispitanika, u prosjeku 15 cigareta/dan, dok je prije IM pušilo 48,5 % ispitanika. Kod većine ispitanika koji puše LOM je razgovarao o potrebi prestanka pušenja (92,8 %), dok je pomoć preporučena u 76,2 % ispitanika koji

i dalje puše. Alkohol (pivo, vino ili žestoko piće) i dalje konzumira 43,2 % ispitanika. U 42,5 % ispitanika koji i dalje piju alkohol LOM je o potrebi prestanka razgovarao, a pomoć je ponudio u 28,7 % slučajeva. Uz kardiovaskularnu bolest 36,1 % ispitanika ima šećernu bolest (DM tip 1 ili 2), 12 % ih ima bubrežnu bolest, 9,5 % također boluje od kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB), a 27,2 % od depresije (tablica 1). Ukupno 34 % ispitanika zna da ima obiteljsko opterećenje kardiovaskularnim bolestima.

Tablica 1.
Raspodjela ispitanika prema vrstama KVB i nekim komorbiditetima (broj ispitanika i postotak)

| Vrste KVB i komorbiditetne kronične bolesti | N (%) |
|---|------------|
| Stent | 125 (73,9) |
| Premosnica | 28 (17,1) |
| Infarkt miokarda | 140 (83) |
| Angina pektoris | 92 (54,4) |
| Dijabetes melitus (tip 1 i 2) | 61 (31,6) |
| Bubrežna bolest | 20 (12) |
| KOPB | 16 (9,5) |
| Arterijska hipertenzija | 129 (76,3) |
| Depresija | 46 (27,2) |

Prihvatljivu tjelesnu masu (indeks tjelesne mase - ITM: 18,5 - 24,9) ima samo jedna četvrtina (25,3 %) ispitanika. Medijan opsega struka također ukazuje na povišeni kardiovaskularni rizik: žene su imale medijan struka od 97,5 cm, a muškarci 102 cm, dok bi vrijednosti za žene trebale biti <80 cm, a za muškarce <94 cm. Zadovoljavajuće vrijednosti arterijskog tlaka ($\leq 130/80$ mm Hg) ima 63,2 % ispitanika. Vrijednosti LDL kolesterola nižih od 1,8 mmol/L postignuto je u samo 19,4 % ispitanika (tablica 2).










Tablica 2.
Raspodjela ispitanika prema postizanju ciljnih vrijednosti parametara preporučenih u smjernicama za sekundarnu prevenciju KVB

| | RR $\leq 130/80$ | LDL < 1,8 | 18,5 < BMI < 24,9 |
|---------------------------|------------------|-------------|-------------------|
| Zadovoljava vrijednost | 103 (63,2%) | 27 (19,4%) | 40 (25,3%) |
| Ne zadovoljava vrijednost | 60 (36,8%) | 112 (80,6%) | 118 (74,7%) |

Što se tiče farmakološkog liječenja prema preporukama sadržanim u smjernicama za sekundarnu prevenciju KVB od 169 ispitanika 75,5 % redovito uzima acetilsalicilnu kiselinu, 84 % beta blokatore, antihipertenzive kao što su ACE inhibitori (ACEI) uzima 79,3 %, dok druge vrste antihipertenziva uzima 40,2

% ispitanika (uz ili bez ACEI), a hipolipemike redovno uzima 87,6 % ispitanika. Klopidogetrel je uzimao 31 ispitanik (26 redovito), a za 86 ispitanika je terapija lijekom završena. Tikagrelor je uzimalo 12 ispitanika (8 redovito), a za jednog je završena. Kardiološku rehabilitaciju nakon infarkta miokarda provela je samo polovica ispitanika (50,7 %). Od nefarmakoloških mjera praćena je promjena prehrane i aktivnosti te promjena životnog stila. Tjelesno je aktivno 112 ispitanika od čega ih je 63,4 % povisilo svoju aktivnost nakon kardiovaskularnog incidenta. Od ukupnog broja ispitanika u 88 % slučajeva LOM je savjetovao bolesnika o tjelesnoj aktivnosti. Prehrambene navike promijenilo je 63,7 % ispitanika, a u većini slučajeva LOM je savjetovao o prehrani (87,6 %) i potrebi redukcije tjelesne mase (64 %). Životni stil je promijenilo ili u potpunosti promijenilo (4 ili 5 na Likertovoj ljestvici) 64,2 % ispitanika. Bolest prihvaća ili u potpunosti prihvaća 79,1 % ispitanika, a kontrolu ili potpunu kontrolu bolesti osjeća da ima 68 % ispitanika. Što se tiče korištenja lijekova u 85 % slučajeva ispitanici su naveli da ne zaboravljaju ili nikada ne zaboravljaju uzeti lijek (4 ili 5 na Likertovoj ljestvici) te su brižni ili vrlo brižni u 82,5 % u njihovom uzimanju (4 ili 5). Samo 4,3 % samostalno prekida ili samostalno često prekida terapiju (1 ili 2), ali 80 % ispitanika se savjetuje ili se uvijek savjetuje oko prekida lijekova s LOM-om (4 ili 5). LOM-ovi su ispunili panele u kojima se prikupljaju podatci o rizičnim čimbenicima KVB kod 127 (75,6 %) ispitanika. Rezultati dijela ankete koju su ispunjavali sami liječnici pokazuju da je u 82 % slučajeva sadržaj i količina podataka zadovoljavajuća (4 ili 5 na Likertovoj ljestvici), ali te informacije nisu prezentirane u skladu sa svakodnevnim zahtjevima rada LOM-a. S obzirom da paneli vođenja kroničnih bolesnika (panel hipertenzije, dijabetesa, ITM-a, kronične opstruktivne plućne bolesti) zasada ne omogućavaju dohvatljivost podataka u vrijeme konzultacije liječnik-bolesnik, a rezultati postizanja ciljnih vrijednosti parametara sekundarne prevencije KVB bili su lošiji od prijašnje impresije LOM-a o dobroj kontroli tih bolesnika, istraživači su se složili i osmislili vizualni prikaz indikatora bitnih u praćenju bolesnika s KVB (vrijednost krvnog tlaka, lipidograma, GUK-a, farmakoterapije, ITM-a, pušenja, tjelesne aktivnosti, konzumacija alkohola) koji bi mogao utjecati na poboljšanje kvalitete skrbi, posebno ako se jednom slikom može dobiti uvid u njihovo stanje. Prikaz indikatora za pojedine ispitanike napravio se u programu Adobe Illustrator® i olakšao je praćenje primjene metoda sekundarne prevencije. Tamnije su označeni parametri čije su vrijednosti u skladu sa smjernicama, svjetlije oni koji nisu, a najsvjetlije oni koji nisu upisani u elektronski zdravstveni zapis (sl. 1, 2, 3).

KAZALO:

| | | |
|---|-------|---------------------|
|  | _____ | alkohol |
|  | _____ | tjelesna aktivnost |
|  | _____ | pušenje |
|  | _____ | farmakoterapija |
|  | _____ | index tjelesne mase |
|  | _____ | lipidogram |
|  | _____ | GUK natašte |
|  | _____ | krvni tlak |
|  | _____ | depresija |

-ACEI
-b blokator
-statin
lijek sa djelovanjem na mehani-
zam zgrušavanja krvi

- M ≤ 26
- Z ≤ 25

- uk. kolesterol ≤ 4
- LDL ≤ 1,8
- HDL ≥ 1

- HbA_{1c} ≤ 7mmol/L
≤ 6,5%

≤ 130/80 mmHg

Sl. 1. Kazalo



Sl. 2. Prikaz bolesnika s problemom tjelesnoj aktivnosti, farmakoterapiji, BMI i neubilježenoj vrijednosti glikemije



Sl. 3. Prikaz bolesnice sa zadovoljavajućom kontrolom svih čimbenika KV rizika

RASPRAVA

Podatci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo prema kojima gotovo polovica stanovnika Republike Hrvatske umire od posljedica kardiovaskularnih bolesti ukazuju na nužnost preispitivanja svih činitelja u njihovoj prevenciji i liječenju (13). Postoji mogućnost primarne i sekundarne prevencije neželjenih kardiovaskularnih događaja u kojoj važnu ulogu ima društvena zajednica, ali odlučujuću ulogu ima LOM u suradnji s bolesnikom. Analizirajući indikatore kvalitete skrbi i rizičnih čimbenika vezane za sekundarnu prevenciju KVB, predložene u aktualnim smjernicama, prikazana je kompleksnost problema sekundarne prevencije KVB te brojni drugi čimbenici vezani za suradljivost bolesnika, praksu liječnika i njegovo profesionalno iskustvo. Prema smjernicama Europskog kardiološkog društva (EKD) snižavanje vrijednosti LDL kolesterola i drugih lipida u krvi u ovih visokorizičnih bolesnika smatra se glavnim ciljem kontrole bolesti (14). Samo 19,4 % ispitanika u ovom istraživanju postiže vrijednost LDL kolesterola nižu od 1,8 mmol/L. Arterijska hipertenzija je važan rizični čimbenik KVB pa je stoga u sekundarnoj prevenciji za bolesnike u ovom istraživanju neophodno postići i održavati preporučene ciljne vrijednosti krvnog tlaka (KT) $\leq 130/80$ mm Hg, čime se značajno smanjuje pobol i smrtnost bolesnika. U ovom uzorku 63,3 % ispitanika ima vrijednost KT $\leq 130/80$ mm Hg, a u 6 ispitanika vrijednost KT nije zabilježena u zadnjih godinu dana. Nadalje, četvrtina ispitanika i dalje puši, dok ih je prije pušilo 48,5 %. Slične vrijednosti spomenutih rezultata pokazuje i istraživanje bolesnika nakon IM u Španjolskoj, ali u kojem se za razliku od Hrvatske, prati popriličan broj pušača koji su nastavili pušiti nakon incidenta (3). Bolesnikove karakteristike, posebice dob, spol i komorbiditet, imaju skroman utjecaj na postizanje poželjnih vrijednosti indikatora kvalitete pa je važno osigurati dobru kliničku praksu i organizaciju rada LOM-a (4). U smjernicama za temeljno farmakoterapijsko liječenje bolesnika s koronarnom bolešću nalazi se: dualna antiagregacijska terapija [acetilsalicilna kiselina (ASK) uz klopidogrel ili tikagrelor], ACEI ili ARB, beta blokator i hipolipemik (15). U istraživanom uzorku 20 % ispitanika ne uzima ASK, a razlog tome mogu biti kontraindikacije, ali i činjenica da se u Hrvatskoj ASK kupuje u slobodnoj prodaji pa podatak u zdravstvenom kartonu može biti neubilježen. Nadalje, klopidogrel ili tikagrelor je uzimao/la ili uzima manji broj ispitanika što se može objasniti činjenicom da nisu svi ispitanici imali ugrađen stent i ovaj lijek nije bio kod njih indiciran, te da u Hrvatskoj primjena tih antiagregacijskih lijekova na teret zdravstvenog osiguranja ovisi o klauzulama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), a ne o stručnim smjernicama. Čak petina ispitanika ne uzima ACEI, 16 % ne uzima beta blokator, a 12,4 % ne prima

statine. No i oni koji primaju statine u velikoj mjeri su hipodozirani što pokazuje vrijednost LDL-kolesterola. Unatoč svim dokazima o učinkovitosti farmakoterapije u KVB, korištenje lijekova u sekundarnoj prevenciji KVB često je daleko od poželjne i preporučene. Taj rascjep između znanstveno utemeljenih činjenica, stručnih smjernica i kliničke prakse važan je problem kako za organizatore zdravstvene službe, tako i za sustav zdravstvene zaštite i istraživačke fondove, jer to ograničava zdravstveni, socijalni i ekonomski utjecaj na opravdanost i smisao istraživanja (16). Slični pokazatelji nepostizanja ciljnih vrijednosti rizičnih čimbenika koronarne bolesti u sekundarnoj prevenciji prikazuju se i u drugim istraživanjima (17). U istraživanom uzorku od 140 osoba koje su preboljele akutni infarkt miokarda rehabilitaciju je provela samo polovica ispitanika. Premda se programom rehabilitacije može uspješno utjecati na smanjenje rizičnih čimbenika u osoba s koronarnom bolešću srca u sekundarnoj prevenciji, mnogi bolesnici ne sudjeluju u tom programu. Podatci iz Ujedinjenog Kraljevstva iz 2013. g. i 2015. g. pokazali su da je samo 47 % bolesnika koji su napustili bolnicu nakon IM, perkutane koronarne intervencije ili ugradnje prenosnice sudjelovalo u programu kardiološke rehabilitacije. U istom istraživanju, multivarijatna analiza promjene rizičnih čimbenika u onih bolesnika koji su u razdoblju praćenja bili na kontroli i kod kardiologa i na rehabilitacijskom programu, uspješnost je postignuta samo za dva rizična čimbenika: redovito vježbanje i smanjenje pušenja. Istraživanja ukazuju da upućivanje na kardiološku rehabilitaciju rezultira pravilnijom prehranom što je u konačnici bolja sekundarna prevencija za bolesnika (17). Sudjelovanje u rehabilitaciji nakon IM i dalje je problem te je potrebno naći druga rješenja poput kardiološke rehabilitacije u kući ili putem interneta čiju učinkovitost pregledni rad *Cochrane review* izjednačuje s programom rehabilitacije organizirane unutar neke institucije. Učinkovitost je izjednačena u kapacitetu vježbanja, postignutom krvnom tlaku, udjelu ukupnog kolesterola i pušača te boljoj kvaliteti života. Programi sekundarne prevencije putem interneta nude niske troškove i mjerljive učinke u vrijeme kada rastuća prevalencija srčanih bolesti i ekonomski pritisak na zdravstveni sustav zahtijevaju intervencije koje manje koštaju (18). Problem takvog pristupa u Hrvatskoj je slaba informatička obrazovanost naše populacije, te što je za "online" rehabilitaciju potrebna stalna motivacija i čvrsta disciplina kako bi se kvalitetno provela. Nadalje, problem implementacije smjernica i indikatora kvalitete u obiteljsku medicinu postaje sve veći i izazovniji zbog rastućeg radnog opterećenja LOM-a kao i enormnih zahtjeva za različitim zdravstvenim uslugama. Podatci istraživanja ukazuju na stalan porast broja i trajanja konzultacija kako i u Engleskoj tako i u Hrvatskoj (19). Skrb za starije i sve kompleksnije bolesnike raste (20), rastu očekivanja

bolesnika i društva, a smanjuju se kapaciteti obiteljske medicine uz stalne nezadovoljavajuće reforme PZZ. U tom kontekstu kvalitetno provođenje sekundarne prevencije u bolesnika s KVB veliki je izazov za LOM-a. Različiti mehanizmi mogu biti odgovorni za to, a odnose se na liječnika (poteškoće u interpretaciji i primjeni smjernica, nedostatak vremena, nedostatak vještina, eventualno znanja itd.), zatim na bolesnika (komorbiditeti, neredovito uzimanje i nuspojave lijekova, nedolazak na kontrole, loše nošenje s bolesti, socijalno stanje) i na organizaciju te funkcioniranje zdravstvenog sustava. Zbog toga su bolesnici nakon koronarnog incidenta u nekim slučajevima potencijalni izvor frustracija za LOM, jer postizanje poželjnih ciljeva skrbi preporučenih u smjernicama postaje često nedostižno, a time su sve veće financijsko opterećenje za osiguravatelja. Podatci iz prakse sukladno podacima provedenih istraživanja pokazuju nedovoljno prepoznavanje i procjenu tereta kardiovaskularnih bolesti u svakodnevnoj praksi LOM-a (12). Liječnici koji su sudjelovali u ovom istraživanju pokazali su zadovoljstvo sudjelovanjem jer im je unatoč svim pojedinačnim podacima o bolesniku u elektroničkom zdravstvenom zapisu dalo egzaktnu evidenciju visokorizičnih bolesnika i zabilježene vrijednosti parametara koji ukazuju na kvalitetu skrbi za te bolesnike. Kvaliteta skrbi u PZZ vrednuje se modelom plaćanja prema učinjenom (engl. *pay for performance*, P4P), dakle podrazumijeva samo podatke koji su zabilježeni u elektroničkom zdravstvenom zapisu te se na taj način promiče bolje bilježenje skrbi, ali ne i bolja skrb. Tom zaključku su se u nekim istraživanjima pridružili i bolesnici i liječnici (21). I autori ovog rada imaju dojam, da unošenje brojnih podataka o bolesniku u više panela koji su poseban dio elektroničkog zdravstvenog zapisa, u kratkom vremenu konzultacije kada se donose ključne odluke o budućoj skrbi bolesnika, odvrćaju pozornost s bolesnika i "kontakta s očima", prema monitoru računala i ne daju cjelokupan i jednostavan uvid u stanje rizičnih čimbenika bolesnika. Zato se, prigodom istraživanja, javila ideja za jasnom i brzom vizualnom prezentacijom indikatora kvalitete skrbi i rizičnih čimbenika te smo isto prikazali uz pomoć programa Adobe Illustrator® kao sliku (sl. 1,2,3) na kojoj bi se uz oznaku crvene boje odmah moglo vidjeti što se ne nalazi unutar vrijednosti koje preporučuju smjernice za određenog bolesnika. Unosom novih podataka kao što su laboratorijski nalazi ili vrijednosti arterijskog tlaka mijenjala bi se boja određenog indikatora u zelenu ako su vrijednosti unutar preporučenih. Za taj je dio potrebna informatička implementacija u izabrani program u ambulantama obiteljske medicine. Takvo jedinstveno vizualno rješenje uvelike bi pomoglo u radu LOM-a, praćenju ovakvih bolesnika i podizanju kvalitete skrbi.

ZAKLJUČAK

Nakon koronarnog incidenta nužno je što prije primijeniti mjere sekundarne prevencije koje je dalje potrebno pratiti i korigirati sukladno važećim smjernicama. Liječnik obiteljske medicine ima važno mjesto u skrbi takvog bolesnika, savjetovanju o promjeni životnog stila i praćenju vrijednosti rizičnih čimbenika. Unatoč tomu, ovim istraživanjem je nađeno da u ispitanika neke vrijednosti poput arterijskog tlaka i indeksa tjelesne mase nisu u skladu sa smjernicama, a također kod velikog broja ispitanika vrijednost LDL kolesterola, unatoč redovnom korištenju statina, nije u preporučenoj razini. Slijedom toga, jasan prikaz cjelokupnog stanja bolesnika, rizičnih čimbenika te preglednost mnoštva podataka u elektroničkom zdravstvenom zapisu mogao bi biti od iznimne važnosti za daljnje liječenje i praćenje kardiovaskularnih bolesnika, a ujedno bi LOM-a upozoravao je li oporavak zadovoljavajući ili je potrebno primijeniti određene intervencije. Ponudeno rješenje u obliku slika, koje bi se ažurirale svakim novim unosom vrijednosti rizičnih čimbenika, dalo bi jednostavnu vizualnu prezentaciju podataka i uvelike pomoglo LOM-u da se samo jednim pogledom fokusira na sve parametre važne za sekundarnu prevenciju u bolesnika s KVB.

L I T E R A T U R A

1. Kralj V, Sekulić K, Šekerija M. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2010.
2. Nikolić-Heitzler V. Hrvatska mreža primarne perkutane koronarne intervencije danas. *Medix* 2010; 16: 87/88.
3. The Heart.org (Internet). Medscape: Primary and Secondary Prevention of Coronary Artery Disease [datum pristupa 18.09.2018.]. Dostupno na URL adresi: <https://emedicine.medscape.com/article/164214-overview>
4. Willis AT, West R, Rushforth B i sur. Variations in achievement of evidence-based, high-impact quality indicators in general practice: An observational study. *PLoS One* 2017; 12.
5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (Internet). Zagreb: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2017. [datum pristupa 23.10.2018.]. Dostupno na URL adresi: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Ljetopis_2017.pdf
6. Peters RJG. Lifestyle changes in secondary prevention of coronary heart disease: breaking the chains of unhealthy habits. *Neth Heart J* 2013; 21. [datum pristupa 27.09.2018.]. Dostupno na URL adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722382/>
7. Ribas N, Garcia-Garcia C, Merono O i sur. Secondary prevention strategies after an acute ST-segment elevation myocardial infarction in the AMI code era: beyond myocardial mechanical reperfusion. *BMC Cardiovasc Disord* 2017; 17: 54.

8. Rakel RE. Textbook of family medicine. Eight edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2011.
9. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. *Atherosclerosis* 2010; 213(2): 598-603.
10. Ozvačić Z. Pokazatelji kvalitete skrbi za bolesnika s kardiovaskularnim bolestima. U: Zbornik 4. kongresa Društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Zagreb, 2013, str. 63-77.
11. European Observatory on Health Systems and Policies. Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017. OECD Publishing, 2017.
12. Katić M. Teret bolesti srca i krvnih žila u obiteljskoj medicini. U: Zbornik 4. kongresa Društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Zagreb, 2013, str.11–24.
13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (Internet). Zagreb: Odjel za srčano-žilne bolesti [datum pristupa 01.10.2018.]. Dostupno na URL adresi: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/odjel-za-srcano-zilne-bolesti/>
14. European Atherosclerosis Society (EAS). ESC/EAS smjernice za liječenje dislipidemija. *Eur Heart J* 2011; 32: 1769-818.
15. Charles H, Hennekens JL-S. Prevention of cardiovascular disease events in those with established disease or at high risk.[datum pristupa 10.10.2018.]. Dostupno na URL adresi: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-cardiovascular-disease-events-in-those-with-established-disease-or-at-high-risk>,
16. GOV.UK. A review of UK health research funding. London: HMSO; 2006. [datum pristupa 10.10.2018.]. Dostupno na URL adresi: <https://www.gov.uk/government/publication-s/a-review-of-uk-health-research-funding>
17. Urbinati S, Olivari Z, Gonzini L, Savonitto S, Farina R, Del Pinto M. Secondary prevention after acute myocardial infarction: drug adherence, treatment goals, and predictors of health lifestyle habits. *The BLITZ-4 Registr. Eur J Prev Cardiol* 2014; 12: 1548-56.
18. Devi R, Singh SJ, Powell J, Fulton EA RK. Cochran Corner: are there benefits of using web-based interventions in the secondary prevention of coronary heart disease? *BMJ J Heart* 2017; 102(23).
19. Hobs FDR, Bankhead C, Mukhtar T i sur. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analyses of 100 million consultation in England, 2007-14. *Lancet* 2016; 387: 2323-30.
20. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey TSM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015; 350:176.
21. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M i sur. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomised trial. *JAMA* 2013; 289 (23): 3106-16

SUMMARY

CARE QUALITY FOR PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE IN FAMILY MEDICINE - GUIDELINE IMPLEMENTATION BY TAKING A GLANCE AT THE RISK FACTORS

S. VLAH¹, L. MURGIĆ², A. NEDIĆ³, D. RAČKI GRUBIŠA⁴, V. LAZIĆ², D. FERLIN⁵, L. MIHALJINEC², A. PROLIĆ⁶, V. BRALIĆ LANG⁷, J. EVIĆ⁷, J. BULJAN⁸ and Đ. KAŠUBA LAZIĆ⁹

¹Health Centre Zagreb – Istok, ²Health Centre Zagreb – Centar, ³J. Juraj Strossmayer University in Osijeku, Faculty of Medicine, Osijek, General Hospital Virovitica, Virovitica, ⁴General Practice, Fažana, ⁵Istrian Health Care Centers, ⁶General Practice, Sinj, ⁷General Practice, Zagreb, ⁸General Practice, Velika Kopanica and ⁹University of Zagreb, Faculty of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Chair of Family Medicine, Zagreb, Croatia

Introduction: Patients with coronary artery disease represent a challenge in each family medicine practice because of many comorbidities and the application of secondary prevention measures which represent a tool for tracking and simultaneously correcting risk factors related to the patient, his surroundings and lifestyle. **Objective:** Explore the effectiveness of family medicine specialists in applying secondary prevention measures in cardiovascular diseases and to find a solution for improving quality of care. **Participants and Methods:** This observational study, was conducted in 2017. under nine specialised family medicine practices throughout Croatia and included 169 patients who suffered from myocardial infarction and/or underwent percutaneous coronary intervention and/or bypass surgery. Blood pressure, LDL cholesterol and body mass index were measured and it was examined whether the participants were abiding to the advised healthy habits (nonsmoking, physically active, good diet, regular use of medicaments according to the guidelines). Adjustment to the new lifestyle was measured with Likert scale (1-5) and the same scale was used to assess physicians satisfaction with transparency of electronic health record data. **Results:** 63.2% of participants had recommended values for blood pressure, 19.4% for LDL cholesterol and 25.3% had a normal body mass index according to the guidelines. 25.1% of participants continued to smoke and 43.2% continued alcohol consumption. In terms of diet, a change was observed in 63.7% and physical activity increase in 63.4% of participants. In most cases, after coronary incident, physician consulted them regarding lifestyle changes. Family medicine specialists were mostly pleased with the content and the amount of data in electronic health records, but not with their transparency and ease of use in everyday, usually time constrained, patient - doctor consultations. A software application Adobe Illustrator® was used to visually represent the relevant risk factors which could provide more effective control for conducting secondary prevention measures. **Conclusion:** The care for coronary artery disease patients in family medicine is very complex, and a part of it is related to providing effective measures of secondary prevention which are of crucial importance. Therefore it is imperative to plan ahead and allow sufficient consultation time to obtain control over the risk factors and make timely changes according to the guidelines. Research results have shown that not all risk factors are within recommended values and one of the reasons could be the lack of clear presentation in the electronic health record. Better quality of care could be achieved with the proposed visual solution using pictures that allows the family physician fast access to the patient's "profile" and improves efficiency of every consultation despite its constrained duration in everyday conditions.

Key words: cardiovascular disease, myocardial infarction, guidelines, lifestyle, secondary prevention, family medicine