

Mjesto i uloga obiteljskog liječnika u sprečavanju i suzbijanju pušenja

(Role of family physician in prevention and control of smoking)

Milica Katić

Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Obiteljski je liječnik u povlaštenom položaju za provedbu preventivnih aktivnosti, zahvaljujući tome što bolesnici imaju trajan kontakt s liječnikom. Istraživanja pokazuju da 90% registriranih osoba na liječnikovoj listi posjete liječnika najmanje jedan puta u 3 godine. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u 2005. godini 88,0% hrvatskog pučanstva bilo je registrirano u službi obiteljske medicine, i zabilježeno je prosječno po osobi 6,3 konzultacije kod obiteljskog liječnika godišnje (1, 2)

Mnogi od kontakata liječnika i bolesnika nude mogućnost primarne prevencije, kao što su primjerice: izobrazba o zdravim stilovima života, ili provedba cijepljenja, savjetovanje o reprodukcijском zdravlju i drugo.

Pritom također postoji velika mogućnost primjene postupaka sekundarne prevencije (probir i rano otkrivanje bolesti). Osim toga obiteljski liječnik ima značajnu ulogu u tercijarnoj prevenciji - primjerenom liječenju bolesti, sprječavanju komplikacija, smanjivanju invaliditeta, sprječavanju prerane smrti te povećanja kvalitete življenja.

Pušenje je jedan od najznačajnijih rizičnih činitelja za mnoge bolesti prvenstveno bolesti respiratornog i kardiovaskularnog sustava. Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrti u svim razvijenim zemljama. U najrazvijenijim zemljama posljednjih je godina zabilježeno smanjenje smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti zahvaljujući boljoj kontroli i suzbijanju čimbenika rizika, ranim otkrivanjem i boljim liječenjem kardiovaskularnih bolesti. Nasuprot tome, u našoj je zemlji, kao i u drugim zemljama u tranziciji još uvijek prisutno trajno povećanje smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti. Standardizirana stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj je među najvišima u Europi i iznosi 2003. godine 500/100.000 stanovnika. Pušenje je prema podacima Hrvatske zdravstvene ankete zastupljeno u 33,8% muškaraca starijih od 18 godina te u 21,7% žena (3). Pušenje je čimbenik rizika na kojeg je moguće djelovati i brojna istraživanja su pokazala koliko prestanak pušenja može pridonijeti uspješnijem liječenju mnogih bolesti povezanih s pušenjem. Naravno da je u suzbijanju pušenja, kao i kod mnogih drugih zdravstvenih problema, nužna suradnja zajednice i potrebno je poduzeti niz mjera u zdravstvu, ali i u drugim različitim društvenim sektorima izvan zdravstva.

Za liječnika obiteljske medicine pušenje predstavlja jedan od najznačajnijih stručnih problema s kojim se treba trajno baviti. Naime, u populaciji koju skrbi, liječnik treba trajno poticati usvajanje "zdravog stila življenja". To je primaran zadatak i najviše usmjeren na mlade, a na taj način liječnik pomaže osobama koje su u njegovoj skrbi da nikad ne počnu pušiti. S druge strane, pušačima liječnik treba trajno pomagati u prestanku pušenja i u tome biti ustrajan.

Iako je pušenje vrlo rasprostranjeno u pučanstvu Hrvatske, ono je kao dijagnoza koju u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema X. revizija označavamo šifrom F19, zastupljena vrlo malo. Naime tijekom 2005. godine prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u službi obiteljske medicine bilo je zabilježeno samo 7.188 dijagnoza ovisnosti o opojnim sredstvima među kojima je i pušenje (1).

Uspješnije suzbijanje pušenja u populaciji koju ima u skrbi liječnik obiteljske medicine može postići planiranim i programiranim aktivnostima koje su oblikovane u skladu sa znanstveno utemeljenim spoznajama.

Primjerice, program «Recite DA nepušenju», utemeljen je na tim principima i primjenjiv je u praksi obiteljskog liječnika. Taj program uključuje:

1. Otkrivanje pušača : Svaku osobu u skrbi treba pitati o pušenju primjerice "Možemo li posvetiti malo vremena razgovoru o pušenju?"
2. Bilježenje, registracija pušenja: Podatke o pušenju obvezatno treba zabilježiti u zdravstveni karton i u izvještajni obrazac zabilježiti detalje o pušenju. Potom ocijeniti u kojoj mjeri je pušač spreman na promjenu.
3. Poticanje svih pušača na prestanak pušenja. Neki pušači neće biti spremni za prestanak pušenja pa liječnik mora prihvatiti takvu odluku bez dodatnog pritiska na bolesnika. Liječnik treba dati prijateljski savjet i ponuditi dalju podršku, ali bez osude bolesnika što nije spreman na promjenu.

4. Pomoći pušaču u prestanku pušenja što znači trajnu potporu u odvikavanju od pušenja i pojašnjenje i olakšanje simptoma sustezanja. Posebice treba pušaču naglasiti i pomoći mu kako izbjegavati situacije u kojima postoji rizik za relaps.

5. Trajno pratiti i pomoći bivšem pušaču u održavanju apstinencije. Liječnik treba poticati bivšeg pušača da svoje iskustvo podijeli i prenese drugima. Pozitivna motivacija uvijek daje bolji rezultat te je stoga preporučeno da se uvijek ističe pozitivan primjer pušača koji uspijeva apstinirati osobito u krugu obitelji i okolini. Svakako treba pružiti pomoć i kod pušača u slučaju «posrtanja», odnosno relapsa. Naime, pušač u tom času gubi posve vjeru u sebe i samopuzdanje misleći kako je nakon prvog posrtanja nemoguće postići dobar konačni rezultat. No, svaka apstinencija ma koliko kratko trajala, ima pozitivan učinak, pa je stoga važno pacijente trajno pratiti i u tom razdoblju

Kako postići sustavni, trajni programirani rad liječnika obiteljske medicine u suzbijanju pušenja?

Primjerena izobrazba, pa tako i izobrazba o suzbijanju pušenja treba biti jedan od preduvjeta programa. Kako je pušenje društveno prihvatljiva, a u ekonomskom smislu dijelom čak i poželjna pojava, to je nužno educirati populaciju, te osigurati potporu i "osvještavanje" javnosti. U programu je nužno sudjelovanje i drugih članova tima koji moraju usklađeno raditi. U tom timu trebaju sudjelovati svi članovi "užeg" i "šireg" tima (zdravstveni profesionalci, profesionalci drugih struka, laici, dobrovoljci)

Provođenje programa mora biti podržano kroz financijske i legislativne mehanizme

Program mora biti provođen uz podršku izvana (4).

U razvijenim zemljama, primjerice u Velikoj Britaniji, više od 20 godina se dograđuje sustav koji liječnicima daje potporu u promicanju kvalitete rada koja se mjeri usuglašenim indikatorima. Primjerice, novi ugovor liječnika opće medicine i

Nacionalne zdravstvene službe iz 2004. godine usmjeren je na grupnu praksu (koju čine 2-6 liječnika), ne na pojedinca, iako svaki liječnik ima svoju listu pacijenata.

Prema tom ugovoru, liječnici opće medicine dobivaju 20% više sredstava (više od 1,8 mil \$) za dodatno plaćanje kvalitetnijeg rada. Pušenje je također obuhvaćeno kao područje gdje je potreban intenzivniji i kvalitetniji rad liječnika (5).

Primjer indikatora: Pušenje je zabilježeno za najmanje 75% osoba u dobi od 15-75 godina

registriranih na listi liječnika. To liječniku donosi dodatan posao, ali i financijske koristi liječniku jer na postojeću glavarinu za taj program se dodjeljuje 5 bodova, a cijena jednog boda je prosječno oko stotinjak funti.

Naravno, sustav je praćen od strane stručnjaka iz obiteljske medicine, evaluira se izvedba i rezultati praćenja i trajno se nadograđuje. Po uzoru na ta iskustva predložene su slične mjere za poboljšanje učinkovitosti i kvalitete rada obiteljske medicine u Hrvatskoj. Za sad su uvedeni samo simbolično neki dodatni elementi praćenja i plaćanja kao što je mala kirurgija, snimanje EKG-a pa je za očekivati da će i druge aktivnosti također biti uvrštene u one koje se dodatno prate, plaćaju i na temelju kojih se ocjenjuje kvaliteta rada obiteljskog liječnika (4,6).

I na kraju, valja još jednom naglasiti koje zadaće liječnik obiteljske medicine u suzbijanju pušenja ima:

- Ponuditi potporu svim mladima kroz edukaciju da ne počnu pušiti
- Smanjiti broj pušača
- Pružiti bolju skrb za bolesnike koji su oštetili svoje zdravlje pušenjem
- Smanjiti "pasivno" pušenje
- Unaprijediti kvalitetu života i zdravlje svih ljudi.

Literatura:

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. godinu. Zagreb, 2006.

2. Katić M, Jureša V, Bergman-Marković B. Preventivni program kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini. Priručnik Zagreb: Medicinski fakultet u Zagrebu, Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine. Profil 2003.

3. Kovačić L, Gazdek D, Samardžić S. Hrvatska zdravstvena anketa: Pušenje. Acta Med Croat 2007; 61:281-285.

4. Katic M, Juresa V, Oreskovic S. Family Medicine in Croatia: Past, Present, and Forthcoming Challenges Croat Med J 2004; 45: 543-549

5. Roland M. Linking Physianni's Pay to the Quality of Care-A Major Experiment in the United Kingdom. NEJM 2004; 351: 1448-1454.

6. Sviben D, Mazzi B, Droždjek D, Katić M, Petric D, Ptičar M, Skupnjak B, Stevanović R. Prijedlog strategije razvoja za opću/obiteljsku medicinu u Hrvatskoj. U: Mazzi B. ur. Zbornik Peti Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora- Rovinj 2005. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. 191-268.

Kontakt:

Prof.dr.sc. Milica Katić, dr.med.

Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar»
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

E-mail: milica.katic@snz.hr