

Zakaj se zdravniki ne odločamo v skladu z dokazi?

Primož Kušar

DELO V AMBULANTI SPLOŠNE/DRUŽINSKE MEDICINE

Družinski zdravnik se prvi sreča z bolnikom in njegovimi težavami.

Obravnava različna bolezenska stanja, zato je nujno poznavanje smernic in doktrine zdravljenja z področij različnih specialnosti.

Pogostokrat je zdravnik časovno, prostorsko, kadrovsko omejen, lahko pa je tudi pomanjkanje znanja, poznavanje smernic in priporočil razlog, da bolniki niso obravnavani v skladu z veljavno nacionalno doktrino.

Menim, da bi morali družinski zdravniki pri pogostih patologijah s katerimi se srečujemo vsak dan (respiratorni infekti, uroinfekti, AH, HLP, ...) dobro poznati smernice in se jih pri vsakdanjem delu držati.

Delo v splošni/družinski medicini je specifično saj odločitve praviloma temeljijo na osnovi dobre anamneze, kliničnega pregleda in omejenih hitro dostopnih preiskav (lab, EKG....), prav tako imamo omejene možnosti konzultacij

Z vidika pacienta pa je dejstvo, da ima pacient pravico da je obravnavan v skladu z doktrino ne glede na to ali je obravnavan v ambulanti družinske medicine ali specialistični ambulanti

Obremenitve na ambulanto in zdravnika DM ostajajo že vrsto let enake (glavarina, frekvenca obiskov, kader....)

Menim, da je problem neodločanja v skladu z dokazi bolj prisoten pri akutnih in nujnih stanjih in manj pri stanjih, kjer planiramo diagnostiko

Primer



V ambulanto pride 37 letni moški , ki navaja slabo počutje , hripavost, kašelj, izcedek iz nosu bolj gnojno zelene barve, TT 38 st.C, boleče žrelo, težave trajajo 4-5 dni. Pove, da je že večkrat imel pljučnico, da se boji, da jo bo spet dobil in da bi sedaj rad prej dobil zdravila da se pozdravi.

Kl. status: pordelo žrelo, rahlo povečane bezgavke, meningealni znaki neg., poostreno dihanje nad pljuči , RR 120/80, ušesa b.p,

Diagnoza:

1. akutna nespecifična okužba dihal
2. akutni sinuzitis
3. angina
4. respiratorni infekt
5. drugo

Kako boste ukrepali?

- 1. predpišem penicilinski antibiotik
- 2. predpišem makrolid
- 3. predpišem cefalosporin
- 4. predpišem simptomatsko th.
- 5.drugo

Kaj pravijo smernice za predpisovanje protimikrobni zdravil

- Pri akutni nespecifični okužbi zgornjih dihal so prisotni simptomi s strani različnih organov: nahod, bolečine v žrelu, hripavost, kašelj..., nobeden pa ni v ospredju.
- Povzročitelji so virusi
- Zdravljenje : simptomatsko

Kaj pa če?

- Bolnik se vrne na kontrolo čez 2 dni, ker ni boljši gre v lab :L 15, CRP 200



"Doctor, I'm not sure I can trust you."

- Pogosto se dogaja, da so AB predpisani neutemeljeno za virusne infekcije čeprav so te okužbe pogosta patologija v naših ambulantah in bi pričakovali, da bomo tovrstne bolezni obravnavali v skladu z doktrino in smernicami

RAZLOGI ZA TO ??????

V letu 2006 je bila opravljena raziskava „Vplivi na odločitev za antibiotično zdravljenje akutnih okužb zgornjih dihal v ambulanti splošne medicine“

(Kušar P: magistrska naloga)

V nadaljevanju bom predstavil nekaj razlogov, ki vplivajo na zdravnika, da se odloči za predpis AB, kljub temu, da to ni v skladu z veljavno doktrino

V raziskavi sem opravil kvantitativno in kvalitativno analizo vzrokov, ki vplivajo na predpisovanje

Predpis antibiotikov po posameznih diagnozah

- Antibiotik je bil od 522 primerov predpisan v 327 primerih to je 62,6%.

Tabela. Predpis antibiotikov v številu in odstotku glede na skupno število obolelih po diagnozah.

Diagnoza	Število	Odstotek
Akutna neopredeljena okužba zgornjih dihal	135	44,1
Akutni laringitis/traheitis	18	51,4
Akutno vnetje srednjega ušesa	39	90,6
Sinuzitis akutni/kronični	41	95,3
Streptokokna angina	63	100
Akutni tonzilitis	31	96,8

Nekaj dejavnikov, ki vplivajo na odločitev za predpis antibiotika (logistična regresija in kvalitativna analiza)

Starost zdravnika

- Zdravniki starejši od 50 let so imeli skoraj 2x večje obete za predpis antibiotika, kot mlajši zdravniki.

Diagnostične preiskave

- Laboratorijske preiskave so bile opravljene v 28,5% vseh primerov, od tega: hemogram v 24,7%
 - CRP v 16,9%
 - DKS v 7,1%
 - SR v 4,2%.
- Pri 3 serološke preiskave, pri 2 pacientih pa druga mikrobiološka diagnostika.

Določanje CRP

- Zdravniki, ki so opravili CRP preiskavo so redkeje predpisali antibiotik. V primeru, da je zdravnik opravil CRP preiskavo je imel za nekaj več kot četrtno manjši obet da bo predpisal antibiotik, kot zdravnik, ki te preiskave ni opravil.

Možnost in dostopnost laboratorijske diagnostike

- Skupno mnenje zdravnikov je bilo, da je to eden izmed pomembnih dejavnikov, ki vpliva na predpisovanje antibiotikov.
- Laboratorijski izvid zdravniku služi kot argument.
- Problem perifernih ambulant in v času dežurstev.
- Slaba dostopnost do hitrih testov.

Citat:

“Že zato, da ne parlamentiram s pacienti, ker oni rečejo, jaz bi pa rad antibiotik, saj mi bo takoj pomagal, jaz pa rečem, saj imam dokaz, da ni potreben. Laboratorij imamo v hiši in imam izvid v pol ure.”

Čas posveta

- Povprečen čas posveta je bil 6,5 min.
- V modelu je bila kot meja obravnave pacienta postavljen čas 8 min.
- Tisti zdravniki, ki so paciente obravnavali več kot 8 min so imeli za polovico manjši obet, da bodo predpisali antibiotik, kot tisti, ki so paciente obravnavali krajši čas.

Obremenjenost in pomanjkanje časa

- Zdravniki so menili, da ob velikem številu pregledov dnevno in pomanjkanju časa ne morejo varno delati in antibiotik predpišejo bolj kot “varnostni “ ukrep.

Citat:

“ Ena naših dolžnosti je sigurno to, da educiramo pacienta, ampak v 3-5 minutah tega ne moreš, je zelo težko. Še posebej, če gre za nekoga, ki že ima svojo idejo o svoji bolezni, ki misli, da bo vsak hip padel skupaj, tako da je zelo težko educirati. Tako, da včasih pod pritiskom časa, mogoče prevečkrat predpišemo preveč antibiotikov .”

Naročanje na kontrolni pregled

- Pacienti, ki antibiotika ob prvem pregledu niso dobili, so imeli kontrolo čez 2,1 dni, tisti ki so antibiotik dobili pa čez 3,9 dni.
- Kontrola od 4 - 7 dni je pomenila 2,7 x večji obet, da bo pacient dobil antibiotik ob prvem pregledu kot tisti, ki so bili naročeni na kontrolo od 0 - 3 dni.
- >7 dni je pomenilo 5,7x večje obete za predpis antibiotika kot kontrola od 0 - 3 dni.

Bolniški stalež

- Bolniški stalež je koristilo 41,2 % pacientov v 85,3% je bil predpisan pri pacientih starih med 18-65 let.
- V primeru, da je pacient koristil bolniški stalež, je imel za 0,6x manjši obet za predpis antibiotika, kot v primeru, da staleža ni koristil.

Oddaljenost ambulante od bolnišnice

- Zdravniki, ki so delali v ambulantah oddaljenih 10-21 km in več kot 37 km so imeli 2x večje obete za predpis antibiotika, kot zdravniki, ki so delali v ambulantah oddaljenih 0-9 km.
- Oddaljenost 22-36 km ni statistično značilno vplivala na predpisovanje antibiotikov.

Lokacija ambulante in obravnavana populacija

- Oddaljeni pacienti prej dobijo antibiotik (komplianca).
- Iz oddaljenih krajev pridejo pacienti kasneje na pregled, večinoma, ko so resneje bolni.
- Zdravljenje otroške populacije.

Citat:

“Tule je tudi problem, ker imaš določene ljudi, ki nimajo prevoza in ti potem sploh ne pride več nazaj, pa ne pride ali je izboljššan ali ne in ne dobiš potem prave povratne informacije. Zato mu včasih tudi daš antibiotik, kakšnega takega, zdaj ko je tako poplava teh, ki ga jemlje samo enkrat na dan in mu zabičaš, da to pa more jemati redno, ker drugače jemlje dva dni, se bolje počuti, klinična slika se omili, potem pa pozabijo jemati naprej.”

“ Mi splošni zdravniki pa se mogoče glede otrok čutimo tudi manj sigurni in smo bolj pripravljeni pisati antibiotike, da se zaščitimo.”

Dodatni razlogi, ki vplivajo na predpisovanje antibiotikov – kvalitativna analiza

- Znanje zdravnika
- Strah pred komplikacijami
- Skeptičen odnos do smernic
- Želje in zahteve pacientov
- Lastne izkušnje in komorbidnost pacientov
- Dežurna služba

Znanje zdravnika

Skupina z visokim deležem predpisanih antibiotikov

- Neustrezno so tolmačili klinično sliko.

Citat:

“Ja, zelo pomemben, kajti odloča ali dobi antibiotik ali ne. Gnojni izcedek iz nosu je po mojem pač potreben antibiotika in pa gnojni izcedek v nazofarinksu, ki ga vidim pri pregledu tudi zahteva antibiotik. To je zame bakterijska okužba .”

Skupina z nizkim deležem predpisanih antibiotikov

- Bolj zagovarjali stališče, da so simptomi nespecifični.

Citat:

“Da bi bilo kaj posebej pomembnega ne, sigurno pa me zanima vse v zvezi s kataralnimi znaki, če ima kaj izcedka iz nosu in podobno. Takoj, ko bom imela podatek o izcedku iz nosu, kašelj, bolečine v žrelu in mišicah, sklepih, bova že skoraj sigurno ostala brez antibiotika, že samo anamnestično .”

Strah pred pogostimi komplikacijami

Skupina z visokim deležem predpisanih antibiotikov

- Prepričani, da so komplikacije pogoste in resne.

Citat:

“Kadar jaz najdem rdeč bobnič, dam vedno antibiotik, zato ker po mojem mnenju so okvare sluha po prebolelem otitisu zelo pogoste in po nezdravljenem otitisu pa še toliko bolj. Torej rdeč bobnič pri otroku ali odraslem vedno smatram kot otitis, čeprav doktrina tega vedno ne zagovarja, ampak potegne veliko komplikacij preveč hude in se kar odločim za antibiotik .”

Skupina z nizkim deležem predpisanih antibiotikov

- Antibiotik niso zagovarjali kot nujen in so bili mnenja, da je kot začetno zdravljenje primerna simptomatska terapija.

Citat:

“Vnetje srednjega ušesa, to je pa tako nekaj, nekaj pametnih napotkov itak nimamo, kako je zdravljenje in to bolj vsak po svoje pesni, bodimo pošteni. Nekaj časa je veljalo, da to je v glavnem virusno pogojeno, tako da je bilo zdravljenje bolj protibolečinsko in morda lokalno .”

Skeptičen odnos do smernic

Skupina z visokim deležem predpisanih antibiotikov

- Vprašljiva je uporabnost smernic, bolj so pomembne lastne izkušnje. Nekaterim smernice niso bile dobro poznane.

Citat:

“Ja, saj smernice so, opozorila specialistov so non stop. Ampak je tako, mi pač poslušamo, kar nam specialisti povedo, potem iz tistega poberemo ven, kar je uporabnega, dobrega, delamo pa vseeno malce po svoji izbiri .”

Skupina z nizkim deležem predpisanih antibiotikov

- Zagovarjali uporabo smernic in si želeli večje enotnosti pri uporabi antibiotikov.

Citat:

“Jaz si zelo veliko pomagam s tisto knjigo, ki sta jo napisala Beovičeva in Čižman, tam se mi zdi, da imamo dosti natančne smernice, vse diagnoze so praktično noter in če sem v dvomih, grem pogledat .”

Želje/zahteve pacientov

Skupina z visokim deležem predpisanih antibiotikov

- Eden izmed pomembnih dejavnikov, ki vpliva na njihovo predpisovanje.

Citat:

Se vam zdi to masoven pojav?

“Masoven ja, vsi bi radi antibiotike, ker so slišali nekje, ne vem kje, kako je to nekaj super, no saj dejansko je, ne . Dejansko je, samo ne moremo vsi jesti antibiotike.”

Skupina z nizkim deležem predpisanih antibiotikov

- Pritisk sicer občutijo, vendar se jim ne zdi problematičen, saj pacienti poznajo njihov način dela.

Citat:

“No, to je tisto, kar se meni zdi, saj to ni nič preverjeno in testirano. Ampak, ko delam v soboto ali dežuram, in pridejo pacienti od drugih zdravnikov, je več tega. Zdaj lahko je tudi tako, da moji pacienti pri drugih več pričakujejo kakor pri meni. Ampak moji pri meni, tega ni. Saj se najde kakšen, ampak to ni kakšna masovna reč.”

Lastne izkušnje in komorbidnost pacientov

- Skupno mnenje je bilo, da zdravniki z leti pridobijo številne izkušnje tudi negativne in zato raje predpišejo antibiotik, saj s tem zmanjšajo verjetnost poslabšanja kliničnega stanja, predvsem pri starejših in komorbidnih pacientih. Menili so, da zaradi tega starejši zdravniki pogosteje predpišejo antibiotike.

Citat:

“Imaš malo izkušen, ko si rečeš, takrat mu je pa samo antibiotik pomagal, prej si pa to pacal ne vem kako dolgo in potem so bili starši hudi na mene in ko se ti nekaj takih izkušenj v življenju nabere, pa postaneš bolj oportunist, kar se tega tiče in prej popustiš in lažje napišeš. Tako da starost oz. leta dela v ambulanti že nekaj na to vplivajo”.

“Tako je. Jaz bi rekel, da prva leta, ko prideš iz fakultete si zelo siguren in zelo rigorozen pri predpisovanju antibiotikov, ker te tako vzgojijo na fakulteti. Potem po nekaj letih dela v splošni ambulanti začnejo vplivati tudi taki določeni dejavniki, kot nekaj neprijetnih izkušenj, ko si se kdaj zmotil ali kaj podobnega.”

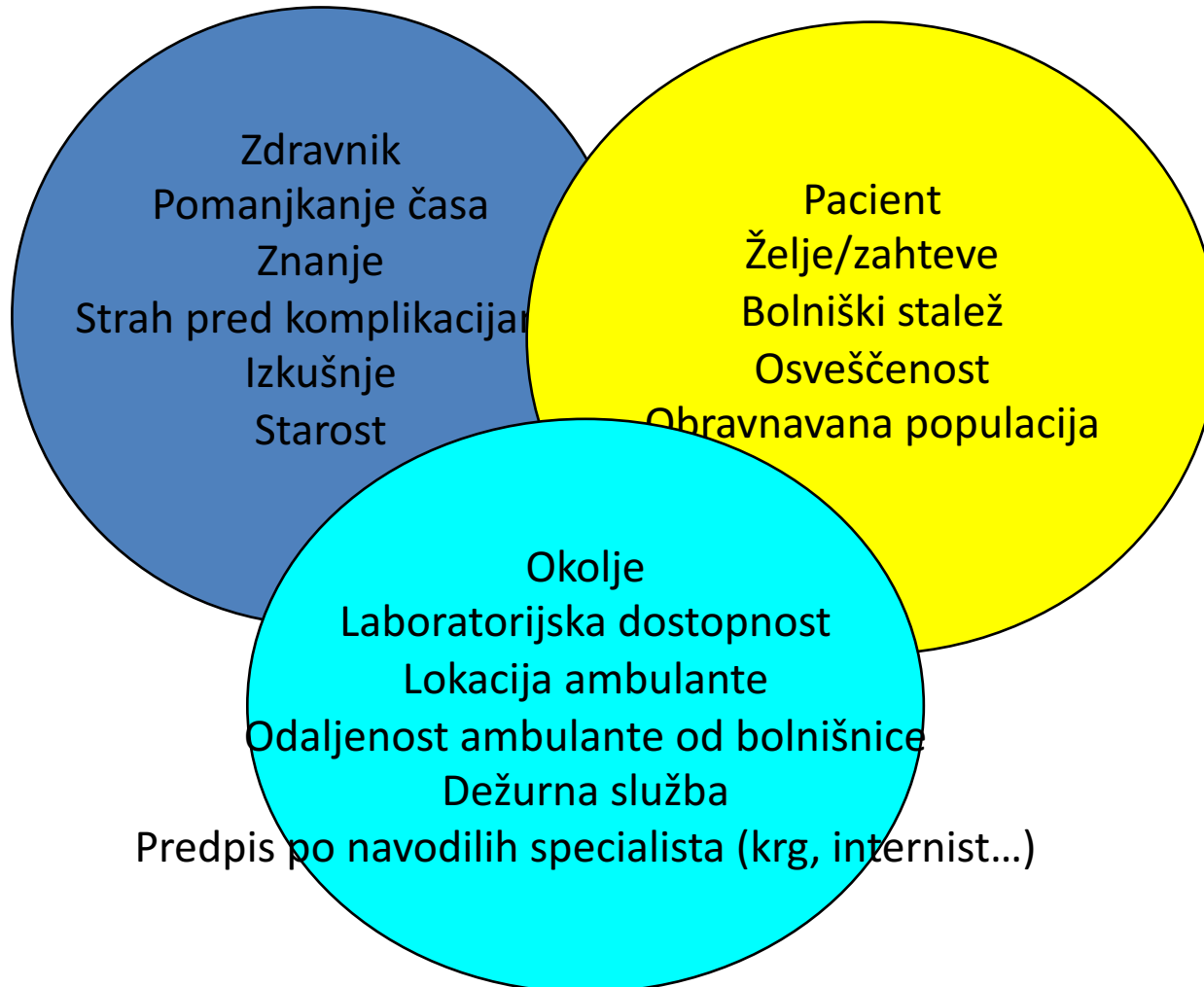
Dežurna služba

- Ni dostopa do zdravstvene dokumentacije (? sočasne bolezni).
- Pacientov ne poznajo in jih ne morejo nadalje spremljati.
- Problem dostopnosti do laboratorija.

Citat:

“To je absolutno res, da v redni ambulanti se antibiotika napiše manj kot v dežurstvu, ker takrat pač nimaš na razpolago nobenih podatkov oz. dokumentacije, potem v dežurstvu tukaj tudi nimamo laboratorija, v redni ambulanti pa bi ga v laboratorij verjetno poslal, tako pač je tukaj. In takrat sem prepričana, da predpišem marsikateri antibiotik preveč....”

Vplivi na zdravnikovo odločanje



Zaključek

- Delo družinskega zdravnika je specifično saj dostikrat nima možnosti dodatne diagnostike, konzultacije in se zato odloča le na podlagi znanja in izkušenj.
- Nujno je stalno spremljanje stroke in poznavanje smernic, ki se hitro spreminjajo.
- Vzrokov zakaj se zdravniki včasih ne odločamo v skladu z doktrino je mnogo in so vezani na zdravnika, pacienta in delovno okolje.
- Pomembno je, da znamo vsako odločitev glede uvedbe terapije dobro argumentirati in zapisati saj se v praksi večkrat izkaže, da ni vse črno-belo in da je medicina „umetnost“ki se je učimo vse življenje.