

On-line konzultačné prerokovanie prezidenta Wonca a OSN, 10. júna 2011:

Neprenosné choroby: príliš sústredený pohľad môže obmedzovať naše videnie.

„Hľadajte jednoduchosť, a nedôverujte jej.“ Alfred North Whitehead

Svetová organizácia rodinných lekárov (Wonca) víta možnosť on-line konzultačného prerokovania k informačnému vypočutiu občianskej spoločnosti 16. júna 2011 a summitu OSN o neprenosných chorobách (NCD) 19. a 20. septembra 2011. Wonca má 118 členských organizácií, ktoré zastupujú viac ako 300 tisíc rodinných lekárov v 102 krajinách, v ktorých žije viac ako 90% svetovej populácie. Naše poznámky sa najprv venujú trom konkrétnym cieľom, ktoré budú predmetom informačného vypočutia, za ktorým bude nasledovať päť odporúčaní pre výsledný dokument summitu.

Úvod: Problém je perspektíva

Tieto poznámky sú venované pamiatke nedávno zosnulej pani profesorky Barbary Starfield, ktorá poukázala na nebezpečenstvo zbytočných nákladov a nerovnosti obsiahnuté vo fragmentovanom prístupe k zdravotnej starostlivosti.

Septembrový summit sa zameriava na 4 chronické chorobné stavy (rakovina, srdcovocievne ochorenia, chronické ochorenia dýchacej sústavy a diabetes) a štyri typy správania (nedostatok telesného pohybu, nezdravé stravovanie, fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu). Rodinní lekári na celom svete vidia závažnosť výskytu týchto štyroch NCD a utrpenie s nimi spojené. V praxi my máme na starosti diagnostikovanie a starostlivosť u viac ako 90% týchto prípadov.

Uvedené **4 chronické chorobné stavy** nie sú jediné, ale prevládajú v počte úmrtí zapríčinených NCD, majú niekoľko spoločných rizikových faktorov a stále negatívnejší dopad na zdravie človeka. Odrážajú zložité prepojenie medzi početnými genetickými, biologickými, behaviorálnymi, spoločenskými, ekonomickými a politickými faktormi. Prevencia a kontrola týchto NCD si bude vyžadovať ekologický prístup, pri ktorom sa berie do úvahy čo najviac faktorov.

Cieľ 1: Konkrétny príspevok občianskej spoločnosti v prevencii a kontrole NCD

Keďže NCD majú premenlivý charakter a je ich veľmi veľa, je nevyhnutné, aby sa všetky úrovne spoločnosti zapájali do prevencie a boja proti nim. Občianska spoločnosť môže poskytnúť lídrov, aktivistov, stimulovať výskum, ovplyvňovať klinické služby, získavať finančné prostriedky, vzdelávať profesionálov, pacientov i verejnosť. Všetky tieto významné úlohy môžu prispieť ku kapacitám vlády a ďalších zložiek v spoločnom úsilí úspešnejšie predchádzať NCD a kontrolovať ich.

Cieľ 2: Poučenie z predchádzajúcich iniciatív

Iné zložité zdravotné problémy ako HIV- AIDS, malária a boj proti fajčeniu ponúkajú cenné poučenie ako zlepšiť výsledky. Cílené programy ako Global Fund a PREPFAR predĺžili život miliónom ľudí s HIV-AIDS, ale nemáme dôkazy o zlepšení celkového zdravotného stavu komunity a nemáme komplexný obraz o mnohých ďalších problémoch, ktoré sú mimoriadne závažné pre ľudí s HIV-AIDS, ako napr. depresie, stigmatizácia, nezamestnanosť a pod.¹⁻² Snahy o vykorenenie malárie postavené na úzko koncipovaných cieľoch ako boj proti komárom alebo profylaxia liekmi priniesli na nejaký čas úspech, ale potom sa vyvinula rezistencia a bolo treba pristúpiť k širšie koncipovaným prístupom s uplatnením multimodálnych a ekologických stratégií.³ Najúčinnnejšie programy boja proti fajčeniu uplatňovali mnohoraké intervencie na všetkých úrovniach spoločnosti vrátane spoločenských marketingových kampaní, vládnej politiky ako zdaňovanie, vývoj nových produktov a zapojenie klinických pracovníkov do pomoci pre konzumentov tabaku a pod.⁴

Cieľ 3: Konkrétne aspekty, ktoré odporúčame pre výsledný dokument

Najlepšie je zamerať sa na aspekty, ktoré ľudia prežívajú a záleží im na nich (napr. smrť, bolesť, telesné postihnutie, hospitalizácia). Preto mortalita, morbidita a utrpenie sú podstatné aspekty, ktoré treba sledovať. Ťažšie je však rozhodnúť o tom, ako konkrétne merať morbiditu. Je lákavé použiť biometrické hodnoty alebo intermediálne výsledky (napr. krvný tlak, hladiny cukru, glykovaný hemoglobín) ako zástupné ukazovatele na indikovanie lepšieho alebo horšieho kontrolovania choroby. Tieto hladiny trápia profesionálnych zdravotníkov, ale bežní ľudia ich nepociťujú alebo neprežívajú. Hodnota, stabilita a vhodnosť špecifických numerických cieľov u týchto meraní nie je taká spoľahlivá ako sme dúfali, a preto ich treba používať s určitou dávkou opatrnosti.⁵ Určenie nesprávnej číselnej hodnoty môže byť nebezpečné pre jednotlivcov, zavádzajúce pre všetkých a môže podkopať dôveru zo strany verejnosti v zdravotnícky systém.

Odporúčania – Wonca predkladá nasledujúce odporúčania:

1. Sústrediť sa na zdravie, nie chorobu. Na výskum a služby v oblasti prevencie chorôb sa vyčleňuje príliš málo zdrojov. Keď zotrávame fixovaní na paradigmu choroby, je ťažko rozvíjať efektívne stratégie na prevenciu.

2. Podpora primárnej starostlivosti a mentálneho/behaviorálneho zdravia. Väčšina diagnostikovania a klinickej starostlivosti o pacientov so spomínanými 4 NCD sa uskutočňuje v prostredí primárnej starostlivosti. Treba dostatočný počet kvalifikovaných profesionálov v primárnej starostlivosti a v oblasti mentálneho/behaviorálneho zdravia, ktorí majú dostatok zdrojov, a až potom môžeme očakávať podstatné a pretrvávajúce zlepšenie stavu v chorobnosti na NCD.⁶⁻⁸

3. Integrácia, nie fragmentácia. Mnohí ľudia s NCD majú viac ako jedno chronické ochorenie. Ľudia svoj zdravotný stav nevnímajú ako zbierku chorôb, ktoré spadajú každá pod inú zdravotnú službu. Preferujú a aj si zaslúžia, aby boli vnímaní ako ucelené osoby s mnohými problémami, ktoré sú vzájomne previazané. Sú dôkazy, že ľuďom sa darí najlepšie vtedy, keď ich zdravotná starostlivosť je sústredená v rukách klinika v oblasti primárnej starostlivosti, ktorému dôverujú a ktorý poskytuje čo najkomplexnejšie služby a koordinuje ďalšie potrebné služby.⁹

4. Podpora lepšej výskumnej činnosti. Zatiaľ čo prevažná väčšina starostlivosti je v primárnej sfére, výskum a klinické usmernenie v prípade spomenutých NCD vychádza z podrobnejšie členených špecializovaných oblastí v akademických inštitúciách. Mnohí tvorcovia politiky si myslia, že je to jednoducho len otázka sprostredkovania expertných poznatkov z akademických pracovísk do prostredia primárnej starostlivosti. Je to však presne naopak. **Veľký podiel vedy, pochádzajúcej z akademických pracovísk nie je presný alebo relevantný pre tých, ktorí prijímajú alebo poskytujú najväčší podiel starostlivosti.**¹⁰ Ak chceme prax vo väčšej miere založenú na dôkazoch, potom musíme mať dôkazy viac založené na praxi. Mal by sa podporovať výskum, ktorý vedie k napredovaniu komplexnej vedy, rozvíja opatrenia zamerané na kontinuálnu a komplexnú starostlivosť a venuje sa sociálnym určujúcim faktorom zdravia.

5. Rozumné investovanie zdrojov. Kampaň 15 do roku 2015 (www.15by2015.org) apeluje na tých, čo zabezpečujú finančné krytie vertikálnych programov pre jednotlivé chorobné stavy, aby sa 15% týchto finančných prostriedkov na klinickú starostlivosť alebo výskum vyčlenilo na horizontálne programy v primárnej starostlivosti alebo výskum zdravotných služieb.¹¹ Apelujeme aby pri každom vertikálnom programe (ako napr. HIV- AIDS, chronické ochorenia kardiovaskulárne, respiračné, onkologické, diabetes....) 15% finančných prostriedkov z tohto vertikálneho na jednu diagnózu zameraného programu bolo vyčlenených na podporu horizontálneho prístupu v primárnej starostlivosti.

Ešte horšie ako nedostatočné finančné zdroje pre NCD je, keď sa finančné prostriedky premrhajú na neadekvátne alebo nerozumné stratégie.

Záver

Vyskytli sa názory, že prijatie širšieho pohľadu na uvedené štyri NCD prináša riziko rozptýlenia pozornosti a potenciálneho nepochopenia u tvorcov politiky v medzinárodných inštitúciách a vládach krajín. Sú to však tie isté inštitúcie, na ktoré sa spoliehame v prípade vojnových a iných konfliktov, v boji proti chudobe a pri riadení svetovej ekonomiky. Zložité problémy si vyžadujú komplexné stratégie. Riziko tejto iniciatívy nie je, že sa budeme snažiť urobiť príliš veľa, ale že sa pokúsime urobiť príliš málo.

Predkladá: Richard G. Roberts, MD, JD
prezident Wonca, 2010-2013
10. júna 2010



References

1. Biesma RG, Brugha R, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G. The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. Health Policy Plan 2009 Jul;24(4):239-52. Epub 2009 Jun 2.
2. Duber HC, Coates TJ, Szekeras G, Kaji AH, Lewis RJ. Is there an association between PEPFAR funding and improvement in national health indicators in Africa? A retrospective study. J Int Aids Soc 2010 Jun 12;13:21-9.
3. Roll Back Malaria Partnership. Global Malaria Action Plan. 2008: Geneva. <http://www.rollbackmalaria.org/gmap.gmap.pdf> (accessed 10 June 2011).
4. World Health organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. WHO Press: Geneva, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf (accessed 10 June 2011).
5. Dluhy RG, McMahon GT. Intensive glycemic control in the ACCORD and ADVANCE Trials. N Engl J Med 2008;358:2630-33.
6. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Care Now More Than Ever. Geneva: WHO Press, 2008. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf (accessed 10 June 2011).
7. World Health Assembly Resolution WHA62.12. Primary Health Care, including health systems strengthening. Geneva: World Health Organization, 2009 (WHA62.12/2009).
8. Samb B, Van Bolhuis A, Alwan A, Etienne C. Delivery of universal primary care services for non-communicable diseases: The need for stronger country health systems. Commonwealth Health Ministers' Update 2011:068-071.
9. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quar 2005;83:457-502.
10. Ionnides JP. Contradicted and initially stronger effects in highly cited clinical research. JAMA 2005 Jul 13;294:218-28.
11. De Maeseneer J, Van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N. Funding for primary health care in developing countries: money from disease specific projects could be used to strengthen primary care. BMJ 2008;236:518-9