

## Anketa o životu osoba sa šećernom bolešću u RH - regionalne razlike

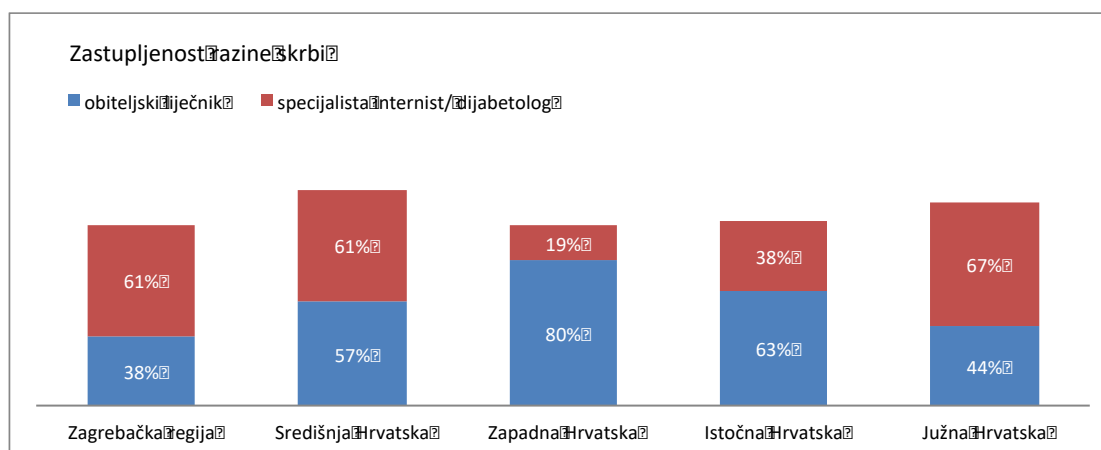
Tereza Šarić, dr. med., Promeritus savjetovanje d.o.o.

Provedena je i anketa među oboljelima od šećerne bolesti kako bi se upotpunila sadašnja slika stanja skrbi u Republici Hrvatskoj. Rezultati ove ankete pokazali su nam da postoji prostora za poboljšanje aktivnosti unutar zdravstvenog sustava kako bi bolest bila uspješnije liječena te da je motivacija oboljelih i njihovo poznavanje svih rizika koje bolest donosi još uvijek ispod potrebe razine.

Prema rezultatima ankete imamo značajan udio oboljelih kod kojih se glikirani hemoglobin (HbA1c) nije odredio niti jednom, odnosno samo jednom u zadnjih godinu dana (68%). Uz to imamo skoro 20% njih koji nisu bili niti na jednom pregledu kod liječnika bilo specijaliste ili obiteljskog liječnika u zadnjih godinu dana kako bi im se procijenila uspješnost liječenja i eventualno prilagodila terapija. Stanje na koje je ukazala anketa govori da je laboratorijsko određivanje albumina u urinu, najrjeđe provodeći preventivni postupak. Pregled stopala, također, nije učestala mjera prevencije i nije ju obavilo 63% oboljelih. Jedino je pregled očiju obavio značajan broj oboljelih osoba. Veliki udio oboljelih dobio je edukaciju o pravilnoj prehrani i fizičkoj aktivnosti (najčešće u obliku letka) te su izjavili da oni redovito provode fizičku aktivnost (68%), međutim to nije dovelo do konkretnih rezultata. Osobe s tipom 2 bolesti uglavnom su preuhranjene ili pretile, a prosječan indeks tjelesne mase iznosi 29,3 kg/m<sup>2</sup>. Osim toga, anketa nam je pokazala da je samo trećina oboljelih dobila jasne informacije o mogućim komplikacijama šećerne bolesti i njihovom sprečavanju. Jedna trećina nema nikakvu informaciju/ znanje o komplikacijama, a kod preostale trećine informacija nije bila pravovremena, odnosno za komplikacije su saznali dugo nakon postavljanja dijagnoze ili nakon što su se komplikacije već razvile.

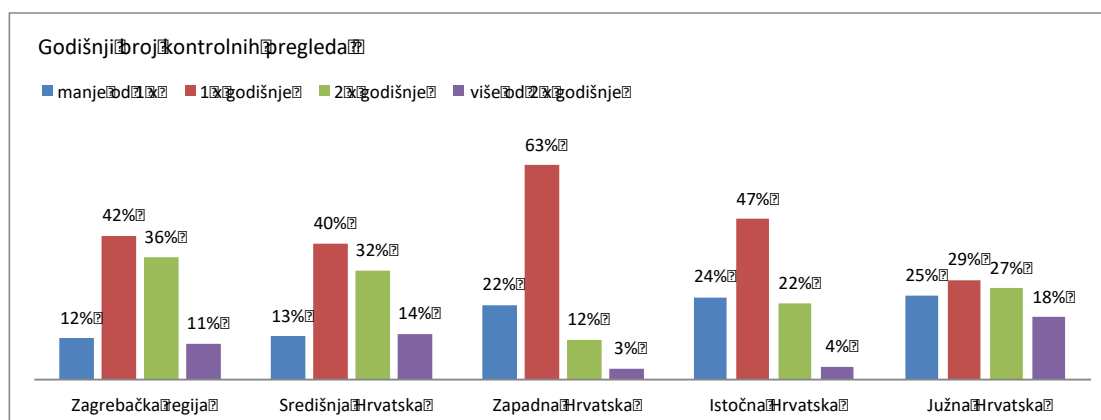
Rezultati ukazuju i na regionalne nejednakosti u skrbi te na razlike ovisno o tome je li skrb provode liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite (obiteljski liječnici) ili oni na razini sekundarne i tercijarne skrbi (bolnice, specijalizirane ustanove).

Najbolje je podatke analizirati gledajući razlike u pet regija. Na taj način je broj oboljelih podjednako raspodijeljen, a županije u svakoj regiji imaju najviše sličnosti. Prvu regiju predstavlja grad Zagreb i Zagrebačka županija, a županije u centralnom dijelu zemlje (Krapinsko-zagorska, Sisačko-moslavačka, Karlovačka, Varaždinska, Koprivničko-križevačka, Bjelovarsko-bilogorska i Međimurska) predstavljaju drugu regiju. Istočnu regiju predstavljaju Virovitičko-podravska, Požeško-slavonska, Brodsko-posavska, Osječko-baranjska i Vukovarsko-srijemska županija. Primorsko-goranska, Ličko-senjska i Istarska županija su zapadna regija, a sve ostale županije uz more (Zadarska, Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska) predstavljaju južnu regiju.



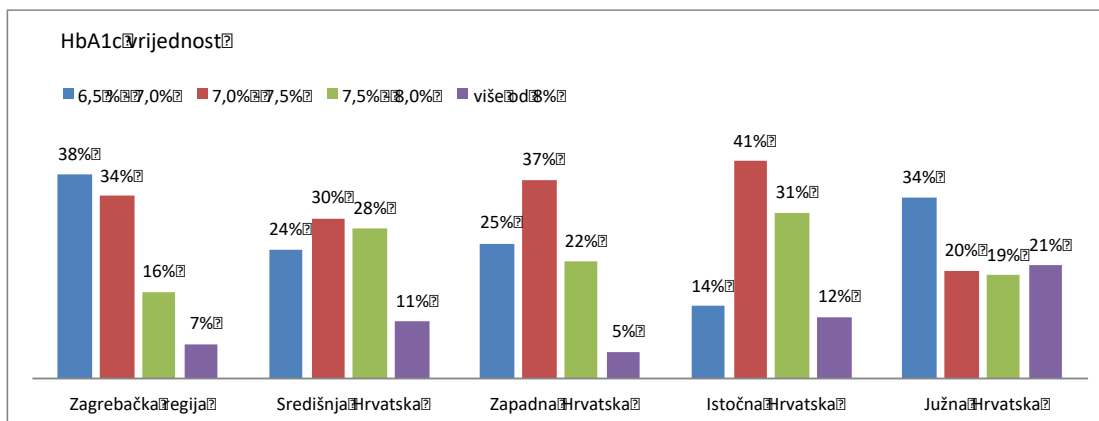
Prema navedenoj podjeli dobivamo značajne razlike ovisno o tome koji liječnik provodi skrb. U zapadnoj regiji skrb o bolesti najčešće provode liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite u 81% slučajeva, zatim slijedi istočna regija gdje isti liječnici provode skrb u 63% slučajeva. U ostalim regijama u većem udjelu skrb o bolesti provode liječnici na sekundarnoj ili tercijarnoj razini zdravstvene, a u gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji je taj udio najveći. Situaciju u nekim od regija možemo objasniti brojem liječnika, kao na primjer: u zapadnoj regiji imamo najmanji broj liječnika specijalista na razini sekundarne i tercijarne skrbi pa je očekivano da su liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite "preuzeli glavninu tereta na sebe". S druge strane u južnoj regiji imamo najmanje liječnika na razini primarne zdravstvene zaštite po broju oboljelih pa se i tu dogodila preraspodjela skrbi prema sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na kraju, u gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji dostupno je najviše liječnika specijalista-dijabetologa pa je ovo regija u kojoj dominira skrb na toj razini zdravstvene zaštite.

Gledajući broj redovitih kontrolnih i preventivnih pregleda, oni se najčešće događaju u gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji, odnosno u središnjoj Hrvatskoj. Zagreb je jedina regija u kojoj 36% oboljelih obavi 2 pregleda. U okvirima racionalnog, odnosno optimalnog liječenja oboljelih potrebno je obavljati redovite kontrole i pretrage, odnosno određivati glikirani hemoglobin (HbA1c) 2 x godišnje kod bolesnika koji imaju zadovoljavajuću glikemiju, a do 4 x godišnje u nereguliranih bolesnika. U ostalim regijama imamo značajan udio oboljelih koji nisu bili niti na jednom pregledu kod liječnika bilo specijaliste ili obiteljskog liječnika u zadnjih godinu dana kako bi im se procijenila uspješnost liječenja i eventualno prilagodila terapija.



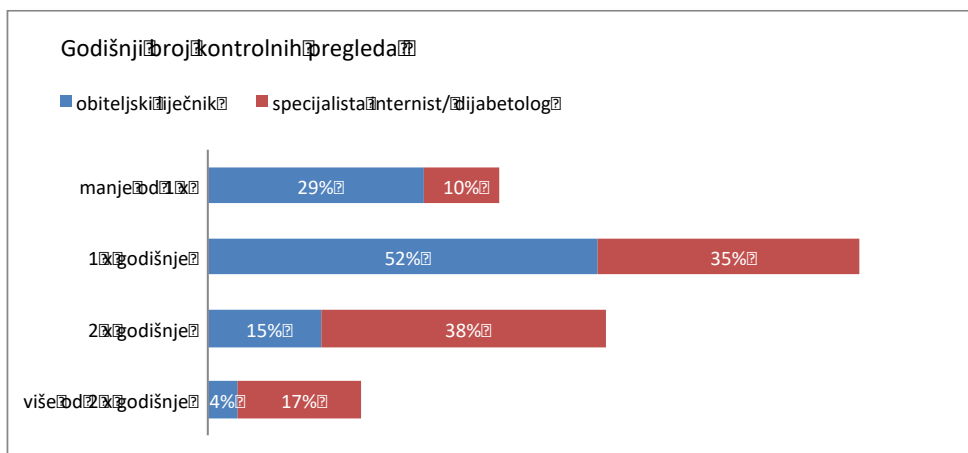
Samokontrolu, uz pomoć glukometra, oboljeli provode većinom povremeno u svim regijama. U regiji centralne Hrvatske te gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji najveći je udio onih koji redovito provode samokontrolu, dok je u zapadnoj regiji najveći udio onih koji ju uopće ne provode.

Zbog svih navedenih pokazatelja očekivano je da gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji imamo najveći udio oboljelih osoba s primjerenim vrijednostima glikemije (HbA1c niži od 7%, odnosno 7,5%). Uz to, pomalo iznenađuje da je zapadna regija druga po uspješnosti u postizanju primjerene glikemije. Ovdje liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite uglavnom skrbe o oboljelima, ali i u velikom postotku slučajeva (63%) obavljaju minimalno jedan kontrolni pregled godišnje. Ako to usporedimo s južnom regijom, gdje je najmanje liječnika na razini primarne zdravstvene zaštite po broju oboljelih, onda ne čudi podatak da je to regija s najvećim udjelom oboljelih koji imaju lošu regulaciju glikemije.



Analizirajući razlike ovisno o tome je li skrbi provode liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite (obiteljski liječnici) ili oni na razini sekundarne i tercijarne skrbi (bolnice, specijalizirane ustanove) dobivamo, također, značajne razlike. Prvenstveno imamo vrlo mali udio liječnika na razini primarne zdravstvene zaštite koji u skrbi imaju osobe liječene inzulinom, bilo da je to kombinirana primjena inzulina i drugih antihiperглиkemika (9%) ili samo inzulin (5%). S druge strane, imamo značajan udio oboljelih koji se liječe oralnim antihiperглиkemicima, a u skrbi su kod liječnika na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite (42%).

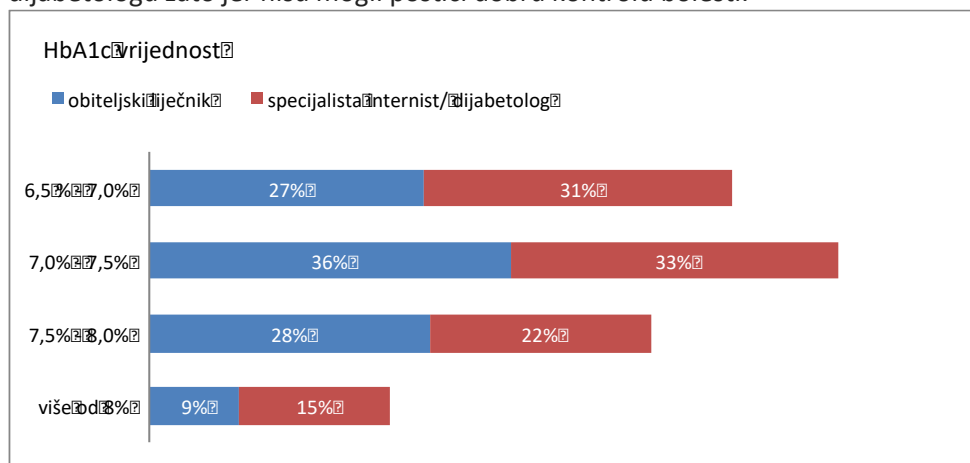
Redoviti kontrolni i preventivnih pregledi se događaju češće ako o oboljelom skrbi liječnik na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. U 55% slučajeva to je 2 i više pregleda godišnje. Kada uglavnom liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite skrbe o oboljelima, kontrolni pregledi se uglavnom događaju jednom godišnje (52%), ali nažalost i u velikom postotku (29%) manje od jednom godišnje. Primjeri po regijama, koje smo pokazali, ukazuju da za postizanje primjerene glikemije na razini primarne zdravstvene zaštite ključno smanjiti upravo udio onih koji imaju manje od jedan pregled godišnje.



U skrbi kod liječnika na razini primarne zdravstvene zaštite najčešće se provodi povremena samokontrola (74%), dok se kod liječnika na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite najčešće provodi redovita samokontrola (59%). Ovi rezultati sukladni su raspodjeli oboljelih osoba liječenih inzulinom koji svaka od skupina ima u skrbi.

Na razini primarne zdravstvene zaštite imamo značajan udio oboljelih kod kojih se glikirani hemoglobin (HbA1c) nije odredio niti jednom (27%), odnosno samo jednom u zadnjih godinu dana (56%). To uvelike odražava i sličan broj kontrolnih pregleda na ovoj razini. Jednako tako, liječnici na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite puno češće provjeravaju vrijednost glikemije, odnosno imaju puno veći udio osoba u skrbi kod kojih se vrijednost

određuje 2 ili više puta godišnje (44%). Unatoč tome, podjednak udio oboljelih u skrbi na obje razine ima primjerene vrijednosti glikemije (HbA1c niži od 7%), odnosno lošu regulaciju. Razlog možda može biti činjenica da se na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite liječi više oboljelih koji su “komplikirani”, odnosno koje su liječnici s primarne razine uputili dijabetologu zato jer nisu mogli postići dobru kontrolu bolesti.



Za pravovremeno prepoznavanje komplikacija nužno je redovito provoditi ciljane preventivne preglede i obavljati dijagnostičke postupke. Vrijednosti krvnog tlaka potrebno je provjeravati 2 puta godišnje kod osoba koje imaju zadovoljavajuću regulaciju arterijskog tlaka, a u nereguliranih osoba prilikom svake posjete liječniku. Najraniji znak oštećenja funkcije bubrega je pojava proteina (albumina) u uzorku urina. Pretragu treba ponavljati svake godine, odnosno provoditi i dodatne pretrage ako je oštećenje već nastupilo. Kod postavljanja dijagnoze šećerne bolesti potrebno je odmah provjeriti stanje krvnih žila u oku i ako nema znakova bolesti pregled se ponavlja svake dvije godine. U slučaju da su promjene već nastupile redovite kontrole treba provoditi češće po preporuci specijaliste. Jednom godišnje valja obaviti i detaljan pregled stopala radi identifikacije čimbenika rizika za razvoj dijabetičkog stopala. On uključuje ispitivanje osjeta vibracije i pritiska, zatim dijagnostiku statusa krvnih žila i postojanje rana ili akutnog vrijeda.

Stanje na koje je ukazala anketa govori da je laboratorijsko određivanje albumina u urinu rijetko proveden preventivni postupak te da ga 43% oboljelih ne obavi ako su u skrbi kod liječnika na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, a još više ih ne obavi (64%) ako o njima skrbi liječnik na razini primarne zdravstvene zaštite. Pregled stopala, također, nije učestala mjera prevencije i nije ga obavilo 78% oboljelih na primarnoj razini, odnosno onih kod dijabetologa (47%). Jedino je pregled očiju obavio značajan broj oboljelih osoba o kojima skrbe liječnici na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, ali je i dalje visoki udio onih koji nisu obavili pregled i o njima skrbi liječnik na razini primarne zdravstvene zaštite (44%).

Kada govorimo o poznavanju rizika i komplikacija koje bolest nosi, anketa nam je pokazala da je samo trećina oboljelih dobila jasne informacije o mogućim komplikacijama šećerne bolesti i njihovom sprečavanju. Jedna trećina nema nikakvu informaciju/ znanje o komplikacijama, a kod preostale trećine informacija nije bila pravovremena, odnosno za komplikacije su saznali dugo nakon postavljanja dijagnoze ili nakon što su se komplikacije već razvile. Veliki udio oboljelih dobio je edukaciju o pravilnoj prehrani i fizičkoj aktivnosti te ju oni prema anketi redovito provode (68%), međutim to nije dovelo do konkretnih rezultata. Osobe s tipom 2 bolesti uglavnom su preuhranjene ili pretile, a prosječan indeks tjelesne mase iznosi 29,3 kg/m<sup>2</sup>. Prema razini zdravstvene zaštite, edukacija se provodi najčešće u osoba o kojima skrbi liječnik na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite (60%). U velikog udjela onih o kojima skrbe liječnici na razini primarne zdravstvene zaštite nije provedena edukacija (45%).

Prepoznavanje rizika razvoja komplikacija, uspješna prevencija i pravovremeno liječenje su ključ uspjeha kako bi akcije i strategije liječenja zaista smanjile negativne učinke bolesti na društvo. Rezultati provedene ankete o životu osoba sa šećernom bolesti u Republici Hrvatskoj potvrdili su nam da je zdravstveni sustav opterećen problemima slabe i neujednačene dostupnosti zbog manjka zdravstvenih radnika, listi čekanja, tromo i neučinkovite organizacijske strukture kao i zbog nepovoljnih odnosa između različitih razina zdravstvene zaštite.

Izvor: [https://issuu.com/dijabetes/docs/dijabetes-slatki\\_zivot\\_1-2020](https://issuu.com/dijabetes/docs/dijabetes-slatki_zivot_1-2020)