

# Článek, který mne zaujal

Čím více lékařů, tím více nemocí. (PETR HOUDEK)

## Proč se tohle nespočítá?

*Překvapuje, že téměř neexistují analýzy ukazující, jaké zlepšení zdraví obyvatel, si stát - jako hlavní zdroj financí - za své peníze kde vlastně kupuje.*

Medicína ploché křivky je pojem ekonomie zdravotnictví. Popisuje stav většiny rozvinutých zemí, kdy nárůst nákladů na zdravotní péči nepřináší zlepšení zdraví obyvatelstva, naopak jej může začít zhoršovat. Rozdíly úspěšnosti léčby mezi zeměmi jsou zřejmé. Avšak i uvnitř jednotlivých států existují variace: srovnatelní pacienti s touž diagnózou jsou léčeni odlišně, někde mnohem dražší či intenzivněji než jinde. V oblastech s intenzivnější lékařskou péčí však pacienti nedosahují lepšího zdraví. A získá-li jeden ze dvou obdobných pacientů více léčby a prospívá hůře, je se zdravotnictvím něco špatně.

## Strach opečovávaných

Ilustrující jsou výsledky mamutích studií vedených profesorem lékařství Elliottem Fisherem z Dartmouthské univerzity. Ty analyzovaly údaje milionů amerických pacientů. Ukázaly, že lidé v některých regionech obdrží o 60 procent péče více: častěji konzultují se specialisty, podstoupí více vyšetření, déle pobývají v nemocnicích, aniž by přitom v regionu byla horší nemocnost. Ostatní charakteristiky - jako příjem, stáří, vzdělanost obyvatelstva - jsou s jinými oblastmi podobné. Když se Fisherův tým podíval na výsledky léčby srdečního infarktu, rakoviny tlustého střeva či zlomeniny kyčle, dopadly „dražší regiony“ dokonce hůře. Subjektivní spokojenost s léčbou nebyla vyšší, pacienti neuváděli, že by došlo k vyššímu a evidentnějšímu zlepšení kvality jejich života. Dokonce byla v těchto regionech v uvedených nemocech vyšší úmrtnost.

Nicméně, věc není zcela přímočará: když byl sledován stav turistů, kteří utrpěli zranění, mrtvici či infarkt, vyšlo najevo, že větší šanci na přežití mají právě v oblastech s intenzivnější medicínou. Nejpřesvědčivější jsou výsledky slavného. (byť dneska už přes třicet let starého) RAND zdravotního experimentu: dokázal, že měli-li péči náhodně vybraní lidé zdarma, spotřebovali jí až o 40 procent více než občané, kteří museli alespoň část péče platit. V průměru opět mezi skupinami neexistoval žádný rozdíl ve zdravotním stavu, ale nadto ti, kteří získali více péče, se o sebe více obávali, prožili více bolesti a byli ve svém životě více omezováni.

Proč je využíváno více medicíny, přestože i při menší intenzitě a „nižších cenách“ přináší obvykle stejné výsledky? Faktorů je řada, nejkoumanějším je vliv lokální medicínské kultury. Rozhodování lékařů, stejně jako kohokoliv, silně závisí na obvyklém chování v okolí. Předepisuje-li zkušený doktor na nekomplikovaný zánět plic antibiotika na osm dní, mladý kolega jeho úsudek ve své práci rychle napodobí. V jiné nemocnici může být podávání léků jen třídní.

Výzkum publikovaný před pěti lety nizozemskými lékaři v British Medical Journal přitom ukázal, že vede-li dvaasedmdesátihodinové léčení antibiotiky k podstatnému zlepšení stavu pacienta, je navazujících pět dní užívání léků zbytečné. Výsledkem v obou případech bude uzdravení pacienta. V oblasti s nadměrným předepisováním však vzrostou náklady vinou masivnějšího ordinování léků, léčení onemocnění vyvolaných rezistentními bakteriemi a nárůstu pacientů s poškozeným zažíváním či ledvinami (coby následku antibiotik). Obě oblasti nakonec budou vykazovat zhruba stejné zdraví obyvatel.

Nebo zvažte, že polovina z nás má nějakou anatomickou abnormalitu v bederní oblasti, aniž bychom zažívali chronickou bolest zad. S rostoucí přesností medicínských zobrazovacích metod bude záviset na nutně arbitrární volbě či motivaci zdravotnického zařízení, kdy se s tím „začne něco dělat“.

## Očekávejme příchod pseudonemoci

Pochopitelně, odlišnosti v předepisování antibiotik či operaci zad jsou příklady triviální, vypovídají však o proměnlivosti klinické praxe, ať už se týká diagnostických testů, potřebnosti nákupů technologického vybavení, délky hospitalizace či doporučení k chirurgickému zákroku. Při značné variaci přitom překvapí, že ve světě, a v Česku zejména téměř neexistují analýzy ukazující, jaké zlepšení zdraví obyvatel si stát - jako hlavní zdroj financí - za své peníze kde vlastně kupuje. Již zmíněný Elliott Fisher s univerzitním kolegou Gilbertem Welschem předpovídají následující dynamiku: diagnostika se bude dále bouřlivě rozvíjet, stále více lidí se stane pacienty, aniž by zažívali (či jim hrozily) vážnější symptomy - ale budou nově vědět, že jsou nemocní. Rozšíří se pseudonemoci - tedy stavy, které člověka neomezují, ale které budou „vyžadovat“ lékařskou pozornost. A jelikož začnou být léčeny stále mírnější projevy nemocí, léčba se bude zdát efektivnější, což zavede impuls léčit ještě více. Budou růst spory mezi specialisty - jak vně, tak i uvnitř jednotlivých oborů - jelikož způsob léčby bude záviset na mimořádně jemných a detailních zjištěních. To u pacientů vyvolá nejistotu. Dokázáno přitom je, že

# Článek, který mne zaujal

---

člověk jednou diagnostikovaný je léčen podstatně intenzivněji než identický pacient zažívající naprosto stejné symptomy bez předchozího záznamu v anamnéze, aniž by to jeho diagnóza odůvodňovala.

## Důvěřuj, ale prověřuj

Poznání se vyvíjí a některé dřívější znalosti byly jednoduše chybné. Tudiž určitý podíl stávajících znalostí nutně připadá na to, co se zítra ukáže být pouhým mýtem. Zvraty v klinické praxi, rigorózní důkazy, že užívaná metoda není úspěšná nebo funguje hůře, než se předpokládalo (a může jít o cokoliv, od hormonální léčby po užívání katetrů v plicních tepnách), jsou poměrně časté. Letos byla publikována studie analyzující výzkumy publikované během jednoho roku v New England Journal of Medicine, asi nejprestižnějším světovém lékařském časopise. Ukázala, že třináct procent článků doporučovalo zvrát v metodě léčby, přičemž hlavním argumentem byla důvěra, že „podkladový patofyziologický proces léčby je správný“. Přeloženo: začalo se nově léčit metodou, aniž by bylo nezaujatě či důkladně ověřeno, že funguje.

autor: Petr Houdek  
MF Víkend Dnes, 3. září 2011, strana 34