

Πρωτοβάθμια φροντίδα και ορθοπεδική

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας που απασχολούν τον γενικό πληθυσμό και συμπεριλαμβάνει «το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου».¹ Εφαρμόζεται από την ομάδα υγείας, την οποία αποτελούν ιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί και διοικητικοί υπάλληλοι. Παρέχεται σε μονάδες υγείας, όπως: Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία, Τοπικά Ιατρεία και Κέντρα Υγείας.¹

Η αναγκαιότητα της ύπαρξης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναδεικνύεται σε πολλές μελέτες, κυρίως στο εξωτερικό. Οι μελέτες αυτές είχαν οικονομοτεχνικό χαρακτήρα και επικεντρώνονταν σε θέματα κόστους ΠΦΥ, απόδοσης και αναγκαιότητας σε επιστημονικό επίπεδο. Το προσδόκιμο ζωής της Ευρώπης, τα τελευταία 50 χρόνια έχει αυξηθεί κατά 10 έτη. Πανευρωπαϊκά υπολογίζεται στα 80.9 έτη, ενώ υπάρχουν και ζώνες εντός των κρατών στις οποίες μπορεί να ξεπεράσει τα 83 έτη (μια εξ αυτών η Ελλάδα και συγκεκριμένα η Ευρυτανία),² γεγονός που αυξάνει τα προβλήματα υγείας. Η Αμερική πρωτεργάτης σε οικονομοτεχνικές μελέτες υπολόγισε ότι το 2008 περίπου 110 εκατομμύρια Αμερικανοί ανέφεραν μυοσκελετικά προβλήματα τα οποία επιμένουν για περισσότερο από 3 μήνες,³ με συνηθέστερες αιτίες πόνου την οστεοαρθρίτιδα και οσφυαλγία (πόνος της μέσης). Το 90% των μη χειρουργικών καταστάσεων υπολογίζεται ότι είναι διαχειρίσιμες σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.⁴ Το κόστος αντιμετώπισης όλων αυτών των περιπτώσεων αυξάνει υπερβολικά αν αυτή δεν είναι σωστή. Το άμεσο κόστος της χειρουργικής αντιμετώπισής στο Αμερικάνικο Medicare τις κατατάσσει στις πλέον κοστοβόρες παθήσεις, με την οστεοαρθρίτιδα να κατέχει την πρώτη θέση και να ακολουθούν τα κατάγματα του αυχένα του μηριαίου, ο πόνος της μέσης και τα λοιπά κατάγματα.⁵

Ο πληθυσμός γηράσκει και σε σχέση με τις παλαιότερες σκληραγωγημένες, σε χειρονακτικές εργασίες από μικρή ηλικία γενιές, υπολογίζεται ότι θα εμφανίσει προβλήματα οστεοαρθρίτιδας σε παραγωγική ηλικία (νεότερη των 65 ετών) και μάλιστα σε ποσοστό περίπου 50%.⁶ Σε αυτόν τον υπολογισμό προστίθεται το σημαντικό κόστος, τόσο των θεραπειών για τις ρευματοπάθειες⁷ όσο και αυτό της χειρουργικής αντιμετώπισης, μέσω επεμβάσεων αντικατάστασης αρθρώσεων, που εμφανίζουν αυξανόμενη ζήτηση.⁸ Μια άλλη παράμετρος της εξίσωσης παροχής αποτελεσματικής υγείας είναι και αυτή της διαθεσιμότητας ειδικευμένων ή εξειδικευμένων ιατρών και νοσηλευτών/-τριων, στον τομέα της αρθρίτιδας. Το Αγγλικό σύστημα υγείας (χαρακτήρα



δημοσίου δικαίου) διαθέτει 1.2 ειδικευμένους Ρευματολόγους και εξειδικευμένη νοσηλεύτρια ανά 100.000 πληθυσμού. Το Καναδικό σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως σε παρόχους υγείας επί πληρωμή ("fee for service"), ενώ στο Αμερικανικό Σύστημα διατίθενται περίπου δύο ρευματολόγοι ανά 100.000 πληθυσμού. Σημαντικά κενά καταγράφονται στην παροχή ρευματολογικής θεραπείας για αρθροπάθειες σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, αν και είναι σαφές ότι η έγκαιρη χορήγησή τους θα μπορούσε να αποτρέψει την ανάγκη χρήσης ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων.⁹ Προβληματισμοί γεννώνται σε ότι αφορά την διαθεσιμότητα ορθοπεδικών χειρουργών για τον όλο και αυξανόμενο αριθμό ασθενών που υποβάλλονται σε επεμβάσεις αντικατάστασης άρθρωσης. Στην Αμερική η σύσταση για 5-7 ορθοπεδικούς/100.000 πληθυσμού στην πράξη αντιστοιχούν σε τρεις, με παρόμοια ποσοστά στο Ηνωμένο Βασίλειο και ακόμα λιγότερους στον Καναδά.⁶ Δεν πρέπει να παραβλέπετε το γεγονός ότι οι επισκέψεις σε ειδικό ορθοπεδικό ιδιωτικό ιατρείο κοστολογήθηκαν το 2013, στην Αμερική, ανάμεσα στις ακριβότερες, με ποσό που αντιστοιχεί σε 302 δολάρια ανά επίσκεψη όταν ο μέσος όρος τιμολόγησης ανέρχεται στα 228 δολάρια (με εύρος από 143 έως 310).¹⁰

Εξίσου συχνό αίτιο που οδηγεί τους ασθενείς στην αναζήτηση πρωτοβάθμιας φροντίδας και δη από ορθοπεδικό είναι η οσφυαλγία (σε απευθείας μετάφραση από την αγγλική ορολογία ο «πόνος χαμηλά της πλάτης», low/lower back pain). Η ολιστική προσέγγιση αυτών των ασθενών, φαρμακολογικά, φυσιοθεραπευτικά, αυτοθεραπευτικά και ψυχολογικά, διαφαίνεται να έχει τα καλύτερα αποτελέσματα.¹¹ Αν και υπάρχει πληθώρα κατευθυντηρίων οδηγιών από διάφορες ιατρικές εταιρίες όπως οι American Academy of Family Physicians, American Pain Society, American College of Physicians και το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) για την Ευρώπη, τελικά η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται. Τα δεδομένα από την Ευρώπη εμφανίζονται ενθαρρυντικά σε άλλους τομείς και ουδέτερα σε άλλους. Σε 13.931 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν από ειδικό ορθοπεδικό για οσφυαλγία, την τετραετία 2008-2011 στην Σουηδία, (με βάσει τα δεδομένα του Σουηδικού Αρχείου καταγραφής) και την προσπάθεια αντικειμενικής αποτίμησης της κατάστασης των ασθενών με βάσει το κόστος προς το κοινωνικό σύνολο, (παροχή υγείας, επιβάρυνση από τις χαμένες εργατοώρες) δυο χρόνια πριν την επίσκεψη στον ορθοπεδικό και δύο χρόνια μετά, κατέδειξε ότι ποσοστό 10% του συνόλου αυτών υπεβλήθη σε χειρουργική αντιμετώπιση. Υπήρξε δε σημαντική μείωση στο μετρούμενο κόστος για την διατήρηση μετά από την «επαφή» τους αυτή.. Η μελέτη αξιολογήθηκε ως επιπέδου IV και έμμεσα κατέληξε ότι η όποια θεραπεία, απέδωσε και πιθανότατα να βελτίωσε και την ποιότητα ζωής του ατόμου.¹²

Όπως ήδη αναφέρθηκε η διαθεσιμότητα ειδικευμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας ποικίλει από χώρα σε χώρα και από περιοχή σε περιοχή της ίδιας της χώρας. Ιδιαίτερα ενδεικτικά είναι τα

δεδομένα της Γερμανίας όπως αυτά δημοσιεύθηκαν το 2017 καταδεικνύοντας μια υπερσυσσώρευση ορθοπεδικών κοντά στις πόλεις κέντρα. Παρά το γεγονός ότι η διαθεσιμότητα ιατρών στις διάφορες περιοχές της Γερμανίας ελέγχεται και ρυθμίζεται κεντρικά (κρατικά) με γνώμονα το απλό κριτήριο της αναλογίας ιατρού ανά πληθυσμό (Physician to Population Ratio PPP), το μοντέλο αυτό δεν λαμβάνει υπόψιν του γεωγραφικές παραμέτρους κατανομής του πληθυσμού. Αποτέλεσμα, τελικά, οι πιο απομακρυσμένες από τα μεγάλα κέντρα περιοχές να έχουν προβληματική πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα.¹³

Όταν τελικά ο ασθενής επιτυγχάνει πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δύναται να προκύπτουν προβλήματα ως προς την αντιμετώπισή του, όπως η αξιοπιστία των εύκολα προσβάσιμων απεικονιστικών μεθόδων. Η απεικόνιση του μυοσκελετικού μέσω υπερήχων αποτελεί μία ταχεία και χαμηλού κόστους εξέταση η οποία μπορεί να παράσχει στον κλινικό γιατρό εξαιρετικά χρήσιμες πληροφορίες που αφορούν μια αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενούς, ενήλικα¹⁴ ή παιδιού.¹⁵ Αυτό όμως προϋποθέτει, επιστημονική κατάρτιση του χειριστή, ολοένα όμως μεγαλύτερη «διείσδυση» στην διαγνωστική προσπέλαση των ασθενών, νεότερων (και ακριβότερων) μεθόδων, οδηγεί σε σημαντική έλλειψη εμπειρίας και συχνά λανθασμένα συμπεράσματα.¹⁶

Εξίσου σημαντική για την κοινότητα και την πρωτοβάθμια φροντίδα, είναι η πρόσβαση σε Παιδοορθοπεδικό ή ορθοπεδικό ιατρό ο οποίος έχει λάβει μέρος της εκπαίδευσής του σε Παιδοορθοπαιδικό νοσοκομείο, κάτι που στην Ελλάδα για την νεότερη γενιά ορθοπαιδικών είναι υποχρεωτική στα πλαίσια της λήψης ειδικότητας. Απλοί τραυματισμοί και παιδιατρικά κατάγματα, δυσπλασίες, διαμαρτίες ανάπτυξης, σκολίωση, κύφωση, μυοσκελετικοί πόνοι, παροδικές υμενίτιδες και πληθώρα άλλων παθήσεων αποτελούν καταστάσεις που καλείται να εκτιμήσει στην καθημερινή του πράξη ο ορθοπεδικός της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπολογίζεται ότι το ήμισυ των περιπτώσεων, μπορούν να αντιμετωπισθούν επιτυχώς χωρίς παραπομπή σε εξειδικευμένο Παιδο-ορθοπεδικό κέντρο.¹⁷

Στην Ελλάδα, η πρωτοβάθμια φροντίδα κάνει βήματα να οργανωθεί, να εδραιωθεί και να αποτελέσει πυλώνα του συστήματος υγείας όπως στα υπόλοιπα κράτη. Στα μεγάλα κέντρα η παροχή υγείας συστηματικά γίνεται στα νοσοκομεία τα οποία είναι τουλάχιστον δευτεροβάθμια σε κλίμακα δυνατοτήτων αντιμετώπισης. Δεν είναι σπάνιο, απλά περιστατικά να εκτιμώνται αρχικά και να αντιμετωπίζονται σε τριτοβάθμια νοσοκομεία ή και τεταρτοβάθμια τμήματα. Γεγονός που αποτελεί σπατάλη πόρων του συστήματος και αδικαιολόγητη κόπωση του υψηλά εκπαιδευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων αυτών. Χαρακτηριστική είναι αναδρομική μελέτη που διενεργήθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο των Αθηνών και αφορούσε



ασθενείς που εξετάστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από τον Ιανουάριο 2001 έως τον Ιανουάριο 2006. Από το σύνολο των 39.172 ασθενών, ένα ποσοστό 43.5% (μετά την εξέταση) θεωρήθηκε πως θα μπορούσε να έχει αντιμετωπισθεί επιτυχώς από κάποιον ιατρό Γενική Ιατρικής, οι οποίοι εκπαιδεύονται σε βασικά θέματα της ορθοπεδικής, στα πλαίσια της λήψης της ειδικότητάς τους. Ποσοστό μόλις 1.2% εισήχθη τελικά για χειρουργική αντιμετώπιση ή παρακολούθηση.¹⁸

Η ΠΦΥ πρέπει να αποτελέσει έναν δυναμικά εξελισσόμενο θεσμό / φορέα, αφενός για να μπορεί να προσαρμόζεται στα διαρκώς μεταβαλλόμενα πολιτικο-οικονομικά πλαίσια μέσα στα οποία καλείται να λειτουργεί και αφετέρου να μπορεί να παρέχει υψηλής ποιότητας υγεία με γνώμονα τον ασθενή και την καλύτερη, ταχύτερη και πιο αξιόπιστη αντιμετώπιση των προβλημάτων του.¹⁹ Με βάση την βιβλιογραφία και την καθημερινή πράξη όσων εργάζονται σε επίπεδο ΠΦΥ διαφαίνεται άμεσα ή έμμεσα η αναγκαιότητα της ομάδας, η οποία, όπως αναφέρθηκε συγκροτείται από: ειδικό ή εξειδικευμένο ιατρό, νοσηλεύτη ή εξειδικευμένο νοσηλεύτη, τον φυσικοθεραπευτή, τον τραυματιοφορέα και τον διοικητικό υπάλληλο. Η ΠΦΥ αποτελεί στις περισσότερες χώρες του εξωτερικού την βάση παροχής υγείας, διαλογής και προώθησης των ασθενών στην κατάλληλη φροντίδα, βάσει της πάθησής του και ως τέτοια θα πρέπει να αντιμετωπισθεί και στην χώρα μας. Απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός, και επιλογή των σωστών ειδικοτήτων, με βάση τα καλύτερα και επιτυχημένα πρότυπα και άλλων χωρών.

Δημήτριος Ι. Μαυρολιάς

MD, MSc (c)

Κέντρο Υγείας Μαρκόπουλου

Βιβλιογραφία

1. Σχέδιο νόμου, Μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Απρίλιος 2017, 25 σελίδες, Ιστοσελίδα Ανοικτής Διακυβέρνησης, διαθέσιμο από: http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/downloads/2017/04/sxedio_nomou_metarrithm_ygeias.pdf
2. Πληθυσμιακές στατιστικές σε περιφερειακό επίπεδο, Μάρτιος 2016, 27 οθόνες, Ιστοσελίδα Eurostat, διαθέσιμο από: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/el

3. US Bone and Joint Initiative, Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States: Prevalence, Societal, and Economic Cost. Rosemont, IL: US Bone and Joint Initiative; 2008. <http://www.boneandjointburden.org>. Accessed October 26, 2015.
4. Anderson BC. Office Orthopedics for Primary Care: Diagnosis and Treatment. 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 1999.
5. Yu S, Zuckerman JD, 5 Points on Orthopedics in US Health Care, Am J Orthop 2015;44(12):538-541.
6. E.M. Badley, A.M. Davis, Best Practice & Research Clinical Rheumatology 26 (2012);599–609, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2012.09.002>
7. Breedveld F. The value of early intervention in RA – a window of opportunity. Clinical Rheumatology 2011;30(Supp 1):SS33–9.
8. Carr AJ, Robertsson O, Graves S, Price AJ, Arden NK, Judge A, et al. Knee replacement. Lancet 2012;379(9823):1331-40.
9. Karlson EW, van Schaardenburg D, van der Helm-van Mil AH. Strategies to predict rheumatoid arthritis development in at-risk populations. Rheumatology (Oxford, England). 2016;55(1):6-15. doi:10.1093/rheumatology/keu287.
10. Machlin, S.R. and Adams, S.A. Expenses for Office-Based Physician Visits by Specialty, 2013. Statistical Brief #484. November 2015. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st484/stat484.pdf
11. Hong JY, Song KS, Cho JH, Lee JH. An Updated Overview of Low Back Pain Management in Primary Care. Asian Spine J. 2017 Aug;11(4):653-660. <https://doi.org/10.4184/asj.2017.11.4.653>
12. Jonsson E, Olafsson G, Fritzell P, Hägg O, Borgström F, A Profile of Low Back Pain: Treatment and Costs Associated With Patients Referred to Orthopedic Specialists in Sweden. Spine (Phila Pa 1976). 2017 Sep 1;42(17):1302-1310. doi: 10.1097/BRS.0000000000002089
13. Bauer J, Müller P, Maier W, Groneberg DA. Orthopedic workforce planning in Germany – an analysis of orthopedic accessibility. Chen Y, ed. PLoS ONE 2017;12(2):e0171747. doi:10.1371/journal.pone.0171747.
14. Chiu et al, Shoulder ultrasonography performed by orthopedic surgeons increases efficiency in diagnosis of rotator cuff tears, Journal of Orthopaedic Surgery and Research 2017; 12:63 doi: 10.1186/s13018-017-0565-4 .



15. Hedelin H, Tingström C, Hebelka H, Karlsson J. Minimal training sufficient to diagnose pediatric wrist fractures with ultrasound. *Critical Ultrasound Journal*. 2017;9:11. doi:10.1186/s13089-017-0066-z.
16. Scholten-Peeters, Gwendolijne G.M. et al. The opinion and experiences of Dutch orthopedic surgeons and radiologists about diagnostic musculoskeletal ultrasound imaging in primary care: A survey, *Manual Therapy* 19 (2014) 109e113, <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2013.08.003>
17. Cook PC, Pediatric Orthopedics for the Primary Care Provider, *Pediatr Clin N Am* 61 (2014) xiii-xiv, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2014.09.001>
18. Marinos G, Giannopoulos A, Vlasis K et al, Primary care in the management of common orthopaedic problems, *Qual Prim Care*. 2008;16(5):345-9, PMID: 18973716.
19. Ferguson S, Cook F, Is a primary care orthopaedic interface service sustainable in a continually changing political and healthcare environment?, *Clinical Governance: An International Journal*, 2011;Vol. 16(2):137 - 147, <http://dx.doi.org/10.1108/14777271111124491>