



# MEDIKALIZACIJA

UČNO GRADIVO

za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine

Urednica: Zalika Klemenc-Ketiš

Družinska medicina 2009, letnik 7, supplement 4

Ljubljana, oktober 2009

**Družinska medicina 2009**  
**Letnik 7**  
**Supplement 4**  
**Oktober 2009**

## **MEDIKALIZACIJA**

Učno gradivo  
za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine

*Urednica:* Zalika Klemenc-Ketiš

*Tehnično urejanje, oblikovanje in prelom:* Zalika Klemenc-Ketiš

*Recenzenta:* Prof. dr. Igor Švab, dr. med.  
Doc. dr. Marija Petek-Šter, dr. med.

*Izdalo:* Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

*Založil:* Zavod za razvoj družinske medicine

*Tisk:* Tiskarna Radovljica

*Naklada:* 300 izvodov

Copyright © Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD 2009 Uporaba objavljenega gradiva dovoljena ob navedbi vira in poprejšnjem soglasju izdajatelja ali založnika.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-085(082)

UČNE delavnice za zdravnike družinske medicine (26 ; 2009 ;  
Ljubljana)

Medikalizacija : učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2009 / [urednica Zalika Klemenc-Ketiš]. - Ljubljana : Zavod za razvoj družinske medicine, 2009. - (Družinska medicina ; 2009, 7. Supplement ; 4)

ISBN 978-961-92474-7-1

1. Gl. stv. nasl. 2. Klemenc-Ketiš, Zalika

247567872

# KAZALO

Abecedni seznam avtorjev .....	II
Zalika Klemenc-Ketiš: <i>Učnemu gradivu na pot</i> .....	1
Igor Švab: <i>Recenzija</i> .....	2
Marija Petek-Šter: <i>Recenzija</i> .....	3
<b>SPLOŠNI DEL</b> .....	<b>5</b>
Erika Zelko, Staša Kocjančič: <i>Načela medikalizacije</i> .....	7
Darinka Klančar, Nika Kafel-Jere: <i>Medikalizacija v ambulantni zdravniški družinski medicini</i> .....	13
Mateja Bulc: <i>Stranski učinki medicine</i> .....	19
Zalika Klemenc-Ketiš: <i>Etični vidiki medikalizacije</i> .....	23
<b>SPECIALNI DEL</b> .....	<b>31</b>
Marija Petek-Šter, Tatjana Cvetko: <i>Medikalizacija zdravega</i> .....	33
Davorina Petek: <i>Medikalizacija srčno-žilne preventive</i> .....	43
Andrej Kravos, Marija Petek-Šter, Davorina Petek, Rok Lokar, Suzana Kert: <i>Medikalizacija pri kroničnih bolnikih</i> .....	47
Ksenija Tušek-Bunc, Mojca Žerdin: <i>Medikalizacija in samozdravljenje</i> ...	65
Tonka Poplas-Susič, Janez Rifel: <i>Metode preprečevanje medikalizacije</i> .	73
Nena Kopčavar-Guček, Andreja Čufar: <i>Vloga farmacevtske industrije pri medikalizaciji</i> .....	79

## ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV

1. Prim. asist. dr. **Mateja Bulc**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
2. Mag. **Tatjana Cvetko**, dr. med., ZD Koper, Dellavallejeva ulica 3, 5000 Koper
3. Mag. **Andreja Čufar**, mag. pharm., spec., Lekarniška zbornica Slovenije, Vojkova 48, 1000 Ljubljana
4. **Nina Kafel-Jere**, dr. med., Zavod za zdravstvene dejavnosti in svetovanje eVITA, Cesta pod Slivnico 21, 1380 Cerknica
5. Asist. mag. **Suzana Kert**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor
6. Prim. asist. **Darinka Klančar**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
7. Asist. **Zalika Klemenc-Ketiš**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor
8. Asist. mag. **Nena Kopčavar-Guček**, dr. med., Zdravstveni dom Ljubljana in Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
9. **Staša Kocjančič**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000
10. Asist. mag. **Andrej Kravos**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
11. Asist. **Rok Lokar**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
12. Asist. mag. **Davorina Petek**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
13. Doc. dr. **Marija Petek-Šter**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
14. Asist. dr. **Tonka Poplas-Susič**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
15. **Janez Rifel**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
16. Prim. asist. **Ksenija Tušek-Bunc**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor
17. Asist. mag. **Erika Zelko**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor
18. **Mojca Žerdin**, dr. med., Bezenškova 42, 2000 Maribor

# UČNEMU GRADIVU NA POT

Letošnje učne delavnice za zdravnike družinske medicine, že šestindvajsete po vrsti, se ukvarjajo z zanimivo temo medikalizacije, ki je v zadnjem času postala ne le del medicine, ampak kar del celotne družbe. Medicinsko izrazoslovje je postalo del sporazumevanja tudi v drugih sferah našega življenja in tako populiziralo medicino, ki ni več domena zgolj zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja, ampak je sestavni del sodobne človeške družbe.

Človeštvo se je znašlo v zanimivem paradoksu. Na eni strani na vse mogoče načine stremimo k zdravju, na drugi strani pa v naravnih procesih človeškega življenja iščemo znake bolezni. Tako se nam tako zaželen cilj »biti zdrav« venomer oddaljuje, hkrati pa nam medikalizacija na nek način omejuje okušanje življenja v dobrem in slabem.

Stanje vsesplošne medikalizacije človeške družbe močno vpliva na delo zdravnika družinske medicine. Vpet med strokovne zahteve in smernice zdravljenja na eni ter med osnovnim načelom medicine »ne škoditi« na drugi strani, se velikokrat znajde v precepu. Tako je pogosto v nevarnosti, da v vsesplošnem upoštevanju na dokazih temelječe medicine pozabi na bolnika kot celoto in ne prisluhne lastni »zdravi pameti«.

Učno gradivo Medikalizacija smo poskušali sestaviti tako, da bi bila tema čimbolj sistematično predstavljena. V ta namen smo gradivo razdelili na dva dela, tj. splošni in specialni del. V splošnem delu so predstavljeni osnovni pojmi medikalizacije, s posebnim poudarkom na medikalizaciji v ambulanti zdravnika družinske medicine. V specialnem delu pa je medikalizacija opisana pri nekaterih posebnih stanjih v medicini.

Upam, da bodo zdravniki družinske medicine s prebiranjem tega učnega gradiva in s pomočjo sodelovanja na učnih delavnicah pridobili celosten vpogled v temo medikalizacije, kar jim bo v pomoč pri vsakdanjem delu z bolniki.

Zalika Klemenc-Ketiš

## RECENZIJA

Združenje zdravnikov družinske medicine že dolga leta organizira izobraževanje za zdravnike družinske medicine, ki se ukvarjajo s poučevanjem. Začetki tega procesa segajo v osemdeseta leta prejšnjega stoletja, ko je Sekcija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva organizirala prve učne delavnice. V teh delavnicah so se izobrazili kasnejši nosilci akademskega razvoja družinske medicine v Sloveniji, kolegi, ki v delavnicah sodelujejo, pa še sedaj predstavljajo temelj, na katerem sloni izobraževanje specializantov in študentov.

Razvoj delavnic je terjal tudi to, da se gradiva, ki se pripravljajo za učne delavnice, zberejo v obliki zbornika. To delo si je v začetku zadal prof. Janko Kersnik, v sedanjem času pa je uredništvo zbornika prevzela asist. Zalika Klemenc-Ketiš.

Tema letošnjega zbornika in delavnic, ki se bodo posluževale teh gradiv, je medikalizacija v družinski medicini. Gre za pomemben družbeni in zdravstveni problem, ki ga poskuša zbornik osvetliti z več vidikov. Zbornik se deli na splošni in specialni del, avtorji so strokovno dobro podkovani zdravniki, ki vsak na svoj način osvetljujejo medikalizacijo. Vsi prispevki so napisani po metodologiji preglednih člankov in čeprav bi lahko očitali, da se nekatere teme ponovijo večkrat, menim, da gre za pomembno gradivo, ki bo prispevalo k razjasnitvi tega problema med slovenskimi zdravniki družinske medicine. Gre namreč za prvi zbornik v slovenski zdravstveni literaturi, ki se loteva tega področja. Tudi zaradi tega gredo urednici in vsem avtorjem iskrene čestitke pri njegovi izdaji. Prepričan sem, da bomo zbornik s pridom uporabljali pri delu tako s študenti kot z bolj izkušenimi zdravniki.

Prof. dr. Igor Švab

## RECENZIJA

Monografija z naslovom »Medikalizacija« je nastala kot učno gradivo za učne delavnice za mentorje v družinski medicini. Svoje prispevke so napisali že uveljavljeni pisci, ki pa so se jim pridružila nova imena na področju pisanja preglednih prispevkov s področja družinske medicine. Glede na relativno novo področje in majhno število objav, ki vključujejo ključno besedo »medikalizacija« v svetovni literaturi, je število prispevkov v monografiji manjše kot v monografijah iz preteklih let, vendar pa monografija na celovit način in z uporabo prikazov primerov iz prakse predstavi dileme, povezane z medikalizacijo.

Monografija je razdeljena v splošni in specialni del. V uvodu v splošni del avtorji seznanijo bralca s terminologijo, osnovnimi vzroki in posledicami medikalizacije za posameznika ter družbo. Sledi poglavje, kjer avtorja na primerih iz prakse predstavita različne oblike medikalizacije, s katerimi se zdravniki družinske medicine srečujemo pri svojem delu. Poglavje z naslovom »Stranski učinki medicine« nas seznani s potencialnimi nevarnostmi, ki jih pretirano zdravljenje v smislu nepotrebnih diagnostičnih in terapevtskih ukrepov (kvartarna preventiva) prinese bolniku. Področje medikalizacije pa odpira številne etične dileme, na katere nas opozori poglavje o etičnih dilemah, povezanih z medikalizacijo. Zabrisane meje med zdravjem in boleznijo, preimenovanje dejavnikov tveganja v boleznijo, opredeljevanje fizioloških procesov kot bolezenska stanja, povezovanje zdravnikov s farmacevtsko industrijo so samo nekatera področja, povezana z etičnimi dilemami.

V uvodu v specialni del so predstavljene različne oblike medikalizacije zdravega od rojstva pa do smrti. Medikalizacija zdravega je pripomogla k ustvarjanju milijonov dodatnih bolnikov in postopoma zmanjšuje število zdravih oseb, kar prispeva k zmanjšanju sposobnosti financiranja zdravstvenega sistema in s tem zniža univerzalnost dostopa do zdravstvenih storitev bolnim. Medikalizaciji so izpostavljeni tudi bolniki z dejavniki tveganja za kronične bolezni in bolniki s kroničnimi boleznimi, kar je predstavljeno v poglavjih o »Medikalizaciji srčno-žilne preventive« in »Medikalizaciji pri kroničnih bolnikih«. Biti zdrav in skrbeti za svoje zdravje je v današnji družbi vrednota. Ljudje to svojo dolžnost »biti zdrav in ohraniti mladost« želijo izpolniti tudi tako, da si pomagajo z različnimi postopki in zdravili za samozdravljenje. Preprečevanje medikalizacije je tema, ki jo povzema predzadnje poglavje monografije. Model medicinske oskrbe se spreminja, vedno bolj temelji na funkcionalni zmožnosti bolnikov in se dotika reševanja problemov glede funkcionalnosti namesto iskanja ozdravitve ali izničenja posameznih dejavnikov tveganja. V zadnjem poglavju, ki sta ga napisali zdravnica in farmacevtka, pa je predstavljena vloga farmacevtske industrije – enega izmed ključnih igralcev na področju medikalizacije. Nova zdravila zdravnikom in bolnikom omogočajo nove možnosti zdravljenja, po drugi strani pa farmacevtska industrija s svojim vplivom na klinične raziskave, zdravnike in, preko medijev, na bolnike pripomore k medikalizaciji družbe.

Monografija »Medikalizacija« je prvo v slovenščini objavljeno delo, ki obravnava za zdravnika pomembno in do sedaj v strokovnih krogih prezrto področje. Verjamem, da bo učno gradivo dobro služilo mentorjem s področja družinske medicine in bo predstavljalo vir, iz katerega se bodo učili študentje in specializanti.

Doc. dr. Marija Petek-Šter







## SPLOŠNI DEL





# NAČELA MEDIKALIZACIJE



Erika Zelko<sup>1</sup>, Staša Kocjančič<sup>2</sup>

## UVOD

Nemezis, medikalizacija in trgovanje z boleznimi oz. zdravjem so izrazi, s katerimi številni kritiki sodobne medicine poskušajo opozarjati na vzporedne učinke hitrega razvoja znanosti na področju medicine, ki pogosto povzročata vedno nove dileme in vzporedno škodo. Medikalizacija je tako postal že ustaljen pojem kritične socialne analize pojavov, ki spremljajo področje medicine, ali pa so kot stranski produkt učinkovanja »medicinskega aparata« del le-te (1).

Začetki razprav o pomenu medikalizacije segajo na področje sociologije, kjer interes znanstvenikov ni bila le medicina, ampak širše človeško bivanje in ustvarjanje. Eden zgodnjih avtorjev, ki se je ukvarjal z medicinsko nemezo, je bil Ivan Illich (2). V njegovih razpravah je poudarjen predvsem vidik razčlovečenja medicine. Bolečina, smrt in bolezen so bili nekoč osebni izzivi posameznika, ki jih je poskušal sprejeti kot del naravnih procesov spreminjanja in zorenja lastnega telesa, tj. kot naraven del svojega življenja. Danes pa ti procesi predstavljajo »tehnične probleme«, ki jih medicinska znanost obvladuje in hkrati izkorišča človeški potencial za povečevanje dolgega in večno mladostnega življenja (2,3).

Beseda, iz katere izhaja pojem »nemezis«, v grščini pomeni »za, oz. kar je posledica«. Tako lahko dandanes nemezo srečamo na vseh področjih človeške dejavnosti, ki ob pozitivnih trendih razvoja znotraj sebe vsebujejo tudi negativne učinke. Gre za pojave, ki združujejo dve nasprotujoči vsebini, so hkrati svoje nasprotje in podobnost. Zato ni naključje, da je ravno ime boginje Nemezis, ki je že v grški mitologiji predstavljala pravično jezo ali usodo, povezano s pojavi, ki vsebinsko obravnavajo poti in stranpoti sodobnega napredka (2). V želji po eleksirju večnega življenja prevzema medicina vodilno mesto v njegovem iskanju in obljublja popolno izboljšanje zdravja.

## Kultura in zdravje

Vsaka kultura pozna mite, rituale, tabuje in etične standarde, s pomočjo katerih ljudem pomaga razumeti krhkost življenja, razložiti vzroke bolečin in bolezni ter vlogo umiranja in smrti. Na ta način bolečina, bolezen in smrt ohranjajo svojo človečnost. Globalna medicinska civilizacija pa poskuša zanikati potrebo po sprejetju teh življenjskih dejstev. Njena naloga na bi bila v odstranitvi bolečine, odpravljanju bolezni in bojevanju bitke s smrtjo (4,5).

---

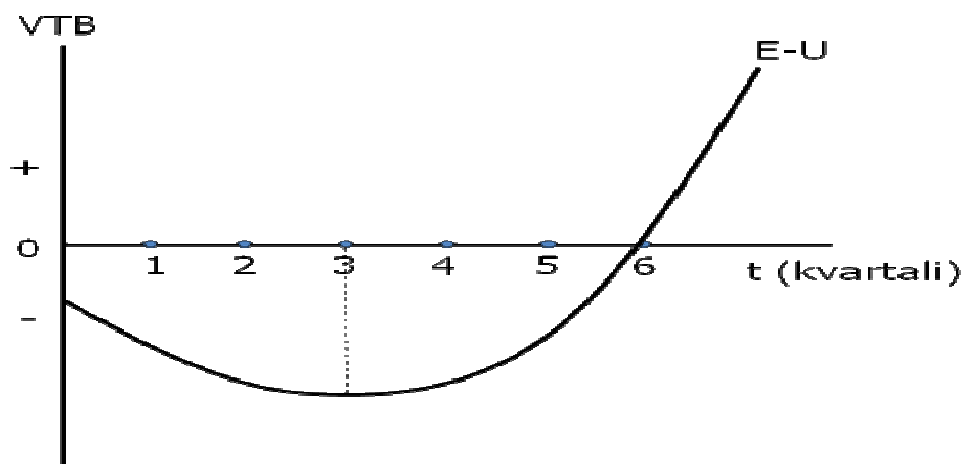
<sup>1</sup> Asist. mag. Erika Zelko, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor

<sup>2</sup> Staša Kocjančič, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Vendar medikalizacija ne zajema zgolj zdravja ali bolezni. Tudi običajni in vsakodnevni opravitki so postali del medicine. Komunalni sistemi, urejena pokopališča, postopki očiščevanja vode in hrane, dietni nasveti, negovalni in kozmetični pripravki, higiena delovnega okolja ter javnih površin so pridobitve, ki so nastale kot posledica delovanja zdravstvenega sistema (1). Nenazadnje je tudi izrazito medicinsko izrazoslovje vse pogostejše del političnega besednjaka. Izrazi, kot so »ozdraviti gospodarstvo«, »okrepiti bolno telo družbe«, »finančna injekcija«, itd., kažejo na vse večjo medikalizacijo življenja, ki ni omejena zgolj na bolezni in zdravje.

### Nevarnosti potrošništva

Vloga medikalizacije življenja in njen vpliv na družbo je velik tako v revnih, kot tudi v bogatih skupnostih. Vlaganje v zdravstvene sisteme, katerih gonilna sila je farmacevtska industrija, večinoma deluje po pravilih krivulje J (5,6). Tako za večji del oskrbe in zdravljenja bolnika velja, da več denarja pomeni boljše zdravje, vendar le do določene točke. Ko je le-ta presežena, žal vsa sredstva in vlaganja v zdravje ter programe zdravja pomenijo v splošnem slabše zdravje (slika 1).



Slika 1. J krivulja.

Industrializacija zdravja, medikalizacija življenja in politizacija medicine so sodobni spremljevalci medicine 21. stoletja (2,5). Industrializacija zdravja postaja ekonomsko zanimiv posel za farmacevtsko industrijo; v bogatih državah namenjajo več denarja za raziskave na področju preprečevanja bolezni kot za vlaganje v razvoj novih oblik zdravljenja. Nekoč je veljalo, da za vsako bolezen obstaja zdravilo, sedaj se srečujemo z obratno situacijo, ko lahko rečemo, da za vsako zdravilo obstaja bolezen (7). In kakšna je vloga zdravnikov v tem začaranem krogu? Preprečevanje bolezni potegne za sabo prekomerno predpisovanje zdravil. Dejstvo je, da so stroški za zdravstvene sisteme zelo narasli (8,9). Vendar niso stroški tisto, kar mora skrbeti zdravnike, marveč pomanjkljivo znanje o povezavah med zdravilnimi učinkovinami, stranskimi učinki zdravil in diagnostično-terapevtskimi postopki. Približujemo se tisti točki J krivulje, ko bomo pri izboljševanju izida ne samo neučinkoviti, ampak bomo s svojimi posegi v telo povzročili več škode kot koristi. V WOSCOP študiji, kjer so opazovali učinkovitost zdravljenja s pravastatini v primarni preventivi, so spremljala 10.000 uporabnikov zdravila. Ugotovili so, da 9.755 uporabnikov v petih letih ni imelo nobene koristi od uporabe zdravila (10).

Finančno pa to predstavlja breme, ki si ga v mnogih deželah zdravstveni sistemi in posamezniki ne morejo privoščiti.

Medikalizacijo življenja zdravniki vsak dan srečujemo pri svojem delu, ko ugotavljamo, da so običajni življenjski dogodki vzrok obiska naših ambulant. Nekoč dogodek, ki je del življenjske poti, je sedaj težava ali simptom grozeče bolezni, ki zahteva zdravniško obravnavo. Premenstrualni sindrom, nosečnost in klimakterij so fiziološka stanja v življenju ženske, a vendar so danes neredko vzrok obiska ambulate. Sodobna medicina je s svojimi ukrepi, deloma v želji po zaslužku, omogočila razširitev ideje o svoji vsemogočnosti in brezmejnosti (5,6,9). Ljudem je »prodala« svoje osnovno poslanstvo skrbi za njihovo zdravje. Vendar se čedalje pogosteje pojavljajo posamezniki, ki opozarjajo na omejitve medicine in potrebo po lastni udeležbi v skrbi za lastno zdravje. Medicina lahko pomaga okrepiti zdravje, ne more pa nadomestiti skrbi posameznika in njegove lastne aktivnosti v ohranjanju zdravja (5).

Žal je zdravstvo pogosto tudi osrednja tema političnih programov in agitatorjev, ki včasih celo zelo slabo poznajo to področje ter tako na ravni populacije povzročijo veliko škode. Nevarnosti medikalizacije so seveda izjemno široko področje, ki zajema populacijo, posameznika in zdravnika. Stigmatizacija bolezni je najtežje breme za posameznika, saj stigma v osnovi pomeni nepovratno stanje (5). Nepravilno usmerjen diagnostični postopek, iatrogena obolenja, preobremenitev s postopki zdravljenja in izguba časa ter denarja so na zdravnika vezane nevarnosti medikalizacije (3,8). Nenazadnje pa je preusmeritev k iskanju vedno novih »bolezni« lahko breme tudi za zdravstveno politiko, ki se bo morala zaradi finančne vzdržnosti odločiti, kako daleč lahko posega v zdravje, da ne ogroža nezdravja.

### **Trgovanje z boleznimi**

V sodelovanju z zdravniki je avstralski kritik Ray Moynihan razdelil trgovanje z boleznimi v pet skupin (7,8), ki so opisane v nadaljevanju.

#### *Običajni procesi in dogodki postanejo medicinski problem*

Farmacevtska industrija je v vni po vedno večjih zasluških in razvoju tržno zanimivih izdelkov velikokrat vodilna pri oglaševanju novih učinkovin. Predhodna raziskava tržišča zagotavlja, da so učinkovine zanimive za potrošnika, ki je seveda predhodno, s strani farmacevtske industrije, na določeno »težavo« opozorjen in mu domnevno povzroča veliko težav. Aktivnosti družbe Merck&Co. za promocijo lastnega odkritja sredstva proti izpadanju las so bile usmerjene predvsem v moški del populacije, pri katerih s starostjo pogosteje prihaja do izpadanja las. Izsledki študije, kjer so spremljali predstavitev te učinkovine, so opozarjali na vrsto psihičnih težav, ki lahko omejujejo posameznika, celo pri iskanju službe. Ta študija je bila seveda financirana s strani farmacevtske družbe, ki je učinkovino predstavila na tržišču.

*Redki simptomi postanejo razširjeni problem*

Zanimiva je pojavnost impotence, ki je postala od predstavitve zdravila sildanefil tako zelo razširjen pojav med moškimi med 40. in 70. letom starosti, saj naj bi prizadela celo 50 % moške populacije v tem življenjskem obdobju. Ekonomsko je »čudežna tabletk« uspeh, ki ga s primerljivimi substancami posnemajo tudi konkurenčne firme. Medtem pa nekateri vodilni zdravniki ugotavljajo, da so podatki o razširjenosti problema impotence močno umetno napihnjeni.

*Blagi simptomi so napihnjeni v znanilce hudih bolezni*

Značilen primer iz prakse je pekoče žrelo, ki je pretežno znak virusne okužbe, ki samo od sebe mine brez posebnih zdravniških ukrepov. Kljub temu se pogosto dogaja, da tolažimo zaskrbljene bolnike, ki v tem že vidijo znanilca rakaste bolezni. Podobno je s sindromom razdražljivega črevesja, ki je bil v določenem obdobju zelo razširjen in zlovešč problem.

*Osebne in družinske težave se spremenijo v medicinske.*

Strah pred smrtjo, žalovanje, izguba službe, ločitev, in še bi lahko naštevali, so področja, ki vse pogosteje dobivajo različne oznake psihičnih težav in celo psihiatričnih diagnoz. Področje psihiatrije je v sodobnem svetu eno najhitreje rastočih »tržišč«, tako za industrijo, kot tudi za zdravništvo. Po drugi svetovni vojni smo poznali 26 duševnih motenj, sedaj jih ameriško združenje psihiatrov opisuje 395.

*Tveganja postajajo bolezni*

Sodobni način življenja je vzrok za številna tveganja za nastanek in razvoj bolezni. Tveganja sama po sebi sicer še ne pomenijo bolezni, vendar se z zniževanjem meje med zdravim in bolnim krog obolelih širi. Vrednosti celokupnega holesterola, ki še veljajo za »zdrave«, so bile pred leti 5,5 mmol/l, danes pa že pod 4,5 mmol/l. Ob tem je potrebno upoštevati še razmerja med LDL in HDL, rasno pripadnost, primarnost ali sekundarnost preventive, spol in starost; tako dejansko redko najdemo posameznika, ki bi ob upoštevanju navedenih kriterijev lahko ostal brez zdravljenja. Podobno je z arterijsko hipertenzijo.

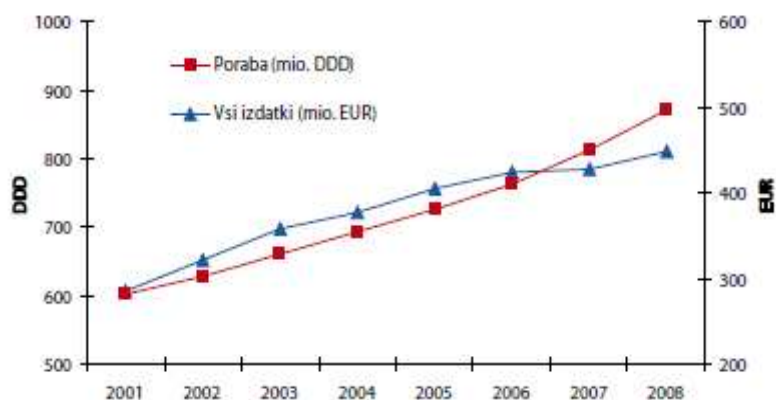
Tveganje za zlom stegenice pri starejših od 74 let je relativno majhno (1,2 % v Nemčiji) v primerjavi z razširjenostjo potrebe po zdravljenju osteoporoze.

Področja, ki jih navajamo, niso zanimiva le za farmacevtsko industrijo; tudi izdelovalci merilnikov krvnega tlaka, holesterola, krvnega sladkorja in kostne gostote so našli finančno zanimivo tržišče ter se uspešno oglašujejo s številnimi »pobudami za zdravje«.

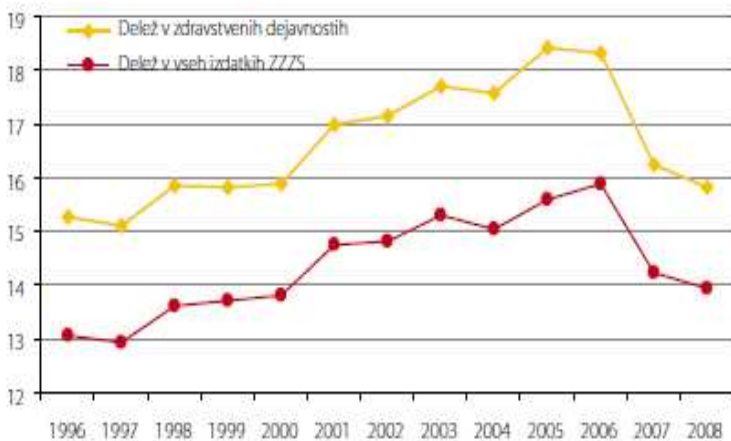
Seveda pa nikakor ne želimo trditi, da so aktivnosti za osveščanje prebivalstva negativne in nepotrebne, opozoriti želimo le na pasti, ki nas lahko zavedejo, da hitro prestopimo kritično točko na J krivulji, ko vložek ne rodi večjega zdravja, temveč vodi v splošno slabše zdravje skupnosti in posameznika (6,7,8).

### Nekaj podatkov o stroških

Podatki za Slovenijo kažejo na visoko rast stroškov za zdravila. Tako je celoten trg zdravil v letu 2008 (vključno s samoplačniškimi in bolnišničnimi) ocenjen na 522 milijonov EUR. Poraba zdravil, izražena v definiranih dnevni odmerkih, se je v letu 2008 zvišala za 7,2 % (slika 2), medtem ko se je delež za zdravila v strukturi izdatkov ZZZS že drugo leto zapored znižal, kar gre pripisati 30 % deležu generičnih zdravil med zdravili na trgu in uspešnemu znižanju cen zdravil (slika 3).



Slika 2. Prikaz porabe v milijonih definiranih dnevni odmerkov (DDD) in vseh izdatkov za zdravila na recepte v milijonih EUR v obdobju med leti 2001 in 2008.



Slika 3. Delež izdatkov za zdravila med izdatki ZZZS v obdobju med leti 1996 in 2008.

Med najpogosteje predpisanimi zdravili oz. zdravili z visokim indeksom rasti predpisovanja v letih 2007 in 2008 zasedajo prvih pet mest atorvastatin, omeprazol, perindopril, olanzapin in enalapril (15).

Jacobzone je leta 1996 primerjal rast bruto domačega proizvoda (BDP) z rastjo stroškov za zdravila v deželah OECD. Ugotovitve, da je rast stroškov za zdravila v povprečju presejala rast BDP za 1,5 %, nakazujejo izjemen pomen medikalizacije družbe (10). Posledično so se tudi farmacevtske družbe močno razvile in razširile svoj vpliv. Če upoštevamo ekonomske kazalce razvoja, lahko na primeru farmacevtske družbe Pfizer vidimo (17. mesto na lestvici), da se lahko le-ta na lestvici uspešnosti primerja z državami, kot so Avstralija (11. mesto na lestvici), Švedska (19. mesto na lestvici) in Singapur (10. mesto na lestvici).

Pa so ljudje v resnici bolj zdravi? Po podatkih, dostopnih v literaturi, žal velja ravno obratno. Višji kot so stroški za zdravstvo, bolj bolne se počutijo ljudje. V nekaterih primerih celo vlade kažejo zanimanje za medikalizacijo težko obvladljivih področij, npr. področje kazenskega prava, ki s pomočjo medicine ponuja drugačne rešitve (5,10). Izziv s pomočjo medikalizacije ustvariti novo bolezen in novo zdravljenje prej običajnih življenjskih dogodkov (rojstva, staranja, spolnosti, žalosti in smrt) je odkril novo področje možnega ustvarjanja in vplivanja na posameznika (2,8,11,14).

### **Kaj lahko storimo, da zaščitimo javnost in zdravnike pred slabostmi medikalizacije?**

Shaw je priporočal: »Ne spremenite zdravnikov v trgovce. Medicinska znanost naj postane človek, usposobljen in plačan s strani države, da skrbi za zdravje v njej. Vendar jih plačajte dobro.« (12). Mislim, da bi se večji del ljudi, ki delajo v zdravstvu, strinjal z navedenim. Ostali avtorji opozarjajo na čas, namenjen predstavnikom farmacevtskih družb v ambulantah in življenju zdravnikov; na pomen neodvisnosti raziskav, ki bi predstavile nove zdravilne učinkovine na tržišču; na kritičnost medijev, ki so vpeti v oglaševanje novih vrst zdravljenja; in nenazadnje kritično obveščanje bolnikov ter uporabnikov novih programov zdravljenja (6,7,8,13).

K bolniku usmerjena obravnava v ambulantah družinske medicine, kjer je bolnik naš partner, je možnost, ki lahko omili negativne učinke medikalizacije. Vendar pa takšna obravnava zahteva, da bolniku v ambulantni posvetimo bistveno več časa, kot ga imamo trenutno na razpolago.

## **LITERATURA**

1. Ros N. Beyond medicalisation. Dosegljivo na: <http://www.thelancet.com>
2. Illich I. Medical Nemesis. New York: Pantheon Books; 1976.
3. Illich I. Limits to medicine. London: Penguin; 1990.
4. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. Singapur Med J 2007; 48: 275-80.
5. Freidson E. Profession of medicine. University of Chicago Press; 1988.
6. Heath I. Who needs health care – the well or the sick? BMJ 2005; 330: 954-6.
7. Powledge MT. Disease mongering and drug marketing. EMBO 2005; 6: 612-4.
8. Moyinhan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886-91.
9. Dear WJ, Webb JD. Disease mongering – a challenge for everyone involved in healthcare. Br J Clin Pharmacol 2006; 64: 122-4.
10. Freemantle N. Medicalisation, limits to medicine, or never enough money to go around? BMJ 2002; 324: 859-60.
11. Moyinhan R, Doran E, Henry D. Disease mongering is now part of the Global Health Debate. Plos Medicine 2008; 5: 684-5.
12. Shaw GB. The doctor's dilemma. Middlesex: Penguin Books; 1946.
13. Leibovici L. Medicalisation: peering from inside medicine. BMJ 2002; 324: 866
14. Moyinhan R. Too much medicine? BMJ 2002; 324: 859-60.
15. Fürst J. Zdravila v obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2008. Recept 2009; 1: 70-2.



# MEDIKALIZACIJA V AMBULANTI ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE



Darinka Klančar<sup>1</sup>, Nina Kafel-Jere<sup>2</sup>

*Zdravilo je svetel klic  
k izhodu iz temnega hodnika.  
Kdor mu ne prisluhne,  
ga pogoltne tema.  
Kdor se naveže nanj,  
ne ugleda ljubega obličja.*

## UVOD

Večina zdravnikov meni, da je edini namen medicine pomagati človeku. Zakaj bi sicer postali zdravniki? Z vidika pripadnosti stroki bi se zelo težko strinjali s prepričanjem nekaterih avtorjev, da postaja medicina najhujša grožnja za zdravje ljudi (1).

Številni ekonomisti opozarjajo, da bo vse večje finančno vlaganje v medicino postalo neproduktivno in bo povzročilo več škode kot koristi. Na drugi strani so potencialni bolniki vse bolj medijsko izpostavljeni strahu pred vedno novimi in hujšimi boleznimi, ki jih je potrebno čimprej odkriti in zdraviti. Sodobna kapitalsko usmerjena in razslojena družba kaže vse manj socioloških povezav ter je polna ljudi, ki živijo v večnem strahu pred izgubo zdravja in prezgodnjo smrtjo. Realen občutek za vsakodnevno telesno in duševno blagostanje se je izgubil; le malokdo se zaveda, da za vsemi temi trendi stoji kapital, ki s parolami o skrbi za človeka polni lastne žepe.

Namen prispevka je osvestiti kolege, da pri svojem delu z bolnikom ohranjajo realen pristop in zavest, da je naše glavno poslanstvo tudi po Hipokratu »Primum nil nocere«.

## MEDIKALIZACIJA

Je proces, v katerem določena stanja, ki se nanašajo na zdravje telesa ali duha, postanejo medicinski problem. Gre za določena stanja iz vsakodnevnega življenja (npr. rojstvo otroka), ki jih začnemo obravnavati kot bolezen. Tako početje ima svoje koristi, a tudi določeno ceno, ki ni vedno finančnega značaja. Izraz medikalizacija zajema vse tiste postopke zdravljenja, ki ne pomenijo nujno boljšega izida za bolnika; morda bi bil le-ta boljši, če problem ne bi bil definiran kot medicinski.

---

<sup>1</sup>Prim. asist. Darinka Klančar, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup>Nina Kafel-Jere, dr. med., Zavod za zdravstvene dejavnosti in svetovanje eVITA, Cesta pod Slivnico 21, 1380 Cerknica

V ambulantah zdravniki družinske medicine tako pogosto obravnavamo probleme, ki jih je literatura proglasila za ti. »nebolezniki«: staranje, delo, dolgčas, podočnjaki, ignoranca, plešavost, pege, štrleča ušesa, sivi lasje, grdost, porod, alergija na družbene pojave, nesrečnost, celulit, maček, dolžina spolnega uda, nosečnost, osamljenost, nasilje na cesti, teniški komolec, astma, podhranjenost, barvna slepota, žolčni kamni, zvišan holesterol, kronična utrujenost in bolečina v križu (2,3).

Nekatere od teh stanj prepoznajo kot bolezen bolniki, druge pa zdravniki. Medikalizacija je otrok sodobne družbe. V ambulantah zdravniki družinske medicine pogosto obravnavamo »nebolezniki« in uporabljamo postopke zdravljenja, ki za bolnika ne pomenijo nujno najboljšega izida.

## MEDIKALIZACIJA ZARADI BOLNIKA

Zdravje je postalo potrošniška dobrina (revije, TV oddaje itd.). V 20. stoletju je medicinsko delo postalo nadzorovano s strani trga in kapitala. Bolnik postaja potrošnik (4).

### *Primer bolnice D. D.*

42-letna delavka je pogosta obiskovalka ambulante, sicer vedno izredno urejena in izbrano modno oblečena. Večino leta je na bolniškem dopustu. Pri tem gre za prepletanje treh diagnoz: glavobol, hude bolečine ob menstruacijah in kronične težave s križem. Ko se v petek zaključi bolniški dopust zaradi ene diagnoze, se že v ponedeljek odpre zaradi druge ali tretje. Sicer je mati treh otrok, vsak otrok ima svojega očeta. Z zadnjim partnerjem ima bolnica sina, ki ima Downov sindrom in je pogosto bolan, vendar ga ona zaradi svojih težav zelo težko neguje, večino opravil doma postori partner. Zdravnik natančno spelje diagnostiko za vsa stanja, vendar ne najde organskega vzroka za številne težave. Odkrita ji je manjša hernia disci. Zaradi hudih težav je operirana, vendar so težave po operaciji enake kot prej. Vsaj enkrat letno obišče ortopeda, ki ji ponavlja natančnejše preiskave (MR, EMG), a ne najde razlage za hude bolečine. Predpisani so ji številni analgetiki, ki so brez učinka. Psihoterapevtski pristop ne uspe, saj je bolnica prepričana v telesni vzrok svojih težav.

V ambulantah družinske medicine poznamo vse več »simulantov«, ki izkoriščajo zdravstveni sistem zaradi socialnih ali drugih problemov. Bolnik simulira bolezen, da razreši svoje, tudi nezdravstvene, težave in tako sam sproži proces neustavljive medikalizacije.

Bolnik pride do svojega zdravnika praviloma, ko je bolan. Pri tem je presoja o bolezni in odločitvi za obisk pri zdravniku popolnoma na bolnikovi strani. Razlogi in pogostost obiskov pri zdravniku pa so družbeno pogojeni ter se skozi zgodovino močno spreminjajo. V današnji družbi se vse več ljudi počuti bolne, večina človekovih težav pa se identificira kot bolezen.

Definicija bolezni je težavna. Slovar slovenskega knjižnega jezika zelo na splošno pravi, da je bolezen motnja v delovanju organizma. Chambersov slovar definira bolezen kot porušeno zdravje telesa ali duha, motnjo z različnimi simptomi, povzročenimi z nekim dejavnikom (npr. okužba). Ta definicija je popolnoma neuporabna z vidika dejstva, da ne znamo definirati pojma zdravje. Definicija WHO (*International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946*), ki pravi, da je zdravje stanje popolnega telesnega duševnega in socialnega ravnovesja, pomeni praktično utopično in nedosegljivo stanje, omejeno na

zelo kratke trenutke, sicer pa pušča za sabo večji del bolne ljudi. Tako praktično ne moremo govoriti, da neke bolezni nimamo, ampak jo imamo enkrat bolj, drugič manj. Anglosaksonska terminologija loči med boleznijo (angl. disease) in občutjem biti bolan (angl. illness), vendar razumljive definicije obeh stanj nimamo.

Imeti težavo, ki je družbeno obravnavana kot bolezen, ima lahko tudi določene prednosti (materialne in emocionalne). Že otrok ve, da bo deležen jeze in kazni, če izjavi, da noče v šolo, na drugi strani pa pomilovanja in objema, če izjavi, da ga boli trebuh, glava ... Biti bolan pomeni tudi biti upravičen do bolniškega dopusta, do predpisa zastonj zdravil in do plačila s strani zavarovalnic. Če imaš diagnozo, te bo družina morda pomilovala. Če ti rentgenolog na rentgenskem posnetku hrbtenice najde degenerativne spremembe, ti bodo v službi verjeli, da te res boli križ.

Diagnoza pa lahko kreira tudi težave – lahko izgubiš socialni položaj ali celo zaposlitev. Lahko si za vedno stigmatiziran. Postaneš žrtev – nisi več normalen človek, ampak astmatik, diabetik, shizofrenik, epileptik ... Nekatero diagnozo nosijo s seboj ogromne stigme, ki za bolnika predstavljajo večje breme kot sama bolezen. Najhujše pa je, da diagnoza bolnika pripelje do tega, da gleda nase kot na manjvredno osebo in tega kompleksa ni sposoben prerasti (2,5).

V družbi prevladuje prepričanje, da je biti bolan sicer stigma, a ne tako huda kot oznaka, da si politični oporečnež, delomrznež ali nesposobnež. Mnogi ljudje se zavedajo, da so utrujeni in bolni od pretiranih obremenitev službe ali, na drugi strani, od nezadovoljstva z življenjem, vendar raje vidijo, da se jim pripiše fizična bolezen, saj jih to odvezuje družbene odgovornosti. Svojega zdravnika želijo imeti v vlogi odvetnika in duhovnika. Kot odvetnik jih zdravnik zaščiti pred normalnimi obveznostmi in jim omogoči dnevno plačilo (bolniški dopust), kot duhovnik pa postane bolnikov sosterilec pri ustvarjanju mita, da je le nedolžna žrtev bioloških mehanizmov, kar se lepše sliši, kot pa da je len ali nesposoben za izpolnjevanje svoje družbene odgovornosti. Vso njegovo socialno življenje se začne vrteti v krogu prejemanja raznovrstne terapije v ambulantah družinske medicine ali pri psihiatru. Vrstijo se številne napotitve k specialistom in na številne preiskave (3). V ambulantah družinske medicine tako (neuspešno) »zdravimo« številne bolnike, ki so kronično utrujeni, imajo glavobole, so depresivni, jih boli v križu, rami, v trebuhu ali »pri srcu«.

Čeprav nam je izvor bolnikovih težav jasen, mu v zdravstveno dokumentacijo vseeno pripišemo diagnozo, ki pomeni telesni izvor bolezni (npr. kronična bolečina v križu) in jo v skladu s smernicami zdravimo z ustreznimi metodami ter zdravili. To bolniki od nas tudi pričakujejo. Tako je tudi v primeru naše bolnice D. D., za katero je jasno, da je razočarana nad svojo življenjsko usodo, saj je morda preveč pričakovala, ni pa bila opremljena z energijo za doseg svojih previsokih ciljev. Vsi njeni osebni problemi so postali medicinski problem – diagnoza, ki jo zdravnik popolnoma neuspešno »zdravi« in ji omogoča bolniški dopust. Pri tem ne moremo reči, da so taki bolniki egoisti ali izkoriščevalci (simulanti). Verjetno mnogi od njih dejansko hudo trpijo. Njihovo trpljenje izhaja iz občutkov krivde, nesposobnosti in osamljenosti.

**Diagnoze zdrav ne poznamo. Zdravnik je prisiljen, da vsakega bolnika »opredeli« z diagnozo. Bolnik sam presodi, kdaj je bolan in kdaj bo obiskal svojega zdravnika.**

## MEDIKALIZACIJA ZARADI ZDRAVNIKA

Zdravniki sami radi opredelimo običajne človeške težave kot različne bolezni, saj imamo licence za zdravljenje. Vsaka civilizacija si ustvari svoje lastne bolezni; kar je za ene bolezni, je za druge genetska motnja in za tretje prekletstvo ali urok (1). Za zdravnika je zelo tvegano neko stanje proglašiti za nebolezen (3,6). Ponavadi nas bolniki cenijo po tem, kako dobri diagnostiki smo. Toda, ali je postavitve diagnoze res tako težka? Ne gre pri tem morda za označevanje zdravih ljudi za bolne?

Pogosto se nam postavlja vprašanje, kateri pojavi so za določena starostna obdobja ali življenjske situacije normalni in kaj je bolezen. Redkim kolegom, ki se navdušujejo nad statistiko, morda pomaga prepričanje, da je normalno vse, kar je znotraj dveh standardnih deviacij okoli povprečne vrednosti.

### Primer bolnice M. M.

*78-letna bolnica, do tedaj dokaj zdrava, jemlje samo zdravilo za zniževanje zvišanega krvnega tlaka, prihaja dva meseca po moževi tragični smrti s pritožbami, da še vedno premleva, če morda ni kriva, da je pokojni mož naredil samomor. Ponoči ne spi, ima slab apetit, razbija ji srce, nima volje do dela.*

Kako bomo v takem primeru določili, kakšna je »normalna« reakcija na tak tragičen dogodek? Bomo bolnico poskušali samo v pogovoru prepričati, da ni nič kriva, ji bomo postavili diagnozo, predpisali pomirjevala ali celo antidepresiv?

Sodobna medicina prepoznava in zdravi vedno nove bolezni v zvezi s povsem naravnimi pojavi (rojstvo, staranje, spolnost, umiranje) (7-10). Možnosti sodobne medicine postajajo skoraj brezmejne. Zdravnik družinske medicine se tako mnogokrat znajde v precepu – ali slediti smernicam svoje stroke ali svoji vesti, etiki in občutku za realnost, čeprav pri tem povsem zanemari ekonomsko plat svojega dela (11,12).

Včasih se proces medikalizacije sproži, ko bolnika napotimo k specialistu, ki ravna zgolj v skladu s strokovnimi smernicami in ne presodi realne bolnikove situacije v kontekstu družinske in socialne anamneze.

### Primer bolnice K. F.

*86-letna bolnica je vodena pri zdravniku družinske medicine zaradi mielodisplastičnega sindroma, ki ne potrebuje zdravljenja, potrebne so le redne kontrole hemograma. Bolnica je zadovoljna, da ji ni treba nikamor hoditi, odvzem krvi opravi patronažna sestra. Po potrebi jo osebni zdravnik napoti k hematologu, kjer občasno dobi koncentrirane krvne pripravke. Na eni takih kontrol bolnica hematologu pove, da je pred časom za trenutek izgubila zavest. Kolega posumi na prehodno ishemično lezijo možgan in naroči osebni zdravnik, da opravi cel kup laboratorijskih preiskav, UZ srca, UZ vratnih žil ... Svojci bolnice želijo, da jo osebni zdravnik napoti na preiskave, ki jih je naročil specialist, in nikakor ne sprejmejo razlage, da je pri mami verjetno prišlo do kolapsa zaradi hipotenzije in anemije pred prejemom transfuzije. Izvidi vseh preiskav so normalni, žal pa se na eni od njih bolnica po nesreči prevrne s preiskovalne mize in si zlomi kolk.*

**Zdravnik mora realno presoditi, kateri medicinski postopki bodo koristni za bolnika. Odločitev, ali je napotitev smiselna, je v rokah zdravnika družinske medicine (kvartarna preventiva – zaščita bolnika pred agresivnimi preiskavami).**

Primer bolnika B. I.

*93-letni bolnik, oskrbovanec doma starejših občanov, se zdravi zaradi arterijske hipertenzije, pomičen s pomočjo invalidskega vozička, se vrača od urologa, kamor je bil napoten zaradi povečane prostate, zvišanega PSA in disuričnih težav. Urolog k antihipertenzivni terapiji (ACE inhibitor) doda finasterid in beta-bloker. Bolnikove dizurične težave ostajajo. Domska zdravnica se na osnovi urinskega izvida odloči za empirično antibiotično zdravljenje. Bolnik je kmalu brez težav.*

**Predpis terapije s strani specialista je vedno v skladu z njihovimi smernicami in najnovejšimi dognanji stroke. Zdravnik družinske medicine, ki ima celovit vpogled v bolnikovo zdravstveno stanje in njegova zdravila, mora in sme v bolnikovo dobro svetovano terapijo prilagoditi (kvartarna preventiva – zaščita bolnika pred polipragmazijo).**

Sodobna načela stroke temeljijo na preprečevanju bolezni oz. na čim zgodnejšemu odkrivanju znakov bolezni (primarna in sekundarna preventiva). Tu je ena največji pasti, da zdrave bolnike, ki imajo morda neko laboratorijsko dokazano odstopanje od »normale«, proglasimo za bolne, jim z našo diagnozo povzročimo zaskrbljenost in tako naredimo več škode kot koristi.

Naši bolniki so dobro osveščeni glede najpogostejših vzrokih smrti (bolezni srca in ožilja). Z vidika ogroženosti pa bi lahko skoraj celotno populacijo opredelili kot bolno, če gledamo npr. raven holesterola, ki predstavlja dejavnik tveganja za povečano umrljivost (13). Velja širok strokovni konsenz, da je raven holesterola neodvisni dejavnik tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja, vendar se je v silnem tempu razvoja farmacevtske industrije, podpornih študij in kliničnih raziskav izgubil logičen konsenz, kaj pomeni »zvišan« holesterol. Raje govorimo o ciljnih, oz. optimalnih vrednostih. Pri tem pa imamo podatke o različnih vrednostih holesterola v posameznih deželah in če jih primerjamo med seboj, ne najdemo logične povezave s kardiovaskularno obolevnostjo; na Japonskem in v Franciji se je povprečna vrednost holesterola zvišala, kardiovaskularna obolevnost pa je padla. Obolevnost Aboriginov v Kanadi je petkrat večja kot pri Francozih ob primerljivih vrednostih nivoja holesterola. Seveda je pavšalna presoja, da za vse raziskavami in posledično strokovnimi smernicami stoji farmacevtska industrija. Ocena, da gre nenazadnje za denar iz margarinske industrije, pa še bolj nezrela in neprofesionalna (14,15). Številne strokovne razprave govorijo o tem, da gre pri statinih za antiinflamatorni učinek oz. zaščito endotelija pred lezijo in tvorbo plakov, ter je znižanje serumskih vrednosti morda samo stranski učinek. Je torej hiperholesterolemija, ki velja kot diagnozo, res bolezen sama zase? Vsekakor jo vsi zelo intenzivno zdravimo.

### Bolnik K. F.

*Na preventivni pregled odraslega za oceno koronarne ogroženosti je povabljen 58-letni bolnik. Je prekomerno prehranjen, nekadilec. Od laboratorijskih izvidov izstopajo samo zvišana vrednost holesterola 6,8, HDL 1,0 in LDL 4,8. Zdravnik oceni koronarno ogroženost nad 20 %. Bolniku razloži pomen zvišanega holesterola kot dejavnika tveganja, mu naroči, da mora shujšati, razloži dieto in ga napoti v delavnico za zdravo prehrano. »Bolnik«, ki se sicer zelo dobro počuti, težko sprejme napotke o povsem spremenjenem režimu hranjenja, saj je pravi gurman. Ker velja za vestnega, uboga zdravnika in prične hujšati, se udeleži delavnice. Ker se vrednost holesterola še ne zniža, mu zdravnik predpiše še statin. V letu dni bolnik shujša za 10 kg, vrednosti holesterola se normalizirajo. Zdravnik je zelo zadovoljen z uspehom. Bolnik pa postane razdražljiv, ponoči ne spi, izgubi vso voljo do dela in življenja, zato mu zdravnik predpiše antidepressiv. Ker bolnik še hujša in se slabše počuti, opravi zdravnik nekaj preiskav in ugotovi anemijo, test na okultno krvavitev iz prebavil je pozitiven, gastroskopsko je ugotovljen inoperabilen karcinom želodca in bolnik v treh mesecih umre.*

Morda bi bilo bolj modro bolnika prepustiti gurmanskim užitek v zadnjem letu njegovega življenja? Ali pa bi bila to strokovna napaka?

**V vseh učbenikih poudarjamo pomen preventive pred kurativo. Preventiva sama po sebi samo koristi, zdravnik pa naj presodi o njeni koristi z vidika bolnika in kakovosti njegovega življenja. Vseh bolezni nismo sposobni preprečiti niti ozdraviti.**

## SKLEP

Če je bil lekarnar v zgodnji dobi medicine zdravnikov pomočnik, ki mu je pripravil penicilinski pripravek, s katerim je zdravnik uspešno pozdravil vročico, postaja sodobna farmacevtska industrija vse bolj agresivna in diktira tempo stroke, smernic in zdravljenja. Dogaja se, da smo prav zdravniki družinske medicine, ki praviloma rešimo večino zdravstvenih problemov na primarni ravni, skupaj s svojimi bolniki največje žrtve medikalizacije. Potrebna je velika modrost, da zdravnik družinske medicine krmari med zakonitostmi stroke, pričakovanji svojih bolnikov in lastno trezno presojo, kako zdraviti s čimmanj škode za bolnika.

## LITERATURA

1. Ilich I. Limits to medicine. London: Marion Boyars; 1976.
2. Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS. The concept of disease. BMJ 1979; ii: 757-62.
3. Smith R. Search of »non-disease«. BMJ 2002; 324: 883-5.
4. Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003.
5. Meador CK. The art and science of nondisease. N Engl J Med 1965; 272: 92-5.
6. Correspondence. What do you think is a non-disease? BMJ 2002; 324: 912-4.
7. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ 2002; 324: 892-5.
8. Ebrahim S. The medicalisation of old age. BMJ 2002; 324: 861-3.
9. Hart G, Wellings K. Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health. BMJ 2002; 324: 896-900.
10. Clark D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. BMJ 2002; 324: 905-7.
11. Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 2001; 322: 1073-4.
12. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ 2002; 324: 835-8.
13. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinicaledpidemiology: a basic science for clinical medicine. Boston: Little Brown; 1991. p. 59.
14. Nielsen JV. Serum lipid lowering and risk reduction – where is the connection? BMJ 2001; 323: 1145.
15. Kendrick M. Finally, proof that statins don't work by lowering LDL. BMJ 2001; 323: 1145.

# STRANSKI UČINKI MEDICINE



Mateja Bulc<sup>1</sup>

## UVOD

Stranski učinek je farmakološki učinek, ki ga zdravilo izkazuje poleg svojega glavnega učinka. Ni nujno, da so stranski učinki le slabi, saj lahko pomenijo podporo glavnemu učinku zdravila. Kadar gre za negativne stranske učinke, govorimo o neželenih učinkih (1). Neželen škodljiv učinek zdravila je tista škodljiva in nenamerna reakcija, ki se lahko pojavi pri predpisani uporabi zdravila. Obstaja še definicija resen neželen škodljiv učinek zdravila, ki ima lahko hujše posledice za bolnika, kar pomeni neposredno življenjsko ogroženost, invalidnost, bivanje v bolnišnici oz. podaljšanje zdravljenja in celo smrt (2).

Nekatere učinkovine poleg glavnega učinka izražajo še stranske učinke, ki pozitivno vplivajo na zdravljenje ali pa celo dobijo mesto glavnega učinka pri zdravljenju določenih bolezni (1).

Stranske učinke delimo glede na njihovo pogostost pojavljanja:

- zelo pogosti – verjetnost, da se stranski učinek pojavi pri bolniku, je več kot 10 %,
- pogosti – pojavijo se pri 1-10 % oz pri 1-10 bolnikih od 100 zdravljenih,
- občasni – verjetnost, da se stranski učinek pojavi, je med 0,1 in 1 %,
- redki – pojavijo se pri 0,01-0,1 % bolnikov,
- zelo redki – pojavijo se pri manj kot 0,01 % bolnikov, ki jemljejo zdravilo.

19

## ZDRAVILA

Vsako novo zdravilo, ki pride na trg, mora prej prestatati vrsto preizkusov, s katerimi strokovnjaki ugotavljajo, kako varno je in kakšni so njegovi stranski učinki. V EU o tem obstajajo posebna poročila, ki jih dobivajo pristojne službe držav članic in nosijo oznako zaupno. Statistični podatki kažejo, da so neželeni in nepričakovani učinki zdravil peti najpogostejši vzrok za smrt v bolnišnicah. Tako imenovano Periodično poročilo o varnosti zdravila PSUR (Periodic Safety Update Report) redno prejema agencije za zdravila vseh držav, kjer je zdravilo registrirano. V njem so zbrani skupni podatki o škodljivih učinkih in dogodkih, na podlagi strokovne ocene pa mora potem proizvajalec morebitne nove stranske učinke dodati v navodilo za uporabo zdravila, v skrajnem primeru pa ga je dolžan umakniti iz prodaje (2).

Čedalje strožji nadzor nad zdravili določa, da morajo proizvajalci novega zdravila, ki ima dovoljenje za prodajo na trgu, prvi dve leti poročila o varnosti pošiljati pristojnim organom vsakih šest mesecev, potem pa lahko zaprosijo za podaljšanje na leto dni. V nekaterih evropskih državah, predvsem skandinavskih, javnost želi dostop tudi do podatkov iz teh zaupnih poročil. Revija Samvirke je lani na svoji spletni strani objavila zaupni PSUR za nekaj zdravil. Izkoristili so zakonsko pravico in v interesu javnosti

---

<sup>1</sup>Prim. asist. dr. Mateja Bulc, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

zahtevali dostop do teh dokumentov. Dobili so ga in na spletnih straneh objavili nekaj poročil o določenih zdravilih. Za varstvo osebnih podatkov bolnikov so poskrbeli tako, da so prekrili njihovo ime, spol in starost. Tako se je razvila polemika o dopustnosti tovrstnih objav, saj je PSUR zgolj nabor podatkov o spoznanjih, ki ga je treba strokovno obdelati, novinarji pa žal lahko z napačnim razlaganjem podatkov naredijo več škode kot koristi (2).

V Sloveniji je PSUR skrbno varovano poročilo, do katerega imajo dostop samo nekateri strokovnjaki in Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke. Prof. dr. Aleš Mrhar opozarja, da je uporaba zdravil lahko precej problematična, še posebej, če jih ljudje jemljejo več vrst, saj potem prihaja do medsebojnega delovanja različnih učinkovin. Prav tu pogosto tičijo razlogi za stranske učinke zdravil. »Varnost zdravil postaja eno temeljnih vprašanj in ljudje morajo biti natančno in pravočasno seznanjeni z vsemi stranskimi učinki posameznih učinkovin v zdravilih. Kar pa zadeva PSUR, je to tako strokovno poročilo, da javne objave ne bi ljudem prav nič pomagale, mogoče šele analiza teh podatkov, ki jo opravijo strokovnjaki« (2).

## ZDRAVNIK DRUŽINSKE MEDICINE IN STRANSKI UČINKI ZDRAVLJENJA

Kronične bolezni so kruh zdravnikov družinske medicine. Ker dandanes bolniki živijo dlje, imajo praviloma vsaj eno kronično bolezen, so bolj informirani in bolj zahtevni, in ker sodobna medicina vse več bolezni zdravi z vse bolj učinkovitimi substancami, je pogostost stranskih in neželenih učinkov zdravljenja vse večja. Zdravniki družinske medicine zdravimo s pogovorom, nasveti, zdravili in nekaterimi drugimi metodami (fizioterapija, protibolečinska terapija ipd.), ostale metode pa uporabljajo predvsem strokovnjaki na sekundarni in terciarni ravni. Zato bom poskušala stranske učinke našega zdravljenja omejiti na predpisovanje zdravil, ki je najpogostejše.

Zdravljenje kroničnih bolezni je lahko stalno, kontinuirano, najpogosteje dosmrtno, ali pa občasno, intermitentno, le ob akutnih poslabšanjih bolezni. Značilnost kroničnih bolezni je tudi »dvojno« zdravljenje – zdravljenje z zdravili (farmakološko zdravljenje) in zdravljenje brez zdravil (nefarmakološko zdravljenje).

Osnovna pravila racionalnega predpisovanja zdravil veljajo za predpisovanje zdravil tako pri kroničnih kot pri akutnih boleznih, neracionalno predpisovanje pa je pri kroničnih boleznih še toliko bolj opazno (dolgotrajno zdravljenje, odvisnosti, neželeni stranski ali celo škodljivi učinki, ekonomska škoda itd.). Pri predpisovanju zdravil postopamo stopenjsko, kot pri znanstvenem poskusu. Vedno, še posebej pa pri kroničnih bolnikih, razmislimo o možnosti nefarmakološkega zdravljenja (uravnotežena prehrana in diete, redna telesna dejavnost, normalna telesna teža, nekajenje, manj tvegano pitje alkoholnih pijač, sprostitiv ...).

Stopnje racionalnega predpisovanja zdravil so naštet v nadaljevanju.

1. Opredelimo zdravstveni problem, postavimo (delovno) diagnozo.
2. Opredelimo terapevtski cilj: odpravljanje motečih simptomov (simptomatsko zdravljenje) ali zdravljenje vzroka bolezni (vzročno zdravljenje).
3. Izbira zdravljenja za vsakega bolnika posebej, individualno: najučinkovitejše, najvarnejše, najprimernejše in najcenejše zdravilo.
4. Bolniku razložimo, zakaj je zdravljenje potrebno in kaj pričakujemo, kako zdravilo deluje, kakšne sopojava lahko pričakuje in kako naj ob njih ukrepa.
5. Kontrola, spremljanje in nadaljevanje oz zaključek zdravljenja.



Navidez preprost predpis zdravila v resnici zahteva zapleten postopek strokovne analize. Zato naj predpisovanje zdravil, četudi gre za stalno predpisovanje istega zdravila v enakem odmerku, ne postane rutinsko. Ne razmišljajmo kot bolniki: »Saj SAMO recept rabim ...!«.

Vsak zdravnik ima svojo »listo« zdravil in zdravljenj. To so zdravila, ki jih najpogosteje predpisujemo in jih zato tudi najbolj poznamo. Vsak od nas ima svoje prioritete za določene indikacije. Poznamo pa tudi lokalne, nacionalne in mednarodne standarde ter smernice predpisovanja ob določenih indikacijah, ki jih moramo poznati in vključevati v svoje delo. Da lahko izbiramo med različnimi učinkovinami, moramo upoštevati učinkovitost, varnost, primernost in ceno zdravila. Takšna merila je upoštevala tudi Svetovna zdravstvena organizacija pri navodilih za izbiro nepogrešljih zdravil (= seznam esencialnih zdravil, »pozitivna lista«).

- Prednost naj imajo zdravila z dokazano učinkovitostjo in varnostjo pri veliki večini bolnikov.
- Izogibajmo se podvajanju zdravil in odmerkov.
- Izbirajmo le tista zdravila, katerih učinkovitost je potrjena v kontroliranih raziskavah in epidemioloških študijah. Novejši preparati morajo po učinkovitosti presegati doslej uporabljana zdravila, da jih lahko uvrstimo na listo esencialnih zdravil.
- Vsako zdravilo mora ustrezati kriterijem kakovosti, tako po biološki razpoložljivosti kot po stabilnosti, če ga hranimo pod predpisanimi pogoji.
- Uporabljajmo generična imena zdravil.
- Pomembni kriterij pri izbiri zdravila mora biti tudi cena zdravljenja, zlasti razmerje med ceno in učinkovitostjo.
- Med paralelami dajemo prednost bolj raziskanemu zdravilom, zdravilom z boljšimi farmakokinetičnimi lastnostmi, domačim in cenejšim zdravilom.
- Večina esencialnih zdravil je sestavljenih iz ene same učinkovine. Fiksne kombinacije zdravil uporabljamo le, kadar so odmerki posameznih učinkovin takšni, ki so primerni za veliko večino bolnikov in če ima kombinacija prednost pred monoterapijo tako po učinku kot po varnosti, sprejemljivosti in ceni.

Ko določimo terapevtski cilj, se odločimo za primerno zdravilo in vselej preverimo, če je to zdravilo primerno tudi za prav tega bolnika, ki ga sedaj zdravimo. Glede na učinkovino, odmerek in čas delovanja preverjamo učinkovitost in varnost. Preverimo, če ni morda naš bolnik v skupini bolnikov z večjim tveganjem:

- nosečnice,
- doječe matere,
- otroci,
- starostniki,
- bolniki z ledvično okvaro,
- bolniki z jetrnimi boleznimi,
- alergiki,
- polimorbidni bolniki,
- bolniki z več zdravili.

## »KVARTARNA PREVENTIVA«

WONCA, Svetovno združenje zdravnikov družinske medicine, je definirala kvartarno preventivo kot »identifikacijo bolnikov, ki jih ogroža pretirano zdravljenje (angl. overmedicalisation), da jih obvaruje pred invazivnimi ukrepi in jim svetuje takšno obliko zdravljenja, ki je etično sprejemljiva« (4), oziroma kot »rehabilitacijo in izboljšanje zdravstvenega stanja bolnikov, ki jih ogrožajo resni zapleti osnovne bolezni« (5).

Zdravnike vodi načelo »primum non nocere«, v družinski medicini pa se pogosto srečujemo tudi z dvomi in nejasnostmi, kar od zdravnikov družinske medicine zahteva razmislek o možnih izidih priporočenih intervencij in posegov ter zdravljenja (farmakološkega ali nefarmakološkega), kadar svetujejo zdrav način življenja in spreminjanje navad ali zdravijo bolezni. Naši ukrepi morajo temeljiti na znanstvenih dokazih, indikacijah in etiki, prilagajamo jih potrebam posameznega bolnika, da bi z minimalno intervencijo dosegli maksimalni učinek (6,7), preprečili iatrogeno škodo in povečali kakovost življenja posameznega bolnika. Ker pa ukrepi predstavljajo obenem tudi potencialno tveganje, se vse pogosteje srečujemo z etičnimi dilemami in dvomi.

Bolniki so vse bolj informirani in vse bolj zahtevni, naša naloga pa je, da jim zagotovimo varno in učinkovito diagnostiko ter zdravljenje, preprečimo nepotrebne in neutemeljene posege in metode, skratka – bolnike ščitimo pred medikalizacijo, pretiranimi diagnostičnimi preiskavami in pretiranimi preventivnimi ukrepi tako, da jim ponudimo le strokovno in etično utemeljene postopke ter ukrepe. Zdravnik naj bi preprečeval trpljenje in bolnikom razblinjal neutemeljena in nerealna pričakovanja, ki jih obljubljuje mediji in celo nekateri zdravniki. Vse očitneje postaja populacija »obsedena z boleznimi«, kar bo moč odpraviti le z znanstveno utemeljeno akcijo tako na individualni kot tudi na nacionalni ravni (8).

Zdravniki družinske medicine imamo edinstveno priložnost, da svojim bolnikom, ki nam zaupajo, razlagamo in svetujemo, da se bodo lahko sami informirano in avtonomno odločali o svetovanih preiskavah, posegih ter zdravljenju.

## LITERATURA

1. Dosegljivo na: [http://sl.wikipedia.org/wiki/Stranski\\_u%C4%8Dinek](http://sl.wikipedia.org/wiki/Stranski_u%C4%8Dinek)
2. Dosegljivo na: <http://www.del.si/clanek/69985>
3. Bulc M. Načela predpisovanja zdravil. In: Švab I, Kersnik J, eds. Predpisovanje zdravil v družinski medicini. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino; 1998. p. 11-20.
4. Dosegljivo na: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>
5. Mensah GA, Dietz WH, Harris VB, Henson R, Labarthe DR, Vinicor F, et al. Prevention and control of coronary heart disease and stroke: nomenclature for prevention approaches in public health: a statement for public health practice from the Centers for disease control and Prevention. Am J Prev Med 2005; 29: 152-7.
6. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit 2006; 20: 127-34.
7. Gervas J. Innovación tecnológica en medicina: una visión crítica. Rev Port Clin Geral 2006; 22: 723-7.
8. UEMO Statement on Quaternary Prevention, draft.

# ETIČNI VIDIKI MEDIKALIZACIJE



Zalika Klemenc-Ketiš<sup>1</sup>

## UVOD

Medicina že vsaj od 18. stoletja, poleg svojega osnovnega vpliva na zdravja in bolezni, aktivno posega tudi na vsa ostala področja človeškega življenja (1). S vpeljavo sanitarne urejenosti človeškega življenja, cepljenjem in posledično možnostjo življenja v ožjih ter širših skupnostih so se spremenili naša fizična podoba, življenjska doba in obolevnost. V tem smislu je medicina naredila mnogo več kot le uresničila svoje osnovno poslanstvo odkrivanja, diagnostike in zdravljenja bolezni; povzročila je, da smo s pomočjo etike medsebojno povezani na način, ki je postal neločljiv del medicine (2).

Medicina se neprenehoma vpleta v naše zaznavanje, izkušnje in smisel doživljanja sveta ter življenja. Mnogo družbenih teorij dojema družbo kot živ organski sistem, njene pomanjkljivosti pa kot bolezni (2).

Zmotno je misliti, da je osnovno poslanstvo zdravnika zgolj popraviljanje okvarjenega človeškega telesa. Zdravnik deluje tudi širše. Vključen je v proučevanje in obvladovanje bolezni na populacijski ravni, ukrepanje ob naravnih stanjih oz. dogodkih v človeškem življenju (rojstvo, umiranje, neplodnost, svetovanje ob stresnih življenjskih dogodkih, nudenje podpore žalujočim ...) pa je pomemben del njegove medicinske prakse (2).

Ker je meja med zdravim, normalnim in naravnim ter bolnim, nenormalnim in umetnim, zabrisana oz. se njene lastnosti neprenehoma spreminjajo, lahko zdravnik ob uresničevanju svojega poslanstva trči ob mnoge etične dileme, ki so povezane z medikalizacijo.

## ZDRAVJE IN BOLEZEN

Zdravje po definiciji ni samo odsotnost bolezni, ampak tudi stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Slednje lahko združimo v pojmu kakovosti življenja, ki pa je močno okrnjena, kadar se, sicer zdravi ljudje počutijo bolne (3). Ugotovili so, da bolj kot so ljudje izpostavljeni zdravnikom in bolj kot je zdravstvena oskrba (tudi preventivna dejavnost) dostopna, bolj bolne se počutijo (4). Investicije v zdravstveno varstvo, še posebej tiste, ki so podprte z interesi farmacevtskih podjetij, ustvarijo krivuljo oblike J. Za večino te krivulje velja, da je boljši rezultat zdravstvenih ukrepov povezan s količino denarja. Vendar pa na krivulji obstaja točka, od katere naprej več denarja ne pomeni nujno tudi večjega uspeha zdravstvenih ukrepov, ampak se celo pokaže njihov negativni učinek (3).

---

<sup>1</sup> Asist. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Maribor, Slomškov trg 15, 2000 Maribor

Vsak, ki jemlje zdravila, pa naj bodo to takšna, ki bolezen zdravijo, ali pa takšna, ki jo preprečujejo, je po definiciji bolnik (5). Nihče pa prav dobro ne ve, kakšne posledice za zdravje in bivanje pri ljudeh povzroča etiketa bolnika (6). Vsekakor pa so ob tem na preizkušnji osnovni etični pojmi odnosa med zdravnikom in bolnikom, kot sta neškodljivost in dobronamernost.

Vprašljiva je tudi etičnost zdravljenja zdravih ljudi. Ali smo, zgolj zaradi preprečevanja možnega razvoja bolezni, upravičeni posegati v integriteto človeškega telesa in psihe? Kdo potrebuje zdravljenje, zdravi ali bolni (3)?

Ena izmed osnovnih nalog medicine je delovanje v korist bolnikove avtonomije. Vendar pa je le-to v zadnjem času precej zasenčeno z rastočo prevlado tržno naravnanih organizacij in podjetij, kar počasi že načinja prav to osnovno etično načelo obravnave bolnika (3).

### **Dejavniki tveganja**

Dejavniki tveganja, kot že samo ime pove, niso bolezen, ampak njihova prisotnost predstavlja povečano možnost razvoja neke bolezni. V populaciji so skoraj vedno razporejeni po principu zvonaste krivulje. Tako bi lahko boljši zdravstveni učinek dosegli s vplivom na premik krivulje v levo (predvsem z nefarmakološkimi ukrepi), ne pa le zgolj z zdravljenjem tistih ljudi, ki se nahajajo na desnem koncu krivulje in imajo tako za razvoj bolezni največje možnosti (5). Dejstvo je, da ima zdravljenje dejavnikov tveganja z namenom preprečitve razvoja bolezni le majhen učinek na populacijsko obolevnost in umrljivost (10).

24

Opredelitev dejavnikov tveganja kot bolezni je v konfliktu z etičnimi načeli medicine. Prva težava je dobronamernost in avtonomnost raziskovalcev, ki lahko z izbiro metodologij raziskav in prirejeno interpretacijo rezultatov usodno vplivajo na praktične implikacije njihovih raziskav. Nekatere klinične raziskave imajo tudi vprašljivo zanesljivost, mnoge od njih pa so s pridom uporabljene pri uresničevanju finančnih ciljev vseh udeležencev zdravstvenega sistema. Druga težava je etičnost zdravljenja dejavnikov tveganja pri ljudeh, ki so zdravi. Ali s tem posegamo v njihovo avtonomnost? Ali pri tem zanemarjamo načeli neškodljivosti in dobronamernosti?

V zadnjem času je vedno več dejavnikov tveganja prepoznanih kot bolezen in se kot taki tudi primerno agresivno zdravijo. V nadaljevanju sta predstavljena dva izmed njih.

### ***Primer osteoporoze***

Proces dojetanja osteoporoze kot bolezni je etično večplasten. Upočasnitev izgube kostne gostote lahko sicer zmanjša tveganje za nastanek osteoporotičnega zloma. Vendar pa je za večino populacije tveganje za resen zlom nizko, kar pomeni, da dolgotrajno zdravljenje osteoporoze ne vpliva pomembneje na zmanjševanje tveganja za nastanek zlomov na ravni celotne populacije. Etično vprašljivo je primerjanje gostote kosti mladih žensk (opredeljena kot normalna – »zdrava« gostota) z gostoto kosti starejših žensk. Prav tako predstavlja povezava med gostoto kosti in tveganjem za zlom svojevrsten znanstveni paradoks. Nekateri namreč trdijo, da, kljub dejstvu, da je nižja gostota kosti dejavnik tveganja za nastanek zloma, ta povezava ni zadosti močan argument za utemeljitev zdravljenja (8). Nedavne raziskave namreč poročajo o zanemarljivem absolutnem zmanjšanju tveganja za nastanek osteoporoze, ki ga nudi medikamentozno zdravljenje, še posebej, če postavimo na tehtnico tudi možne stranske učinke le-tega (11).

Tako je, kljub etični kompleksnosti problema, osteoporoza dober primer za trženje bolezni, saj je njena prisotnost popolnoma spremenila naše dojetanje normalnega procesa staranja kosti (8).

### ***Primer hiperholesterolemije***

Uporaba statinov v primarni in sekundarni preventivi hiperholesterolemije je zelo razširjena. Atorvastatin je eno izmed najpogosteje predpisanih zdravil v svetu. Statini pa so tudi z vidika farmacevtske industrije hvaležna zdravila, saj so, z nekaj redkimi izjemami, varni in brez stranskih učinkov (10). Raziskava, v kateri so proučevali vpliv evropskih smernic za preprečevanje srčno-žilnih bolezni na klinično prakso iz leta 2003 (12), je pokazala, da bi z upoštevanjem novih mejnih vrednosti koncentracije holesterola v krvi večina ljudi bila primerna za uvedbo medikamentoznega zdravljenja. Tako se postavlja vprašanje pravilnosti obstoječih povezav med biomedicinskimi standardi in demografskimi podatki. Odpira se potreba po redefiniciji teoretičnih temeljev, ki predstavljajo ogrožje kliničnim smernicam. Le-ta naj temelji zgolj na pravilni znanstveni metodologiji, veljavnosti in zanesljivosti. Na področju implementacije smernic za zdravljenje bolezni, predvsem v povezavi z opredeljevanjem pomembnosti dejavnikov tveganja in medikalizacije, pa tudi v smislu relevantnosti virov in integritete zdravstvenega varstva, obstajajo številne etične dileme, katerih pomembnost raste (12).

### **Staranje in smrt**

Medikalizacija staranja in smrti pomeni spreminjanje dojetanja normalnih procesov v življenju posameznika v bolezenske z zahtevo po zdravljenju in, posledično, podaljševanju življenja starostnika. Področje staranja in umiranja je neločljivo povezano z etičnimi, pa tudi moralnimi, dilemami. V času vsesplošnega napredka medicine se tako sliši etično nedopustno ne posegati v zdravstveno stanje starostnika, ki sicer neizogibno vodi v smrt. Prav tako strinjanje z opustitvijo terapevtskih postopkov pri starostnikih trka na slabo vest svojcev, saj je pretirana skrb le-teh za starostnika premnogokrat povezana s premajhnim izražanjem ljubezni in ustrezne skrbi zanj (13). Opisano dobro ilustrira naslednji primer: v bolnišnico je sprejeta 92-letna ženska zaradi odklanjanja hrane in tekočine. Govori malo in je inkontinentna. Njen sin govori o možnosti depresije, možganskega tumorja, redkih boleznih; njen zdravnik pa o staranju in neizbežni smrti. Sčasoma postaja sin bolj in bolj zahteven ter zdravniku grozi. Le-ta popusti in opravi vrsto preiskav. Zdravnik je jezen in pod stresom; ve, da za bolnico ni naredil nič dobrega, verjetno pa kaj slabega (14).

Omenjen primer odpira mnoge etične dileme. Ali je dosledno upoštevanje smernic zdravljenja dejavnikov tveganja pri starostnikih in izvajanje preiskav po protokolu v skladu z načeli neškodljivosti ter avtonomnosti? Ali je zgolj paliativno zdravljenje starostnika v konfliktu z dobronamernostjo? Ali ima zdravnik pravico odkloniti izvajanje preventivnih ukrepov, preiskav in zdravljenja pri starostnikih zgolj zaradi lastne presoje o nesmiselnosti le-tega?

Na področju staranja in umiranja je prišlo do pojava novega etičnega področja, ki govori o nezmožnosti odklonitve postopkov, ki na različne načine podaljšujejo življenje starostnikov, tako s strani bolnikov, kot tudi s strani zdravnikov. To področje opredeljujejo tri značilnosti, ki so naštetje v nadaljevanju (13).

1. Medicina dandanes daje bolnikom, svojcem in zdravnikom možnost zavrnitve oz. zahteve po postopkih podaljševanja življenja, ki pa je velikokrat le navidezna. Ti postopki so namreč velikokrat postali neločljivi del rutinskega zdravljenja in kot taki niso več predmet svobodne izbire.
2. Narava skrbi za obnemogle se je dandanes spremenila na način, ko je izražanje skrbi, sočutja in ljubezni neločljivo povezano z medicinskimi postopki, pa naj se tičejo podaljševanja življenja, ali pa gre za njihovo opustitev.
3. Dostopnost intervencijskih in terapevtskih postopkov vzbuja upanje ter pričakovanja v ozdravljenje, upočasnitev napredovanja bolezni in povrnitev kakovosti življenja. Posledično pa postajajo meje med osredotočanjem medicine na zdravljenje bolezni in željo podaljševanja življenja nejasne.

Omenjeno etično področje lahko na kratko opišemo s stanjem, ko so metode podaljševanja življenja postale rutinske, bolniki jih brez razmišljanja pričakujejo, zdravniki pa brez poprejšnje presoje mislijo, da so jih dolžni izvajati.

## **Nove bolezni**

V želji po ustvarjanju dobičkov so farmacevtske industrije s pomočjo medijev posegle na področje zdravega in umetno ustvarile številne nove bolezni, za katere so »morale« posledično odkriti nova zdravila. V uresničevanju tega svojega cilja so svoj vpliv razširile tudi na medije, zdrave ljudi in seveda na zdravnike, ki veliko teh »umetnih bolezni« sprejemajo kot resne zdravstvene težave in kot take tudi zdravijo. Pogost argument, ki se v sklopu trženja bolezni uporablja je, da naj bi omenjen proces spodbujal zavedanje ljudi o lastnem zdravju in jih posledično spodbujal k čim večji skrbi zanj. Vendar pa naj bi bil učinek le-tega ravno obraten (2).

Ustvarjanje novih bolezni in njihovo trženje je seveda etično sporno, saj je v konfliktu z resnicoljubnostjo, dobronamernostjo in avtonomijo (15), dolgotrajne posledice za dobrobit človeštva pa niso znane.

### ***Normalna stanja kot bolezni***

Medikalizacija plešavosti pri moških je dober primer umetne transformacije normalnega procesa v bolezen, ki naj bi bila tako resna, da s sabo nosi resne posledice za zdravje moških. Sočasno z začetkom trženja novega zdravila za zdravljenje omenjenega stanja so se v medijih pojavila poročila o pojavu čustvenih težav, pa tudi nekaterih psihiatričnih motenj, pri moških, ki jih je prizadela plešavost. Omenjeno stanje naj bi imelo celo pomemben vpliv na uspešnost moških v službi in splošno kakovost njihovega življenja. Poročila so zamolčala, da je bil sponzor omenjenih raziskav izdelovalec zdravila (8).

### ***Banalna stanja kot resne bolezni***

Sindrom razdražljivega črevesa je bil dolgo časa opredeljen kot funkcionalna motnja s pogostim pojavljanjem v populaciji. V zadnjem času pa doživlja pravi preporod. Ljudje, ki ta sindrom imajo, naj bi zaradi njega bili resno ovirani, pojav novega »zdravila« pa jim vliva novo upanje v ozdravitev. Kar je bila nekdanj blaga funkcionalna motnja, ki je potrebovala intervencijo zdravnika le v toliko, da je bolniku razložil njen naraven in benigni potek, je sedaj postala resna bolezen, povezana s tveganjem in posledicami, ki brez dvoma potrebuje ustrezno zdravljenje (8).

### ***Osebne in socialne težave kot bolezni***

Primer opredelitve osebnostne motnje kot resne bolezni je primer socialne fobije, stanja, ko se človek boji socialnih stikov. Le redko je namreč motnja tako huda, da potrebuje medikamentozno zdravljenje. Vendar pa so jo farmacevtske firme s pomočjo medijev opredelile za psihiatrično bolezen, ki nujno potrebuje zdravljenje, s pretiravanjem o njeni pogostnosti pa so v ljudeh vzbudile razmišljanje o prisotnosti te »bolezni« tudi pri njih samih (8).

## **DEPROFESIONALIZACIJA MEDICINE**

V zadnjem času je prišlo do treh večjih sprememb v smislu medicinskega znanja in organiziranosti, ki so povzročile usmerjenost sil, ki povzročajo medikalizacijo. Gre za spremembe na področju biotehnologije (predvsem na področju farmacevtske industrije in genetike), potrošnikov in zdravstvene oskrbe. Zdravniki so še vedno odgovorni za medicinsko zdravljenje, vendar je njihova vloga postala bolj povezana komercialnimi in tržnimi interesi (16).

## **Medicinsko izobraževanje ali trženje?**

Dejstvo je, da je večina populacije v nekem časovnem trenutku zdrava. Zato je jasen cilj farmacevtskih združb, da zdrave ljudi prepričajo v nujnost preprečevanja bolezni s pomočjo jemanja zdravil. Nepreklicno namreč velja, da oglaševanje zdravja nudi več finančne koristi kot oglaševanje bolezni. Vprašanje pa je, ali se pri tem farmacevtska industrija obnaša neetično, ali pa le izkorišča dano situacijo (9).

Vprašljiva je tudi etičnost oglaševalskih akcij, kjer s pomočjo izobraževanja o neki bolezni, ki je večinoma umetno opredeljena kot bolezen, v ljudeh ustvarjajo zavedanje o le-ti. Meja med medicinskim izobraževanjem in trženjem je namreč zelo tanka. Pogosto so del teh akcij, ki naj bi bile namenjene osveščanju ljudi, tudi na pol laični vprašalniki, katere lahko ljudje sami izpolnijo in tako ugotovijo, ali to bolezen imajo. Mnogi od njih so prirejeni tako, da je rezultat v večini primerov pozitiven (8). Tako je vedno bolj viden premik koncepta bolnika v koncept potrošnika (15), pri čemer pa meja med obema ni jasna.

## Zdravniki kot trgovci

V času, ko je z medicino preprejena celotna družba, je zdravnikom velikokrat težko obdržati profesionalno držo. Tudi nevede so lahko tarča različnih tržnih prijemov, ki spreminjajo njihovo dožemanje zdravje in bolezni. Dejstvo je, da so zdravniki še vedno tisti, ki imajo nadzor nad predpisovanjem zdravil. S tega stališča je sprejemanje denarja ali dobrin, udeleževanje »strokovnih« potovanj in plačevanje kotizacij s strani farmacevtskih firm etično vprašljivo, ker lahko vpliva na avtonomnost zdravnika.

Etična dolžnost zdravnikov je, da najprej sami pri sebi dorečejo svoj odnos do medikalizacije, nato pa s svojimi ukrepi vplivajo na bolnike in celotno družbo. Predvsem zavedanje je tisto, s pomočjo katerega bodo preprečili lastno transformacijo iz zdravnika v trgovca, ki bi bolniku (nevede) prodajal zdravje kot stanje, ki zahteva zdravljenje. Osnovno poslanstvo zdravnika je namreč še vedno nudenje pomoči bolniku, ko le-ta zboli. Seveda se bo vedno dogajalo, da bodo nekateri zdravi ljudje zahtevali zdravila, in nekateri bolni zdravil ne bodo želeli. Pri tem pa ne gre pozabiti, da je pri zdravljenju pomemben bolnik in ne priporočila za zdravljenje, zato naj bodo zdravniki predvsem v pomoč bolniku, ko se le-ta odloča za zdravljenje, pri čemer pa je nujno upoštevanje vseh štirih osnovnih etičnih načel medicine. Konec koncev bo s posledicami svoje odločitve za zdravljenje moral živeti bolnik sam.

## SKLEP

Razvoj človeške družbe temelji na posledicah pohlepa in strahu. Pohlep označuje želja po večnem življenju, strah pa je tisti pred umiranjem in smrtjo. Vendar pa ravno pohlep povzroča tudi strah in zastrupi sedanost z namenom ustvarjanja boljše, predvsem pa daljše, prihodnosti (6). V tem večnem dualizmu se je znašla tudi medikalizacija, ki s svojimi metodami presega naravne meje zdravega, predvsem pa temelji na ustvarjanju strahu med ljudmi. Iz preteklosti pa je znano, da ravno strah ustvarja prevlado ene skupine ljudi nad celotno družbo.

Negativne posledice medikalizacije še niso povsem znane. Res pa je, da je ravno medikalizacije vzrok, da je dandanes naša družba to, kar je. Medikalizacija je preoblikovala naše etično dožemanje družbe, naše medsebojne odnose in naša pričakovanja, prepričanja ter presojo o tem, kakšni ljudje želimo biti in kakšna življenja želimo živeti. Glede na to, da je pri tem aktivno sodelovala tudi medicina, to ne sme biti zadostna podlaga za kritiko medikalizacije. Potrebujemo kritično presojo teh raznolikih procesov, ki bo temeljila na vsebinsko neoporečnih metodah in kriterijih, ki bodo presodili razmerje med stroški ter koristmi nastanka naše medicinsko oblikovane oblike bivanja (5). Verjetno pa je edina ultimativna možnost preprečitve negativnih posledic medikalizacije, da način našega življenja ne presojamo skozi oči možnosti vplivanja na čas naše smrti (6).



## LITERATURA

1. Hacking I. Making up people. In: Heller TC, Sosna M, Wellbery DE, eds. *Reconstructing individualism: autonomy, individuality and the self in Western thought*. Stanford: Stanford University Press; 1986. p. 222–36.
2. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369: 700-1.
3. Heath I. Who needs health care-the well or the sick? *BMJ* 2005; 880: 954-6.
4. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324: 860-1.
5. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 32–38.
6. Heath I. Combating disease mongering. *PLoS Med* 2006; 3: e146. Dosegljivo na: <http://plosmedicine.org>
7. Payer L. *Disease-mongers*. New York: John Wiley; 1992.
8. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
9. Dear JW, Webb DJ. Disease mongering-a challenge for everyone involved in healthcare. *Br J Clin Pharmacol* 2006; 64: 122-4.
10. Freemantle N, Hill S. Medicalisation, limits to medicine, or never enough money to go around? *BMJ* 2002; 324: 864-5.
11. Moynihan R, Bero L, Ross-Degnan D, Henry D, Lee K, Watkins J, et al. Coverage by the news media of the benefits and risks of medications. *N Engl J Med* 2000; 342: 1645-50.
12. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. *Scan J Prim Health Care*. 2004; 22: 202-8.
13. Kaufmann SR, Shim JK, Russ AJ. Revisiting the biomedicalisation of aging: clinical trends and ethical challenges. *Gerontologist* 2004; 44: 731-8.
14. Leibovici L, Lievre M. Medicalisation: peering from inside medicine. *BMJ* 2002; 324: 866.
15. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. *Singapore Med J* 2007; 48: 275-80.
16. Conrad P. The shifting engines of medicalisation. *J Health Soc Behav* 2005; 46: 3-14.





## SPECIALNI DEL





# MEDIKALIZACIJA ZDRAVEGA



Marija Petek-Šter<sup>1</sup>, Tatjana Cvetko<sup>2</sup>

## UVOD

Z novimi diagnostičnimi in terapevtskimi možnostmi, ki so prispevale k velikemu napredku medicine v zadnjih desetletjih, smo se začeli srečevati tudi s pojmom medikalizacije – procesom, ki spreminja običajne življenjske procese v bolezenska stanja (1). Posebna oblika medikalizacije je (angl.) »disease mongering«, kar bi lahko pomenilo ustvarjanje novih bolezni, ki jih je mogoče zdraviti, ki s tem predstavljajo nove možnosti za zaslužke farmacevtske industrije. Med primere novih bolezni sodijo fiziološka stanja, ki so prepoznana kot bolezen (npr. plešavost), prepoznavna blagih simptomov kot znak resne bolezni (npr. sindrom razdražljivega črevesja), preimenovanje osebnostnih težav v zdravstveni problem (npr. socialna fobija), prepoznavna dejavnikov tveganja kot bolezen (npr. osteoporoza) in oglaševanje bistveno večje prevalence ter s tem pomembnosti problema, kot v resnici je (npr. erektilna disfunkcija) (1).

Medikalizacija ima v družbi več vzrokov. Vpleta se v življenje posameznika in družbe, vpliva na delo zdravnika in delovanje celotnega sistema zdravstvenega varstva ter pomembno vpliva na porabo sredstev, ki so namenjena za zdravljenje. S poznavanjem vpliva medikalizacije zdravnik lahko usmerja njen vpliv v vseh življenjskih obdobjih od rojstva do smrti.

33

## MEDIKALIZACIJA DRUŽBE

Medicina je prepletena z novimi načini obravnave ljudi individualno in kolektivno, strokovno in politično. Bolezen se minimalizira, promovirata pa se individualno in skupinsko zdravje. Medicina se je osvobodila etičnih dilem globalno, na individualnem nivoju pa so se postavljale dileme o zdravju ali bolezni, o kriterijih normalnega in patološkega (3).

Asimetričnost informacij, kjer je farmacevtska industrija zaradi več vložnih sredstev bolj prodorna z informacijami, vpliva tako na bolnike, kot na zdravnike. Informacije javnih institucij in strokovne javnosti so v medijih manj prepoznane, čeprav skrbijo za javno zdravje in imajo v rokah verodostojne informacije (4). Neodvisne in z raziskavami podprte informacije o bolezni naj bi zamenjale interesno podprte podatke velikih korporacij (2). S »promocijo bolezni« in »opozarjanjem na bolezen« farmacevtska industrija opogumlja ljudi v iskanju novega zdravljenja in podpore pri samoorganiziranju bolnikov v društva, v ozadju pa ji vedno sledi promocija svojega zdravila (1).

<sup>1</sup> Doc. dr. Marija Petek-Šter, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup> Mag. Tatjana Cvetko, dr. med., ZD Koper, Dellavallejeva ulica 3, 5000 Koper

Opisujejo predvsem 3 vrste strategije, s katerimi poskušajo farmacevtske družbe vsiliti medikalizacijo v družbo.

- Sistematično nižanje pragov, ki definirajo »patološko« za celo vrsto razširjenih dejavnikov tveganja (hipertenzija, zvišan holesterol, telesna teža, diabetes itd.), kar vodi v spreminjanje milijonov »subjektivno« zdravih posameznikov v »objektivno« bolne osebe. Z zmanjševanjem potencialnih tveganj za zdrave posameznike bomo tako v prihodnje odvrnili sredstva in vire od zdravljenja dejansko bolnih oseb.
- Pretirana uporaba »zgodnje diagnoze« (screening preiskave, check-up, biotehnologije itd.) je praksa, ki jo prebivalstvo dojema kot garancijo za ozdravitev ali celo za preprečevanje te ali one bolezni. V bližnji bodočnosti bo razširjena uporaba zgodnje diagnoze, ki jo bo omogočil genski inženiring, vsakemu dala možnost, da se takoj po rojstvu spremeni v »bolnika«.
- Status »bolezni« se čedalje bolj pripisuje stanjem, ki so del normalnega biološkega življenjskega procesa. Ni slučaj, da je British Medical Journal objavil »Mednarodno klasifikacijo namišljenih bolezni«, ki šteje preko 200 stanj, ki se napačno obravnavajo kot bolezni. Med temi so menopavza, osteoporoza, socialna fobija, razdražljivo črevo, sindrom kronične utrujenosti, celulit itd. Vpliv industrije in konflikti interesov so prisotni ob razpravah, ali je potrebno določeno situacijo ali življenjsko stanje povzdigniti v »bolezen«, ker taka odločitev prenese na ramena zavarovalnic in nacionalnih zdravstvenih ustanov stroške za predpisana zdravila in posege.

Paradoks je v tem, da zdravstvene službe porabijo veliko milijard za preprečevanje bolezni, v resnici pa tako ustvarjajo milijone dodatnih bolnikov in postopoma zmanjšujejo število zdravih oseb. Povečana družbena anksioznost in tesnoba bo zmanjšala sposobnost financiranja zdravstvenega sistema in s tem znižala univerzalnost dostopa do zdravstvenih storitev predvsem bolnim, kot ga poznamo danes (4). Že danes so v nerazvitem svetu lažje dostopna zdravila za lajšanje blagih težav kot za zdravljenje resnih bolezni (1).

34

## MEDIKALIZACIJA STROKE

V zadnjih letih se pojavljajo številni nova stanja, ki jih je medicina privzela za svoja. Proces nastajanja novih zdravstvenih problemov spodbuja farmacevtska industrija ob sodelovanju z nekaterimi vodilnimi strokovnjaki medicinske stroke, ki sodelujejo pri oblikovanju doktrine.

Novi bolezni hitro sledi razvoj zdravila zanjo, včasih pa je pot celo obratna – novo zdravilo potrebuje bolezen, ki jo je potrebno zdraviti. Posledice takšnega pristopa vodijo k številnim »bolnikom«, ki to v resnici niso, neustreznim terapevtskim odločitvam, zapletom zdravljenja in neupravičenim finančnim izdatkom. Zdi se, da gre z nezdravim spodbujanjem zdravega življenjskega sloga za preusmeritev pozornosti od preventive in zdravljenja resnih zdravstvenih problemov.

Med področja, kjer se v medicini srečujemo s pojavom novih bolezni, sodijo (2):

1. obravnava fizioloških procesov staranja kot bolezensko stanje,
2. obravnava blagih in nepomembnih težav kot resno bolezensko stanje
3. medikalizacija osebnih in socialnih problemov,
4. obravnava dejavnikov tveganja kot bolezni,

5. precenjevanje pomembnosti in pogostosti s starostjo povezanih zdravstvenih problemov.

#### **Predstavitev fizioloških stanj kot bolezenskih procesov**

Tipičen primer je moška plešavost. Eden od stranskih učinkov finasterida – zdravila za povečano prostato, je tudi večja poraščenost. Tej ugotovitvi je sledila kampanja, ki je hotela prikazati, kako pomemben vir emocionalnih težav in s tem zdravstveni problem, je lahko moška plešavost.

Menopavza pri ženskah je odraz sprememb v hormonskem statusu ženske in je fiziološki proces. Spodbujanje žensk, da za lajšanje menopavzalnih težav uporabljajo hormonsko substitucijsko terapijo pa pomeni medikalizacijo menopavze.

#### **Obravnavanje blagih in nepomembnih težav kot resno bolezensko stanje**

Sindrom razdražljivega črevesa je funkcionalna motnja, katere diagnoza je postavljena z izključitvijo druge patologije. Zahteva le pojasnilo o naravi težav in pomiritev bolnika. Obnavna bolnika z diagnozo sindroma razdražljivega črevesja kot kroničnega bolnika z resnimi težavami, ki zmanjšujejo kakovost življenja, pomeni medikalizacijo.

#### **Osebnostni in socialni problemi kot zdravstveni problemi**

Danes, ko so ljudje vse bolj obremenjeni in štejeta le uspeh ter denar, so psihične težave vse pogostejše. Med najpogostejšimi s stresi in preobremenitvami povezane težave so anksiozn-depresivne motnje. Resnični vzroki psihičnih težav so ob svoji kompleksnosti pogosto težko odpravljeni, bolniki pa vseeno iščejo pomoč pri zdravniku. S prihodom novih antidepressivov se pogosto potencira uporaba le-teh ob blagih osebnih in socialno pogojenih težavah. 35

#### **Obnavna dejavnikov tveganja kot bolezni**

Če za zvišan krvni tlak in holesterol, ki sta prav tako dejavnika tveganja, težko rečemo, da njuna obravnavna pomeni medikalizacijo, pa je zdravljenje osteoporozne kot bolezni, katere diagnoza temelji na izmerjeni vrednosti mineralne kostne gostote, manj prepričljivo. Upočasnitev upadanja kostne gostote preprečuje tveganje za zlome, podobno, kot zniževanje zvišanega krvnega tlaka preprečuje tveganje za srčno-žilne dogodke, vendar pa je ključna razlika med zvišanim krvnim tlakom in osteoporozo v tem, da je tveganje za pomemben osteoporotičen zlom v absolutnih številkah majhno in dolgoletno preventivno zdravljenje le malo zmanjša tveganje za pomembne zlome. Po drugi strani pa je preprečevanje zlomov bolj kompleksno in zahteva ustrezen dietni režim, nekajenje, skrb za ohranjanje dobre telesne kondicije in ureditev okolja.

#### **Potenciranje pomena zdravstvenega problema**

Eretilna disfunkcija je motnja, katere pogostost narašča s starostjo in ne predstavlja zdravstvenega problema za vse, ki se z njo soočajo. Z medijsko predstavitvijo erektilne disfunkcije kot motnje, ki jo ima skoraj 40 % moških in o kateri je težko spregovoriti, jo je pa lahko zdraviti, so želeli spodbuditi prodajo zdravila sildenafil.

Ne glede na različne vzroke, ki procese medikalizacije spodbujajo, pa je vanjo vedno vpet **posameznik**. Njegove ocene lastnega zdravja ali bolezni in njegova pričakovanja glede boljše kakovosti življenja pogosto vključijo v reševanje tudi zdravnika in celoten zdravstveni sistem.

## **ŽIVLJENJSKA OBDOBJA V LUČI MEDIKALIZACIJE**

Medikalizirati življenjska obdobja oz. človeško življenje pomeni uvrstiti v diagnostično mrežo bolezni tudi številna neprijetna in nezaželena občutja ali vedenja, ki sicer niso izrazito nenormalna, pač pa se uvrščajo v sivo področje izkušenj, povezanih z minljivostjo človeka (5).

### **Medikalizacija ob začetku življenja**

#### ***Medikalizacija reproduktivne avtonomije ženske***

Reproduktivna avtonomija je zaradi dejstva, da se zarodek in kasneje plod razvija v ženskem telesu, ena od temeljnih pravic ženske. Na žalost pa ta pravica ženske tudi v sodobnih družbah ni spoštovana. Med primeri neizpolnjevanja reproduktivne avtonomije ženske se srečujemo z omejitvami pri splavu, sterilizaciji in zmanjševanju števila plodov v primeru večplodne nosečnosti (6).

V primeru splava je ta dovoljen le do določenega tedna nosečnosti, kasneje pa ne, oziroma le pod točno določenimi pogoji, ki jih definira medicinska stroka, ki to opravičuje s skrbjo za zdravje ženske, kar pa je do neke mere seveda upravičeno.

36 V primeru sterilizacije kot načina kontracepcije je problem medikalizacije še bolj izstopajoč. Vemo, da se dogaja, da sterilizacijo opravijo neprostovoljno pri duševno prizadetih dekletih in ženskah, da bi preprečili nosečnost in materinstvo pri ženskah, ki tega zaradi svojega intelektualnega deficita niso zmožne udejanjiti. Po drugi strani pa se sterilizacijo pri ženskah omejuje pod določeno starostno mejo oz. se jo pogojuje s številom otrok.

Tretji primer pa predstavlja zmanjševanje števila zarodkov v primeru večplodne nosečnosti. Velja, da je v primeru nosečnosti s tremi plodovi indicirana redukcija plodov na dva, kar opravičujejo z zmanjšanjem maternalne in fetalne obolevnosti, prezgodnjega poroda ter smrtnosti. Prav tako je tveganje dvoplodne nosečnosti večje, kot je tveganje enoplodne nosečnosti, vendar v tem primeru stroka ne predlaga fetalne redukcije, čeprav gre v obeh primerih za zmanjšanje števila plodov za enega in s tem za zmanjšanje nevarnosti za mater ter plod.

### ***Genetika in medikalizacija***

Genetika je veja medicine, ki je v zadnjih letih močno napredovala, tako da je za mnoge bolezni že na voljo genetski test, na voljo pa je tudi zdravljenje za tiste bolezni, ki so povezane z genetsko motnjo. Problem večine genetskih testov (izvemši nekatere, s katerimi ugotavljamo bolezen, vezano na en gen) je, da z njimi lahko ugotavljamo le verjetnost za prisotnost okvarjenih genov, ne moremo pa potrditi ali ovreči okvare same. Iz omenjenega sledi, da je napovedna vrednost večine genetskih testov relativno skromna in primeljiva z napovedno vrednostjo klasičnih dejavnikov tveganja za srčno-žilne zaplete, kot sta npr. krvni tlak in holesterol (7).



Tudi pri genetskih testih velja, da je izjemno pomemben pravilen izbor populacije, pri kateri svetujemo izvedbo testa in morebitno kasnejše zdravljenje. Hemokromatoza je npr. bolezen, ki se izrazi le pri 1 % homozigotov in še to 50 let po rojstvu, zato je močno vprašljivo iskanje okvarjenega gena v prenatalni diagnostiki (7). Vemo tudi, da lahko v genomu vsakega od posameznikov najdemo kakšno »abnormalnost«, ki pa v večini primerov nima pomembnejših posledic za normalno življenje, kar otežuje definicijo »normalnega« genoma.

Pristop k preprečevanju medikalizacije v genetiki obsega ustrezno klinično oceno pomembnosti posameznega testiranja in ustrezno informacijo za bolnika ter širšo javnost. Z osveščenostjo javnosti je mogoče preprečiti neupravičeno zahtevo po izvedbi genetskih testov, po drugi strani pa pridobiti javno podporo za izvajanje genetskih testov in zdravljenja, ki zmanjša ali prepreči obolevnost zaradi genetsko pogojenih bolezni v populaciji ter tako v veliki meri prispeva v dobrobit skupnosti (7).

#### ***Prenatalna diagnostika kot oblika medikalizacije***

V razvitem svetu predstavlja prenatalna diagnostika del vodenja nosečnosti. Večine žensk se sistematično ne sprašuje po njihovih stališčih do prenatalne diagnostike. Raziskovalce pa je zanimalo, kateri so razlogi, ki jih ženske, ki želijo prenatalno diagnostiko, navajajo kot pomembne, ter razlogi za odklonitev prenatalne diagnostike pri ženskah, ki le-to odklanjajo.

Med najpomembnejšimi razlogi, ki so jih ženske v Izraelu navedle v prid prenatalni diagnostiki, so bili strah pred bolnim ali družbeno nesprejemljivim (invalidnim) otrokom, izrazito priporočilo s strani ginekologa in jasno stališče družbe, da prenatalna diagnostika sodi v sklop dobrega materinstva (8). Večina žensk pa je kot negativno stran testov prenatalne diagnostike navedla dolgo čakanje na rezultate in težavnost interpretacije rezultatov ter odločitve na osnovi dobljenih rezultatov. Med glavnimi dejavniki, ki so jih navedle ženske, ki so odklonile prenatalno diagnostiko, pa so bili nasprotovanje medikalizaciji in splavu ter nasprotovanje konceptu določanja stopnje tveganja za pojav okvare (8,9).

37

Kot primer medikalizacije, ki pa je v strokovni javnosti že doživel kritike, pa se je pojavljala tudi uporaba ultrazvoka le z namenom prikazovanja slike ploda, ne pa z namenom diagnostike (10).

### **Medikalizacija poroda**

#### ***Predčasna prekinitiv nosečnosti preko termina poroda***

O prekinitvi nosečnosti, ki traja več kot 41 ali 42 tednov, je v strokovnih krogih že desetletja veliko govora. V kvalitativni raziskavi, kjer so nosečnice spraševali, ali si želijo umetne prekinitve prolongirane nosečnosti, so se ženske po večini odločile proti indukciji poroda. Ženske niso dojele prolongirane nosečnosti kot medicinski problem, omenile pa so, da je prolongirana nosečnost neprijetna zaradi svojcev in zdravstvenega osebja, ki skrbi za vodenje nosečnice ter pomeni podaljšanje časa fizičnega neugodja ob koncu nosečnosti (11).

#### ***Porod v porodnišnici***

Porod je za vsako žensko poseben dogodek. V preteklosti so ženske rojevale doma, sedaj večina žensk v razvitem svetu rodi v porodnišnici. Na Nizozemskem so zagotovili takšno organizacijo skrbi za porodnice, da veliko žensk ob majhnem deležu zapletov rodi doma, kar dokazuje, da je rojevanje v porodnišnicah lahko tudi korak v smeri medikalizacije.

Ženske na Nizozemskem in v Belgiji, kjer pa večina žensk rodi v porodnišnici, so spraševali po zadovoljstvu s porodom na domu in v porodnišnici. Ženske, ki so načrtovano rodile doma, so izkazovale večje zadovoljstvo s porodom kot ženske, ki so rodile v porodnišnici (12).

### ***Porod s carskim rezom***

Naraščanje števila porodov s carskim rezom, zlasti tistih, kjer ni jasne medicinske indikacije za carski rez, je primer medikalizacije poroda. Vzrokov za večje število porodov s carskim rezom je prav gotovo več in so ob višji starosti porodnic na strani večjega števila medicinskih indikacij, ki zahtevajo carski rez, odvisni so od usposobljenosti osebja za aktivno vodenje poroda (13) ter od želja porodnic po takšnem načinu poroda (14). Primer Irske dokazuje, da je mogoče z aktivnim pristopom k vodenju poroda, ki obsega ustrezno prepoznavo začetka poroda, zgodnjo amniotomijo, uporabo oksitocina in prisotnostjo izkušenega porodničarja zmanjšati obolenost in smrtnost, ki sta posledica prolongiranega vaginalnega poroda ter na ta način zmanjšati delež porodov s carskim rezom (13).

### ***Analgezija med porodom***

Porod je ena izmed najbolj bolečih izkušenj v življenju ženske. Danes večina žensk med porodom ne želi trpeti bolečin (15), vendar pa obstaja velik razkorak med pričakovanji o bolečinah med porodom in dejanskim občutkom bolečine, kar je odvisno od predporodne priprave. Bolje je ženska na porod pripravljena, večje je njeno zadovoljstvo s porodom (16).

38

Lajšanje bolečin med porodom je danes načeloma ponujeno vsaki ženski, ki nato soodloča pri odločitvi za ali proti lajšanju bolečin ter tehniki lajšanja bolečin med porodom. Naraven porod brez lajšanja bolečin ali epiduralna analgezija, kot popularna tehnika lajšanja bolečin med porodom, je odločitev ženske (15). Porod brez bolečin je postal del sodobne kulture tega tisočletja. Lahko bi rekli, da smo z odstranitvijo porodne bolečine »medikalizirali«  
porod, vendar pa smo zmanjšali strah pred porodno bolečino, ki je bil pri nemalokateri nosečnici glavni strah pred porodom.

## **MEDIKALIZACIJA ZRELIH LET**

### **Duševno zdravje**

Na področju **duševnega zdravja** se z razmejitvijo med normalnim in patološkim, med zdravjem in boleznijo srečujemo vsak dan. Niz občutkov in vedenjskih odklonov že lahko označi posameznika za bolnika z duševno motnjo, žal pa nimamo nobenega markerja, da bi izmerili, ali je nekdo depresiven, ali pa je to še normalna žalost ob različnih življenjskih situacijah. Amerika je dežela, ki se na široko poslužuje zdravljenja duševnih motenj s pomočjo razvite mreže psihoterapevtov. Četrtnina američanov se poslužuje takšnega zdravljenja, a večina jih obiskuje seanse zaradi razgovora o težavah v vsakdanjem življenju (18). Strokovnjaki opozarjajo na razkorak med jasnimi kliničnimi sindromi duševnih bolezni ter neželenimi občutki, neprimernim obnašanjem in socialnimi fobijami, ki jih obravnavajo kot duševne motnje. Ali nam sramežljivost res že lahko zadošča za diagnozo, za bolezen?

## Ženske

Mediji idealizirajo podobo sodobne ženske - aktivne, vitke in nasmejane ženske srednjih let in vsa **prelomna obdobja v življenju ženske** prikazujejo kot medicinski problem. Zdravljenje bolečih menstruacij, preprečevanje in načrtovanje nosečnosti, priprava in potek poroda, starševstvo, predmestrualni sindrom, obdobje premenopavze in menopavza s stalno prisotno grožnjo o zlomih v starosti zaradi osteoporoze zaznamujejo čaščenje ženske. Le sramežljivo se kdaj v medije pritakne novica o življenju skandinavskih ali japonskih žensk, ki težav v zvezi z menopavzo skoraj ne poznajo. Z razpravami o osteoporozi in nevarnostjo zlomov v pozni starosti smo motivirali ženske za zdravljenje kar za dve ali tri desetletja, a žal promocija zdravil preusmerja njihovo pozornost stran od pomembnih nefarmakoloških ukrepov kot so gibanje, zadosten vnos hrane bogate s kalcijem in vitamina D ter prenehanje kajenja. Neodvisne raziskave pa še niso potrdile koristi glede na vložena sredstva (2). Svet današnje ženske pa resnici zaznamujejo vloga matere in žene, utrujenost, stiske razdrtih družin, rakave bolezni.

## Moški

**Moško zdravje** je končno postalo predmet raziskav zaradi zgodnje umrljivosti, obolevnosti, visoke stopnje samomorilnosti, alkoholizma, a v javnosti so zadnja leta najbolj prominentne informacije o moški andropauzi in spolnih motnjah – kot bi si zatiskali oči pred dejstvi. Plakati v čakalnicah moškim govorijo le o tem, da bodo po 40. letu imeli težave v spolnosti. Enaka informacija bo nekatere opogumila, da poiščejo pomoč, v drugih bo zbudila strahove glede težav, ki jih mnogi niti ne bi prepoznali kot problematične, ampak kot sestavni del življenja. O alkoholu, kajenju, raku pri moških pa le diskretno ali nič.

## Medikalizacija starosti, ob iztekanju življenja

**Staranje** je obdobje, v katerem se posameznik v glavnem nahaja v nekem vmesnem stanju med zdravjem in boleznijo. Ni ju mogoče ločevati, medsebojno se izmenjujeta in obstajata tako rekoč sočasno. Tako zdravje kot bolezen sta vse bolj vpeta v vzorce preživljanja prostega časa in dela ter ju ni mogoče izločiti niti iz »normalnega življenja«. Spremeniti vse dogodke in občutja starostnikov v zdravstvene probleme je bolj problem družbe ter socializacije kot pa samega zdravljenja, saj za revščino in osamljenost še nismo našli zdravila na recept (17).

Medikalizacija starostnikov lahko vodi v enormne stroške in lahko predstavlja veliko nevarnost za starostnike. Hospitalne infekcije, polipragmazija in prekomerna raba pomirjeval so problemi, do katerih lahko privede medikalizacija, po drugi strani pa moramo upoštevati, da z zdravljenjem določenih bolezni in stanj tudi v starosti lahko bistveno pripomoremo k izboljšanju kakovosti življenja ter starostniku dodamo leta kakovostnega življenja (19).

Kronološka starost je slab pokazatelj vitalnosti in sposobnosti ugodnega izida zdravljenja, kar pomeni, da posploševanje pri vrednotenju uspešnosti intervencij pri starostnikih, zlasti tistih, starejših od 80 let, ni na mestu. Za odločitve pri zdravljenju je toliko bolj pomembna klinična presoja, pa tudi volja starostnika (20). Upoštevanje etičnih načel velja tudi v primeru starostnikov – starost ne sme biti razlog, zaradi katerega bolniku odrečemo zdravljenje, za katerega vemo, da lahko izboljša ali celo podaljša življenje. Hrepenenje po dolgem življenju in po možnostih, ki jih sodobna medicina ponuja, porajata številne nove etične dileme, povezane z definicijo »normalnega« (21).

Zagnanost pri reševanju bolnikovih težav hitro pripelje do **polipragmazije**. Le-ta je lahko rezultat bolnikovih želja ali zdravnikove zagnanosti, pogosto pa pozabljamo tudi na učinke domačih zdravil in drugih prehranskih dopolnil, ki jih ljudje jemljejo v okviru samozdravljenja zaradi boljšega počutja ter v preventivne namene. Verjetnost za medsebojno delovanje zdravil narašča s številom predpisanih zdravil; pri jemanju 7 ali več zdravil naenkrat je tveganje za resne nezaželene posledice zaradi medsebojnega delovanja zdravil višje od 80 %. Ocenjujejo, da je 7 % sprejemov v bolnišnico povezanih z zapleti v zvezi z zdravili, med katerimi bi jih bilo mogoče dve tretjini preprečiti (22).

Težava na težavo, zdravilo na zdravilo, težave zaradi zdravil in še vedno se išče zdravilo za razrešitev težav. Počasi postajajo učinki in stranski učinki zdravil ter njihovo medsebojno delovanje težko nadzorovani. Polipragmazija se zdi kot bližnjica pri iskanju dobrega počutja, ki se bolniku izmika izpod rok, na koncu pa nista zadovoljna niti bolnik niti zdravnik.

Skrb za bolne ob iztekanju življenja predstavlja stisko za družino. Želja bolnika, da ostaja v krogu svojih domačih, je nemalokrat spregledana ali neizvedljiva. Odločitev svojcev bolnika za njegovo namestitev v domu starejših ali čimhitrejša napotitev v bolnišnico je le izraz vse bolj tehničnega pristopa k reševanju težav z nego in oskrbo nebogljenih.

**Umiranje** je obdobje med zdravjem in boleznijo, med zdravljenjem in paliacijo. Življenje in umiranje se prepletata z zdravljenjem, odločitev o prehodu zdravljenja v paliativno oskrbo pa je pogosto racionalna odločitev zdravnika v soglasju z bolnikom in njegovimi svojci. Zatekanje v nepotrebne dodatne diagnostične preiskave in postopke, ki bolniku bolj otežujejo življenje in ne lajšajo njegovih tegob, je pogost izraz negotovosti tako bolnika kot tudi svojcev na eni strani, ter zdravnika na drugi strani. Med zdravstvenimi delavci je še pogosto prisoten strah pred pogovorom o iztekanju življenja in smrti, kar je gotovo eden od razlogov za tehnicističen in ne humanistično ter na osnovi etičnih vrednot usmerjen pristop k umirajočemu bolniku (23).

## ZDRAVNIK V OBJEMU MEDIKALIZACIJE

### Medikalizacija skozi čas

Zgodovina in stroka sta skozi čas ovrednotila posamezne pojave. Uporaba statinov pri zdravljenju dislipidemij je v resnici zvišala število »bolnih«, a po drugi strani znižala umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja (5). Pred leti drzni poskusi spreminjanja vaskularizacije v možganih danes spreminjajo strokovne smernice obravnave bolnikov z možgansko kapjo. Aspirin je s svojim vplivom na koagulabilnost krvi in škodljivimi učinki na prebavila celo stoletje pomembno vplival tako na zdravljenje bolezni srca in ožilja kot tudi prebavil. Danes lahko srečamo mlade bolnice po zlomu gležnja s nizkomolekularnim heparinom ali subduralni hematomi po udarcu v glavo pri bolnikih na antikoagulantni terapiji. Stroko čaka težka naloga, da preceni pestro paleto antikoagulacijskega in protitrombotičnega zdravljenja v luči koristi ali škode za bolnika. Tudi vpliv silikonskih vložkov na dojenje in bolezni dojke bomo v resnici lahko ovrednotili šele čez leta.

Medikalizacija je povezana z deprofesionalizacijo medicine in zdravniki so v današnjih časih pod pritiskom sence prava, etičnih dilem, z dokazi podprte medicine in bolnikovih zahtev po spoštovanju pravic do zdravljenja okvar (5).

Ali zdravnik nehote zaide na pot medikalizacije, ko bolnika izmeri, stehta, mu zmeri pritisk? Merjenje in primerjanje rezultatov s standardi sproži oceno stanja ter dejavnikov tveganja, prinaša ocenjevanje normalnosti in ugotovljena odstopanja napeljujejo k bolezni ter zdravljenju (2). Težko je uloviti pravo ravnotežje. Področje med boleznijo in stanjem brez bolezni je zelo spolzko; tako zlahka lahko ustvarimo bolezen in novo zdravljenje za večino procesov v življenju kot so rojstvo, staranje, intimnost, žalost in umiranje (11).

Danes so že **številni medicinski postopki namenjeni predvsem zdravim ljudem s težavami**, ki so del zdravega bivanja. Medicinska tehnologija na številnih področjih medicine ponuja posege, ki so bolj povezani z estetiko in dojetjem lastnega telesa ter njegove drugačnosti npr. oblika nosu in ušes, velikost dojk, liposukcija, cirkumcizija (12).

**Vključevanje bolnika v zdravljenje** je zahteven proces v času, ko mediji vsepovsod spodbujajo razmišljanje o težavah in samodiagnosticiranje predvsem tistih bolezni, ki naj bi bile v ambulantah njihovih zdravnikov spregledane, bolniki pa želijo hkrati kot laični eksperti prevzeti odločilno vlogo pri odločanju (13,14). Težko so dovzetni za odločitve zdravnika, ki ne sledijo njihovim željam. Pričakovanja obojih, bolnikov in zdravnikov, pa se velikokrat zalomijo prav na odločitvah državnih institucij, da omejijo stroške zdravljenja in ohranijo učinkovitost sistema. Z dokazi podprta medicina združuje znanje raziskovalcev in kliničnih zdravnikov. Zdravnikom tako zagotavlja varnost pri njihovih odločitvah, a v proces ne vključuje bolnikov in njihovih pričakovanj (13). Kakorkoli obrnemo, denar pomembno vpliva na pojavnost bolezni, saj bolezen poteka veliko lažje in hitreje mine, če zdravil zanjo ne krije zavarovalnica.

S prepoznavanjem procesa medikalizacije se mora srečati že bodoči zdravnik med 41 dodiplomskim študijem, kasneje pa mu poleg strokovnega znanja prav neodvisne informacije o novostih pri zdravljenju omogočajo kritično analizo in s tem tudi profesionalno svobodo pri odločanju (1,7).

## SKLEP

Medikalizacija se preko otroštva nadaljuje v odraslo obdobje, ko se srečujemo z medikalizacijo dejavnikov tveganja za kronične bolezni in fizioloških procesov, kot sta menopavza in erektilna disfunkcija. Dileme, povezane z medikalizacijo in polipragmazijo v obdobju starostnika, se nadaljujejo vse do konca življenja človeka, ko se srečujemo z medikalizacijo umiranja.

Pri zdravljenju zdravih se v ozadju prepletajo interesi farmacevtske industrije, ki z obravnavo težav posameznikov preko medijev navezujejo problematiko na javno zdravje in učinkovito vključijo v svoje interese celoten zdravstveni sistem. Zdravnik se pri svojem delu vsak dan sooča s procesom medikalizacije. S sprotnim spremljanjem novosti v medicini mora ves čas ocenjevati njihovo mesto pri zdravljenju bolnikov. Koristiti in pri tem ne škoditi, z znanjem in zdravim razumom vrednotiti meje normalnega.

Na medikalizacijo kot proces »zdravljenja normalnega« moramo pogledati s široko odprtimi očmi in ostati občutljivi za tiste procese, ki nam skozi čas kažejo ugodne rezultate. Meje so zabrisane in nejasne, vsak zdravnik si jih postavlja na podlagi svojega znanja, smernic, svojega lastnega poguma in strokovne radovednosti. Dobrobit bolnika je edini cilj, ki ga zasleduje zdravnik, ko nekaj ukrene ali pa ne.

## LITERATURA

1. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. *Singapore Med J* 2007; 48: 275-80.
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
3. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369: 700-01.
4. Domenighetti G. Zdravstvena komunikacija in oblast. Dosegljivo na: <http://www.ass4.sanita.fvg.it/ass4/slo/allegati/DomenighettiSLOV.pdf>
5. Chodoff P. The Medicalization of the Human Condition. Dosegljivo na: <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/53/5/627>
6. Purdy L. Women' reproductive autonomy: medicalisation and beyond. *J Med Ethics* 2006; 32: 287-91.
7. Malzer D. Genetics and medicalisation. *BMJ* 2002; 324: 863-4.
8. Remennick L. The quest for the perfect baby: why do Israel Women seek prenatal genetic testing? *Social Health Illn* 2006; 28: 21-53.
9. Markens S, Brownwr CH, Press N. 'Because of the risk': how US pregnant women account for refusing prenatal screening. *Soc Sci Med* 1999; 49: 359-69.
10. Chervenak FA, MCCullough LB. An ethical critique of boutique fetal imaging: a case for the medicalisation of fetal imaging. *Am J Obstetr Gynecol* 2006; 192:31-3.
11. Westfall RE, Benolt C. The rhetoric of »natural« in natural childbirth: childbearing women's perspectives on prolonged pregnancy and induction of labour. *Soc Sci Med* 2004; 59: 397-408.
12. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* 2009; 25: e11-9.
13. Lim MN. Timely intervention is the key. *BMJ* 2002; 325: 103.
14. Liamputtong P. Birth and social classes: Northern Thai women's lived experiences of cesarean and vaginal birth. *Sociol Health Illn* 2005; 27: 243-70.
15. Camann W. Has medicalisation of childbirth gone too far? Regional analgesia in labour permits childbirth without fear. *BMJ* 2002; 325: 103.
16. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. Dosegljivo na: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18366632>
17. Barle A. Družbeni vidiki obravnave in razumevanja zdravja in telesa – nacionalizacija (podržavljanje) intimnosti. Dosegljivo na: <http://www.zrss.si/bzid/geni/pdf/barle-clanek-1.pdf>
18. Paul Chodoff, M.D. The Medicalization of the Human Condition. Dosegljivo na: <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/53/5/627>
19. Beckett NS, Peters R, Fetcher AT et al. Treatment of Hypertension in Patients 80 years or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1888-98.
20. Ebrahim S. The medicalisation of old age. *BMJ* 2002; 324: 861-3.
21. Kaufman SR, Shim JK, Russ AJ. Revisiting the Biomedicalisation of Aging. *Clinical trends and Ethical Challenges. Gerontologist* 2004; 44: 731-8.
22. Stevenson J, Abernethy AP, Miller C, Curoow DC. Managing comorbidities in patients at the end of life. *BMJ* 2004; 329: 909-12.
23. Clark D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ* 2002; 324: 905-7.

# MEDIKALIZACIJA SRČNO-ŽILNE PREVENTIVE



Davorina Petek<sup>3</sup>

## KAJ JE SRČNO-ŽILNA PREVENTIVA?

Srčno-žilne bolezni so kljub upadanju v razvitem svetu še vedno pomemben vzrok obolevnosti in umrljivosti. V Sloveniji je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti v letu 2007 zaradi bolezni srca in ožilja 259/100.000 prebivalcev (vsa starost), kar je nekoliko višje od evropskega povprečja (252/100.000 prebivalcev) (1). V letu 2006 so bile bolezni srca in ožilja z 39,7 % na prvem mestu vzrokov smrti v Sloveniji (2). Srčno-žilna bolezen se običajno pojavi po dolgoletnem procesu ateroskleroze, ki poteka brez kliničnih znakov, vendar ob pojavu srčno-žilnega dogodka kar v 50 % povzroči nenadno smrt (3). Prav zaradi razširjenosti bolezni in visokega deleža med vsemi vzroki umrljivosti ter dejstva, da se proces ateroskleroze, ki je patofiziološka podlaga bolezni, odvija več let brez kliničnih znakov, je zmanjševanje tveganja obolevnosti še posebej pomembno.

Znani so številni dejavniki tveganja, ki povečujejo verjetnost pojava bolezni (4). Glede na dokaze številnih raziskav urejeni dejavniki tveganja verjetnost pojava bolezni zmanjšujejo. Vendar je potrebna pozornost, za katere skupine ljudi so dokazi o zdravljenju bolj trdni in za katere še ni dokončnega odgovora. Pomen in dokazi o medikamentoznem zdravljenju določenega dejavnika tveganja se razlikujejo glede na to, ali gre za primarno ali sekundarno preventivo, znotraj primarne preventive pa glede na to, do katere mere je oseba ogrožena (5-8). Kriteriji urejenosti dejavnika tveganja so določeni na podlagi raziskav, ki so ugotavljale povezavo med vrednostjo dejavnika, npr. višino holesterola v krvi in pojavom bolezni. Tako so številne raziskave in metaanalize dokazale, da statini zmanjšujejo umrljivost in obolevnost pri bolnikih s srčno-žilno boleznijo. Imajo torej mesto v sekundarni preventivi. Pri osebah brez srčno-žilne bolezni pa so zaključki raziskav bolj dvomljivi. Pomanjkljivost znanstvenih dokazov za koristnost zdravljenja s statini je posebej izrazita pri nekaterih skupinah, tj. pri osebah z nižjim tveganjem za nastanek srčno-žilnih bolezni in pri starejših od 65 let. Nekaterne novejšie metaanalize so dokazale koristnost zdravljenja s statini v primarni preventivi pri vseh skupinah ljudi s povečanim tveganjem za nastanek srčno-žilnih bolezni (9). Vendar je potrebna pozornost, saj so nekatere socio-demografske skupine v raziskavah na splošno slabše zastopane oziroma so iz raziskav izključene. To so etnične manjšine, deprivilegirani, ženske in starejši (10). V splošnem pa se z novimi raziskavami kriteriji urejenosti posameznih dejavnikov tveganja spreminjajo in sicer v smeri ostrejših meril. Hkrati je poudarjen celovit pristop k obvladovanju bolezni, ki je prilagojen predvsem ekonomskim pogojem držav (11).

43

<sup>3</sup> Asist. mag. Davorina Petek, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

## OCENA TVEGANJA

Pri obravnavi srčno-žilnega tveganja je potrebna celostna obravnava bolnika. Temelj je ocena tveganja, ki jo na podlagi vseh znanih dejavnikov tveganja postavimo s pomočjo matematičnih izračunov velikih raziskav (npr. Framinghamske) in so poenostavljene v tabelarnem prikazu intervalov tveganja. Znanih je več načinov izračuna oziroma ocene tveganja. V Sloveniji uporabljamo Framinghamske tabele, ki so v marsičem neprimerne. Temeljijo na izračunih podatkov ameriške populacije, ki se po demografskih značilnostih razlikuje od naše. Razen tega z uporabo Framinghamskih tabel ocenjujemo tveganje za srčno-žilno obolenost, ki je slabše definiran izid glede na srčno-žilno smrtnost. Pogosto so v rabi tudi tabele Score, ki temeljijo na podatkih evropske populacije, ki jo še posebej ločijo na tisto z nižjim (skandinavske, mediteranske) in na tiste z višjim (vzhodne, nekatere centralnoevropske) tveganjem. S temi tabelami ocenjujemo tveganje smrtnosti v naslednjih 10 letih. Poznani so še drugi načini ocene tveganja, ki upoštevajo nekatere dodatne dejavnike tveganja: Q-risk, ki prvi uvaja slabe socioekonomske pogoje kot nov dejavnik tveganja, ter FINRISK, ki upošteva tudi diabetes in raven HDL holesterola v krvi.

Pri ocenjevanju tveganja se moramo zavedati, da le-to narašča kontinuirano in da so meje, kjer je priporočeno ukrepanje, postavljene umetno tam, kjer v splošnem pričakovana korist odtehta tveganje. Pomanjkljivost pripomočkov za oceno tveganja je tudi v tem, da ne upoštevajo nekaterih že dolgo poznanih dejavnikov tveganja, seveda pa ne tudi najnovejših, ki so plod zadnjih spoznanj iz raziskav (npr. Hs-CRP).

Dodatno dejstvo je, da tudi ob uporabi teh pripomočkov ocenjevanje ni zanesljivo, saj moramo upoštevati še »napako človeškega faktorja«. Tveganje je lahko precenjeno ali podcenjeno. Ne glede na pomanjkljivosti posameznih tabel za oceno tveganja pa je njihova uporaba priporočljiva, saj je gotovo največ napak storjenih, če tveganje ocenimo kar približno na pamet.

## MEDIKALIZACIJA SRČNO-ŽILNE PREVENTIVE

S sistematičnim presajanjem populacije je kar pri 79 % populacije najti kakšen dejavnik tveganja, ki potrebuje ukrepanje, če je cilj, da so vsi dejavniki tveganja čim bližje ciljnim vrednostim (12). Vendar naj ukrepanje temelji na ocenjenem celotnem tveganju za nastanek srčno-žilnih bolezni ob upoštevanju vseh dejavnikov tveganja. Pri osebah z že znano srčno-žilno boleznijo, kjer gre za sekundarno preventivo, so ukrepi in njihova učinkovitost jasno opredeljeni. Bolj meglena pa je situacija v primarni preventivi. V tej skupini so tako visoko ogroženi zaradi številnih dejavnikov tveganja, kot tudi srednje in manj ogroženi za srčno-žilne bolezni. Posebej pri manj ogroženih ni trdnih dokazov o koristnosti preventivnega delovanja na področju srčno-žilnih bolezni. Srčno-žilna preventiva pri nizko ogroženih poraja etična vprašanja v zvezi z učinkovitostjo in izvedljivostjo. Velike raziskave, kot je npr. EuroAspire, so ugotovile, da je obravnava dejavnikov tveganja pri osebah z visoko ogroženostjo nezadostna. Hkrati pa obstaja nevarnost, da bodo osebe, ki imajo nižje tveganje, zdravljene preveč agresivno oziroma bomo s predpisovanjem zdravil pretiravali.



Pomembno se je tudi zavedati, da je poglavitni dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni starost. Zaradi tega obstaja nevarnost, da bomo zdravili osebe z visokim tveganjem, ki je pravzaprav posledica starosti. Eden od načinov, da se temu izognemo je, da ocenimo povprečno tveganje v tej starosti in si postavimo cilj, da oseba nima večjega tveganja, kot je povprečno tveganje za njegovo starost. S tem v bistvu dihotomiziramo tveganje; tisto do povprečnega tveganja glede na starost in tisto nad njim. Za cilj si ne smemo postaviti zgolj »ureditve številke«. Cilj mora biti »ureditev tveganja« kot celote. Nenazadnje je potrebno upoštevati tudi bolnikova stališča, želje in zmožnosti izvajanja ukrepov, ki bodo doprinesli k zmanjšanju tveganja za bolezen ob zanj ustrezni kakovosti življenja (13,14).

## LITERATURA

1. Izbrani zdravstveni kazalniki SZO za Slovenijo in EU. Dosegljivo na: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=65>
2. Statistični urad Republike Slovenije, Statistični letopis 2007. Dosegljivo na: [http://www.stat.si/letopis/2007/04\\_07/04-14-07.xls](http://www.stat.si/letopis/2007/04_07/04-14-07.xls)
3. Ni H, Coady S, Rosamond W, Folsom AR, Chambless L, Russell SD, Sorlie PD. Trends from 1987 to 2004 in sudden death due to coronary heart disease: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Am Heart J* 2009; 157: 46-52.
4. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14 (Suppl 2): S1-113.
5. Engberg M, Christensen B, Karlsmose B, Lous J, Lauritzen T. General health screenings to improve cardiovascular risk profiles: a randomized controlled trial in general practice with 5-year follow-up. *J Fam Pract* 2002; 51: 546-52.
6. Chauhan U. Cardiovascular disease prevention in primary care. *British Medical Bulletin* 2007; 81-82: 65-79.
7. DA Wood, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, De Bacquer D, Collier T, De Backer G, Faergeman O and on behalf of EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371, (9629):1999-2012.
8. Lim SS, Gaziano TA, Gakidou E, Reddy KS, Farzadfar F, Lozano R, Rodgers A. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. *Lancet* 2007; 370: 2054-62.
9. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 338: b2376.
10. Bartlett C, Doyal L, Ebrahim S, Davey P, Bachmann M, Egger M, et al. The causes and effects of socio-demographic exclusions from clinical trials. *Health Technol Assess* 2005; 9: iii-iv, ix-x, 1-152.
11. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007; 370: 1939-45.
12. Fowler G, Mant D. Health checks for adults. *BMJ* 1990; 300: 1318-20.
13. van der Weijden T, Bos LB, Koelewijn-van Loon MS. Primary care patients' recognition of their own risk for cardiovascular disease: implications for risk communication in practice. *Curr Opin Cardiol* 2008; 23: 471-6.
14. van Steenkiste B, Grol R, van der Weijden T. Systematic review of implementation strategies for risk tables in the prevention of cardiovascular diseases. *Vasc Health Risk Manag* 2008; 4: 535-45.



# MEDIKALIZACIJA PRI KRONIČNIH BOLNIKI



Andrej Kravos<sup>1</sup>, Marija Petek-Šter<sup>2</sup>, Davorina Petek<sup>3</sup>, Rok Lokar<sup>4</sup>, Suzana Kert<sup>5</sup>

## UVOD

Medikalizacija pomeni narediti za medicinski problem tisto, kar v resnici ni medicinski problem. Posebna vrsta medikalizacije je »ustvarjanje bolezni« (angl. disease mongering). To pomeni, da normalna fiziološka stanja, običajne življenjske ali osebne probleme in manjše zdravstvene težave začnemo pretirano obravnavati z diagnostičnimi in terapevtskimi ukrepi (1,2). Tesno je povezana s pojavom potrošništva v medicini. Medikalizacija se začne že pri rojstvu in konča z medikalizacijo smrti. Tako lahko za bolnike proglasimo ljudi z normalnimi fiziološkimi variantami in stanji. Primer je medikalizacija plešavosti in erektilne disfunkcije pri moškem ter premenstrualne disforične disfunkcije, premenstrualnega sindroma in menopavze pri ženskah. Veliko ponudbe za izboljšanje videza in počutja je tudi s strani medicinskih strokovnjakov. Pri teh postopkih se premalo razmišlja o stranskih učinkih. Pogosto se tudi minimalne nenevarne zdravstvene težave poskušajo prikazati kot nevarna kronična bolezen, ki se jo da obvladovati z zdravili ali pomožnimi zdravilnimi sredstvi. Tipični primeri so sindrom razdražljivega črevesa, socialna fobija, blage oblike depresije, posttravmatska stresna motnja, GERB in blage oblike osteoporoze ali osteopenija. Zelo primerno področje za medikalizacijo so tudi dejavniki tveganja. Čim jih začnem o zdraviti, naredimo iz zdravih ljudi bolne.

Mnoge spremenljivke, ki jih uporabljamo kot diagnostične kriterije, so porazdeljene zvezno. Ne moremo jih enostavno ločiti na normalne in patološke. Znotraj teh vrednosti ni jasnih mej, zato so definicije patoloških vrednosti in bolezni določene z dogovorom (3,4). Interes farmacevtske industrije je, da so te vrednosti pomaknjene čimbolj proti normalnim vrednostim. To potencialno povečuje število uporabnikov določenega zdravljenja. Načini oglaševanja so popolnoma primerljivi običajnim v potrošniški industriji (5). Pogosto oglaševanje zdravil ali drugih pripravkov za zdravljenje, preventivo in izboljšanje počutja prikažejo kot ozaveščanje za zdravje in promocijo zdravega načina življenja (6). Primer stalnega zniževanja mej sta krvni tlak in koncentracija maščob v krvi. Glede na smernice European Society of Cardiology so ugotovili, da ima 76 % odraslih Norvežanov povečano tveganje za razvoj srčno-žilnih bolezni (7).

<sup>1</sup> Asist. mag. Andrej Kravos, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup> Doc. dr. Marija Petek-Šter, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>3</sup> Asist. mag. Davorina Petek, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>4</sup> Asist. Rok Lokar, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>5</sup> Asist. mag. Suzana Kert, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

V ozadju medikalizacije je navadno želja po dobičku izvajalcev zdravstvenih storitev ali proizvajalcev zdravil in pomožnih zdravilnih sredstev. Kronične bolezni in stanja so zaradi potrebe po dolgotrajnem zdravljenju zelo podvržena medikalizaciji, predvsem pri zdravljenju. Predvsem so za oglaševanje zanimiva nova draga zdravila za kronične zdravstvene težave, za akutna obolenja pa veliko manj. Pogosto naletimo pri kroničnih boleznih na bistveno več diagnosticiranih primerov šele potem, ko je bilo odkrito zdravilo in ga je začela farmacevtska industrija tržiti. Značilen primer je bipolarna motnja, ki so jo opisali že stari Grki, razmah v odkrivanju pa je dosegla po uveljavitvi litija kot zdravila. Začnemo se vrteti v krogu. Farmacevtska podjetja ustvarijo vtis v javnosti, da je neke bolezni med ljudmi bistveno več, kot jo zdravniki diagnosticirajo. Zato promovira dodatne aktivnosti za odkrivanje bolezni. Zdravniki temu nasedajo in se počutijo dobre zdravnike, če odkrijejo čim več do sedaj neodkritih primerov bolezni in jih začnejo zdraviti. Farmacevtska industrija spodbuja tudi vtis, da je bolezni veliko več, kot jih je odkritih. Zelo spodbuja tudi samodiagnosticiranje z različnimi vprašalniki. Tudi bolniki sami se pogosto prepoznajo v opisih primerov v medijih in se obračajo na svoje zdravnike s prošnjami po predpisu zdravil (8). Zelo pomembna aktivnost farmacevtske industrije je tudi spodbujanje bolnikov k samozdravljenju. Vpliv medijev na zaznavanje bolezni je zelo velik. Raziskave so pokazale, da ljudje dojemajo bolezni, ki se veliko pojavljajo v medijih, kot bolj težke in nevarne (9).

Farmacevtska industrija je v zadnjih desetletjih veliko pripomogla k izboljšanju zdravljenja kroničnih bolezni, obenem pa so se tudi stroški zdravljenja zelo povečali. Vprašanje je, ali to vedno prispeva k izboljšanju zdravja kot celote in je stroškovno učinkovito (10,11). Vlaganje v preventivo, zdrav način življenja, skrb za kakovost in varnost zdravljenja ter paliativo je stroškovno bolj učinkovito. Industrija v medicini sponzorira okrog 80 % vseh raziskav, predvsem z namenom ustvarjati dobiček. Pogosto se raziskave kasneje izkažejo za pristranske. Delež dohodka, ki ga farmacevtska industrija nameni za raziskave, je 11 %, za marketing pa nameni kar 36 %. Za financiranje izobraževanj za zdravnike nameni farmacevtska industrija ogromna sredstva (12). Zato strokovne organizacije zdravnikov čutijo čedalje večje potrebe po regulaciji sodelovanja s farmacevtsko industrijo (13,14). Neurejenost je zlasti velika v nekaterih velikih vzhodnih državah, ki se hitro razvijajo, kot sta Kitajska in Indija. Zaradi svoje velikosti in slabše urejene regulacije so potencialno veliki potrošniki zdravil in drugih sredstev za zdravljenje.

## MEDIKALIZACIJA ZVIŠANEGA KRVNEGA TLAKA

### Definicija in pogostnost problema

Arterijska hipertenzija pomeni kronično zvišan krvni tlak (140/90 mmHg ali več) in predstavlja enega izmed najpomembnejših ter najpogostejših dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja. Njena pogostost s staranjem prebivalstva narašča. Prisotnost arterijske hipertenzije poveča tveganje za srčno-žilni dogodek v povprečju za 2- do 3-krat in je odgovorna za 35 % vseh aterosklerotičnih srčno-žilnih dogodkov (15) in za 49 % vseh oblik srčnega popuščanja (16). Ocenjujejo, da je imelo na svetu arterijsko hipertenzijo leta 2000 26,4 % odrasle populacije, kar pomeni 972 milijonov bolnikov, 333 milijonov v razvitem svetu in še 639 milijonov v svetu v razvoju (17). Po podatkih raziskave, ki je ugotavljala prevalenco arterijske hipertenzije med osebami, starejšimi od 35 let, v šestih evropskih državah, Združenih državah Amerike in Kanadi, je imelo krvni tlak višji od 140/90 mmHg 44 % Evropejcev; v Nemčiji je bilo hipertenzivno celo 55 % preiskovane populacije. Z visokim krvnim tlakom pa je manj obremenjena Severna Amerika, kjer je imelo visok krvni tlak le 28 % populacije in tudi povprečna vrednost krvnega tlaka v populaciji je bila nižja (18). V isti raziskavi je bila prevalenca hipertenzije v starostni skupini od 65 do 74 let v Evropi celo 78 %, v Ameriki pa 53 % (18). V Sloveniji je prevalenca arterijske hipertenzije primerljiva z evropskimi državami; po podatkih epidemiološke raziskave iz leta 1985, ob upoštevanju meje za hipertenzijo 140/90 mmHg, je imelo hipertenzijo 42 % odraslih po podatkih zadnje izmed raziskav CINDI (2003) je imelo arterijsko hipertenzijo skoraj 39,5% odraslih Ljubljčanov. Po podatkih iz preventivnih pregledov, ki so bili objavljeni v letu 2008, je bil delež pregledanih oseb z visokim krvnim tlakom 35 % (19).

### Dokazi o pomenu zniževanja zvišanega krvnega tlaka

Dokazi o pomenu zniževanja zvišanega krvnega tlaka so nedvoumni. Znižanje diastoličnega krvnega tlaka za 5, 7,5 oz. 10 mmHg pomeni vsaj 34 %, 46 % oz. 56 % manj možganskih kapi in vsaj 21 %, 29 % oz. 37 % manj koronarne bolezni srca (20). V pred nedavnimi objavljeni metaanalizi, ki je vključevala 147 randomiziranih raziskav, pa so ugotovili, da se korist zdravljenja zvišanega krvnega tlaka ne začne šele pri arbitrarni meji za visok krvni tlak, ampak z zniževanjem krvnega tlaka zmanjšamo pojavnost srčno-žilnih dogodkov tudi pri ljudeh z normalnim krvnim tlakom, ki imajo diastolični krvni tlak vsaj 70 mmHg (21). Učinek zniževanja krvnega tlaka ni bil odvisen od starosti zdravljenih bolnikov ali že predhodno prisotne srčno-žilne bolezni. Za vsakih 5 mmHg znižanja sistoličnega krvnega tlaka se je verjetnost za pojav srčno-žilnih bolezni zmanjšala za 24 %, znižanje diastoličnega krvnega tlaka za vsakih 10 mmHg pa zmanjša pojavnost srčno-žilnih dogodkov za polovico. Ugotovitev omenjene metaanalize podpira spoznanja iz predhodnih epidemioloških raziskav, ki so potrdile povezavo med višino krvnega tlaka in srčno-žilno obolevnostjo in smrtnostjo ter potrjuje pravilo »nižje je bolje«.

### **Ali v primeru zvišanega krvnega tlaka lahko govorimo o medikalizaciji?**

Že samo preventivno zdravljenje, kamor sodi tudi zdravljenje arterijske hipertenzije, ki smo jo iz dejavnika tveganja preimenovali v eno najpomembnejših in najpogostejših bolezni današnjega časa, je lahko v svojem bistvu problematično (6). Pri preventivnem zdravljenju dejavnikov tveganja se moramo zavedati, da moramo zdraviti veliko število bolnikov skozi dolgo obdobje, da preprečimo enega od pomembnih srčno-žilnih dogodkov. V raziskavi, kjer so ugotavljali pomen zniževanja krvnega tlaka za preprečitev možganske kapi v vsakdanji klinični praksi, so ugotovili, da bi z dosegom optimalnega nadzora krvnega tlaka (v raziskavi pod 150/90 mmHg) v skupini bolnikov, starih od 40 do 79 let, z nenadzorovanim krvnim tlakom, za preprečitev enega dogodka morali zdraviti 86 bolnikov pet let (22). Podobna je tudi ugotovitev raziskave, ki je ugotavljala prevalenco možganske kapi v skupini zdravljenih bolnikov z arterijsko hipertenzijo v primerjavi s skupino nezdravljenih hipertenzivnih oseb v populaciji. Ugotovili so, da je bila pojavnost možganske kapi v skupini zdravljenih oseb z arterijsko hipertenzijo za 39 % manjša kot v skupini nezdravljenih oseb. Za preprečitev ene možganske kapi pa je bilo potrebno 5 let zdraviti 46 bolnikov z arterijsko hipertenzijo (23).

S preventivnim zdravljenjem dejavnikov tveganja, kot sta zvišan holesterol in zvišan krvni tlak, relativno malo prispevamo k celokupni obolevnosti in umrljivosti, porabimo pa znaten del sredstev namenjenih za zdravstveno varstvo (24). Preventivno zdravljenje, ki je običajno dolgotrajno in namenjeno velikemu številu bolnikov z vedno novimi zdravili in dokazi o njihovi učinkovitosti ter varnosti, podpira farmacevtska industrija, ki si je na ta način pridobila veliko moč in kaže, da se bo njena moč še krepila, saj verjetno danes ni zdravnika, ki bi svojemu bolniku z zvišanim krvnim tlakom odrekel zdravljenje z zdravili, pa četudi bolnik priporočenih nefarmakoloških ukrepov, ki pomembno prispevajo k zmanjšanju srčno-žilne obolevnosti ne upošteva (25). V raziskavi, kjer so ugotavljali vpliv življenjskega sloga (nekajenje, fizična aktivnost, zmerno uživanje alkohola, hrana bogata s sadjem in zelenjavo) na pojavnost možganske kapi, so ugotovili, da je mogoče s kombinacijo omenjenih štirih dejavnikov zdravega življenjskega sloga pojasniti več kot dvakratno razliko v incidenci možganske kapi (26).

50

### **Zdravljenje »normalnega« krvnega tlaka**

Avtorji metaanalize v zaključku priporočajo uporabo zdravil za zniževanje krvnega tlaka pri vseh osebah z zadostno srčno-žilno ogroženostjo, ne glede na vrednost krvnega tlaka. Omenjeno priporočilo v praksi pomeni, da je vsak bolnik, katerega ocenjena srčno-žilna ogroženost je velika, potrebuje tudi antihipertenzivno zdravilo. Zaključki omenjene raziskave, ki temeljijo na pregledu relevantne literature, lahko pomenijo nov pogled na krvni tlak kot na dejavnik tveganja za bolezni srca in ožilja, vendar pa se ob tem poraja občutek, da je vpliv na dokazih temelječe medicine, ki jo izdatno podpira farmacevtska industrija, prešel meje razumnega. Statistično pomembnost ugotovitev raziskav želijo prikazati kot klinično pomembno in prepričati strokovno ter laično javnost, da je vsako ukrepanje, ki ne sledi znanstvenim izsledkom, strokovno problematično. Bolnik si načeloma želi zdravstvenih ukrepov, ki mu prinesejo potencialno zdravstveno korist (27), kar bi glede na trenutne znanstvene izsledke pomenilo tudi zniževanje krvnega tlaka pri ljudeh z normalnim krvnim tlakom.

Tudi na področju hipertenzije obstaja med »normalnim« in boleznijo široko območje »sive cone«, ki ruši koncept »bolezni« in s tem definicije, kdo naj bo zdravljen in kdo ne. Vedno bodo obstajali ljudje, ki so po definiciji »zdravi« in si želijo zdravljenja, ter bolni, ki zdravljenje odklanjajo (21).

## MEDIKALIZACIJA SLADKORNE BOLEZNI

### Izhodišča obravnave sladkornega bolnika

Strokovno utemeljena izhodišča kakovostne obravnave sladkorne bolezni predstavljajo Slovenske smernice za zdravstveno oskrbo bolnikov s sladkorno boleznijo (28). Le-te poudarjajo celostni pristop k obravnavi bolnika, z urejanjem hiperglikemije in ostalih dejavnikov tveganja za aterosklerotične srčno-žilne zaplete. Ta t.i. multifaktorski pristop izhaja iz več obsežnih raziskav, kot so npr. UKPDS (29), STENO-2 (30), in druge. Z multifaktorskim pristopom lahko učinkovito preprečujemo razvoj poznih zapletov, ki povzročajo poslabšanje zdravja sladkornih bolnikov. S sistematičnim urejanjem vseh dejavnikov tveganja za zaplete zmanjšujemo mikroangiopatične in aterosklerotične zaplete.

Ciljno urejenost dejavnikov tveganja opredeljujejo smernice na podlagi kliničnih raziskav. Obravnavamo jih v luči dejstva, da je bolnik s sladkorno boleznijo visoko ali zelo visoko ogrožen za razvoj srčno-žilnih zapletov. Tako so tudi merila oz. kriteriji urejenosti dejavnikov tveganja strožji kot pri populaciji z manjšim tveganjem. Za zdravljenje z zdravili se odločimo hitreje: tako npr. pri krvnem tlaku nad 130/85 mmHg takoj začnemo z nefarmakološkim in ev. s farmakološkim zdravljenjem, če ima sladkorni bolnik okvaro ledvic, pa je ciljni krvni tlak še nižji. Prav tako so nižje ciljne vrednosti holesterola. Dislipidemija predstavlja pri sladkornem bolniku glavni dejavnik tveganja za srčni infarkt, zelo pomembna je vrednost LDL holesterola. Prav ciljna vrednost LDL holesterola se v zadnjih letih zmanjšuje in ni povsem enotna v različnih smernicah, priporočena pa je široka uporaba statina. V določenih primerih pride v poštev tudi predpis fibrata za zmanjševanje vrednosti trigliceridov. Pri starejših, oziroma tistih z mnogimi dejavniki tveganja, je priporočljivo tudi jemanje acetilsalicilne kisline v nizkem odmerku oziroma drugo antiagregacijsko zdravljenje. Ciljne vrednosti naštetih dejavnikov tveganja so postavljene tako nizko, da jih velika večina sladkornih bolnikov brez zdravljenja presega. Tudi ob predpisani terapiji mnoge raziskave dokazujejo, da je zdravljenje nezadostno in dejavniki tveganja preslabo urejeni. V manjši slovenski raziskavi urejenosti dejavnikov tveganja pri bolnikih diabetološke ambulante na osnovni ravni se je pokazalo, da je bil LDL holesterol znotraj ciljnih vrednosti le pri četrtini, krvni tlak pa le pri petini oseb (31).

Znano je, da sladkorni bolniki jemljejo zelo veliko število zdravil. Že za zniževanje sladkorja je velikokrat potreben en ali več hipolipemikov v več kot enem odmerku ali tableti dnevno. Za doseganje ciljnih vrednosti ostalih dejavnikov tveganja se pridruži še različno število tablet antihipertenziva in hipolipemika. Tako sploh ni redkost, da sladkorni bolnik redno jemlje več kot 5 tablet dnevno. Ob tem pa se počuti zdravega in ni prebolel nobenega kroničnega zapleta. Pri sladkorni bolezni, ki je dokazano povezana s številnimi okvarami zdravja, je tvegano kar na splošno govoriti o medikalizaciji. Glede na znanstvene dokaze obsežnih raziskav je sladkornega bolnika potrebno intenzivno zdraviti. Vendar nas to dejstvo ne odvezuje kritičnega spremljanja rezultatov novih raziskav, ki se pojavljajo. Prav tako ne smemo pozabiti na individualno obravnavo bolnika oziroma na k bolniku usmerjen pristop. Nekateri cilji so za nekatere bolnike nedosegljivi iz različnih razlogov in jih moramo individualno prilagoditi. Pri nekaterih bolnikih je potencialno tveganje intenzivne glikemične kontrole večje od pričakovana korist. To velja predvsem za zelo stare bolnike, tiste s prebolelo epizodo hude hipoglikemije, tiste z napredovalimi srčno-žilnimi zapleti ali mikrovaskularnimi zapleti in tiste s številnimi sočasnimi boleznimi. In obratno: verjetno je pri bolnikih s krajšim trajanjem sladkorne bolezni in brez aterosklerotičnih zapletov intenzivno zdravljenje hiperglikemije v preprečevanju srčno-žilnih bolezni koristno (32).

Kakovost obravnave sladkornega bolnika se prikazuje z merjenjem kazalcev kakovosti, ki se razvijajo za različne kronične bolezni. Najpogosteje kazalci kakovosti temeljijo na procesu obravnave neke bolezni. Razvoj oziroma validiranje kazalcev poteka v več stopnjah; najprej se iz smernic oziroma strokovne literature, torej iz znanstvenih dokazov, izločijo tisti postopki in cilji, ki so potrebni in pomembni za dobre uspehe zdravljenja. Nato sledi sprejemanje teh kazalcev v čim širšem krogu strokovnjakov, ki ocenjujejo, če so le-ti nujni za uspešno zdravljenje, če dejansko merijo spremembe v kakovostni obravnavi in če so izvedljivi, torej, če jih v praksi lahko uporabljamo (33). Na ta način se potrdi največ procesnih kazalcev, torej tistih, ki kažejo na postopke v klinični oskrbi: npr. ali je v določenem obdobju preverjena vrednost določenih dejavnikov tveganja, ali je uvedeno zdravljenje pri tistih, ki niso v ciljnem območju in ali je ciljna vrednost dosežena. S tem smo že ujeti v nedvomno zahtevo po obravnavi bolnika v smislu smernic, saj kakovostno delo zahteva, da zdravimo tisto, kar je po doktrini potrebno. Težava kazalcev kakovosti je v tem, da je težko vrednotiti odstopanja od priporočene oskrbe in bolnikov vpliv na proces oskrbe, saj ti t.i. mehki kazalci kakovosti v procesu validacije običajno niso potrjeni.

### **Medikalizacija pri zdravljenju sladkorne bolezni**

Glede na povedano kakovostna obravnava sladkornega bolnika vsebuje ustrezno predpisovanje zdravil. Če razmišljamo o medikalizaciji sladkorne bolezni, pa se past skriva drugje, tj. v pozabljanju na postopke, ki so dolgotrajni, ne dajejo hitrega uspeha ali pa so sploh neuspešni. Gre za nefarmakološko zdravljenje, ki se imenuje zdravljenje, pa je pogosto izvajano manj intenzivno kot predpisovanje zdravil. Prav pri sladkorni bolezni je poučevanje bolnika, njegova samokontrola in sodelovanje v zdravljenju, dobro izdelan in načrtovan proces. Vendar je za izvedbo svetovanja in poučevanja potreben ustrezen tim, ki je pogoj za kakovostno obravnavo sladkornega bolnika. Izven specialističnih in usmerjenih ambulant za sladkorno bolezen je pri nas dostopnost do edukatorja slabša in zato poudarek na nefarmakološkem zdravljenju manjši. Časovno in organizacijsko je lažje napisati zdravilo, kot se ukvarjati s poučevanjem bolnika o življenjskem slogu in intervenirati na področjih, kjer je to potrebno. Hkrati je medikalizacija pogosto prisotna pri spremembah življenjskega sloga, kjer se pri posameznih dejavnikih tveganja pogosto uporabljajo zdravila (npr. v zdravljenju debelosti).



Raziskava o mnenju bolnikov o ovirah pri zdravljenju je pokazala, da so bolniki navajali največje ovire pri upoštevanju ustreznega dietnega režima prehrane in redne telesne aktivnosti. Mnogo lažje in z manj ovirami so vzeli tableto. Še več, ko so se po začetnem odporu sprijaznili z jemanjem tablet, so ugotovili, da lahko malo pozabijo na zahteve prehrane, saj bodo tablete poskrbele, da bodo sladkor, holesterol in krvni tlak bolj urejeni (34). Znano je, da je sodelovanje pri zdravljenju z nefarmakološkimi ukrepi komaj 25 %, pri rednem jemanju zdravil pa se dvigne vsaj do 50 % pri kroničnih boleznih (35). Tudi jemanje zdravil je daleč od optimalnega, saj velja za dobro sodelovanje tisto, ko bolniki vzamejo 80 % predpisanih odmerkov. V okviru nefarmakološkega zdravljenja moramo z bolniki redno delati, jih o bolezni poučevati in jih motivirati za zdravljenje. Poznati moramo postopke motivacijskega intervjuja. Ni dovolj, da bolnik pozna dieto in ve, kaj naj bi jedel; to mora tudi sprejeti kot potrebno za svoje zdravje in to tudi redno izvajati. Zato se mora izobraževanje ponavljati, saj je dokazano, da redna edukacija daje boljše uspehe (36). Prav najenostavnejši postopki so največkrat opuščeni ali pozabljeni. Redno je npr. kontrolirana vrednost holesterola, ni pa zapisa o obravnavi bolnikovega kajenja. Velikokrat se izkaže, da teh obravnav tudi ne zapišemo, čeprav jih izvajamo. Postopki v zvezi s predpisom zdravil so namreč mnogo bolj strukturirani, zahtevani že zaradi pravil zdravstvene zavarovalnice, medtem ko so zapisi nefarmakoloških postopkov v kartotekah velikokrat opuščeni ali pomanjkljivi. Posebej to velja za nesistematične zapise v papirnate kartoteke. Isto velja za telesno težo, ki je izven specialističnih ambulant za sladkorne bolezni pogosto pozabljena meritev.

Pri obravnavi sladkornih bolnikov kljub običajnemu predpisovanju dokaj velikega števila zdravil ne moremo na splošno govoriti o medikalizaciji, saj so dokazi o koristnosti zdravil trdni. Kljub temu so nekatere dileme prisotne in prepuščene prihodnjim raziskavam, npr. dolgoročni vpliv ozke glikemične kontrole na umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni. V določenih primerih je zelo stroga glikemična kontrola neustrezna, ker lahko prinese več škodi kot koristi. Zgodnje zdravljenje hiperglikemije sladkornih bolnikov pa je vse bolj pomembno zaradi pomena »metaboličnega spomina«, ki ga dokazujejo zadnje raziskave (37). Vsekakor pa so poleg zdravil za preprečevanje zapletov zelo pomembni nefarmakološki ukrepi, ki so predpisani v smernicah in jih je potrebno izvajati v procesu zdravljenja.

## **MEDIKALIZACIJA DEBELOSTI IN PREKOMERNE TELESNE TEŽE**

### **Oprelitev debelosti**

Problem prekomerne telesne teže in debelosti je eden izmed največjih zdravstvenih problemov v sedanjem razvitem svetu. Pomemben je zaradi svoje pogostosti in tudi zaradi tega, ker je povezan z večjo obolevnostjo in smrtnostjo. Po definiciji je debelost bolezen. Indeks telesne mase (ITM) je za ocenjevanje stopnje prehranjenosti najbolj uveljavljen. To je razmerje med težo v kilogramih in višino v metrih na kvadrat. Če je ITM 25 ali več, govorimo o prekomerni telesni teži, če pa je 30 ali več, govorimo o debelosti. Če je ITM 40 ali več, govorimo o hudi debelosti.

### **Zdravstveni in socialni vidik debelosti**

Debelost in tudi prekomerna telesna teža povečujeta tveganje za srčno-žilne bolezni, srčno popuščanje, arterijsko hipertenzijo, sladkorno bolezen tipa 2, putiko, žolčne kamne, gastroezofagealno reflukso bolezen, apnejo v spanju, osteoartrozo, neplodnost in policistične ovarije, psihopatologijo (depresija in suicidalnost) in nekatere vrste rakavih bolezni (dojka, endometrijski, debelo črevo). Poleg tega je debelost povezana z večjo umrljivostjo in slabšo kakovostjo življenja ter tudi s slabšo samopodobo. V sodobnem svetu se je razvil lik o idealni ženski postavi, ki je skoraj podhranjena. Večina manekenk je izjemno vitkih in visokih. Mediji stalno prikazujejo takšne »uspešne« ženske, kar ima velik vpliv na počutje in obnašanje ljudi. Pa tudi pri moški je podobno. Revije so vse polne vitkih moških, morda so še popularni tudi mišičasti, prav gotovo pa ne moški s trebuhom. Zato je zanimanje za razne metode hujšanja in oblikovanja telesne postave na začetku leta in spomladi (pred sezono počitnic) zelo povečano. Pri aktivnostih za hujšanje in oblikovanje telesne postave se pogosto pretirava. Predvsem so popularne metode tiste, ki zahtevajo malo vloženega navora. Tipični primeri so reklame v medijih, ki obljublajo nestvaren uspeh, samo če se bo nekdo držal navodil za metodo hujšanja ali jemanja raznih pripravkov ali uporabo pripomočkov za hujšanje. Pogosto je še napisano, da je uspeh zagotovljen brez kakršnegakoli truda za zdravo prehrano in gibanje. To je zelo mikavno in marsikdo se odloči, da metodo vsaj preizkusi, čeprav je brez vsake razumske podlage.

### **Nefarmakološko zdravljenje debelosti**

Debelost je bolezen sodobnega načina življenja, za katerega je značilno manj gibanja oziroma manj fizičnega dela, preobilica hrane, zlasti hitre hrane, ki je energetsko bogata, in hiter način življenja, ki povzroča stres. Sekundarne debelosti, ki nastane zaradi drugih bolezni, je zelo malo. Zato je odgovor, kaj je najprej smiselno pri zdravljenju debelosti, kot na dlani: zdrava uravnotežena in kalorično omejena prehrana, veliko gibanja in velikokrat tudi sprememba stresnega načina življenja in krepitev samopodobe. Ker pa je v to potrebno vložiti veliko truda in tudi časa, so te spremembe v praksi le redko izvedene. Velikokrat je potrebno spremeniti način življenja in tudi življenjsko filozofijo, če hočemo uspeti. Modne diete lahko sicer pripeljejo do hitrega hujšanja, vendar še hitrejšega povečanja kilogramov, ko se z dieto preneha. To je poznano kot »Jo-Jo učinek«. Vsako hitro hujšanje je stresno za organizem in zato je tak način hujšanja, zlasti pa »Jo-Jo hujšanje«, zdravju škodljivo.

### **Zdravila za zdravljenje debelosti**

Debelost je zelo hvaležno področje za kovanje dobičkov, ker je pogost problem in ker jo javnost, mediji in tudi zdravniki obsojamo. Po drugi strani pa je veliko ljudi, ki se trudi, da bi shujšali, vendar jim to ne uspeva in se tako oprimejo vsake ponujene možnosti, ki jim vliva upanje. Zlasti privlačne so možnosti, kjer jim ni potrebno vlagati truda. Zato sta medicina in farmacevtska industrija razvila metode zdravljenja in zdravila za hujšanje.

V Sloveniji sta registrirani 2 zdravili na recept za hujšanje: orlistat in sibutramin. Orlistat je zaviralec gastrointestinalne lipaze in poslabša prebavo maščob, s tem pa vnos energije iz zaužitega obroka. Ima pa neprijetne stranske učinke, kot so mastno blato, pogosto siljenje na blato, napenjanje in mastni madeži na spodnjem perilu. Sibutramin je centralno delujoč zaviralec privzema monoamina. Poveča občutek sitosti. Lahko povzroči dvig krvnega tlaka in utripa ter ni primeren za jemanje pri določenih boleznih (epilepsija, koronarna bolezen in motnje ritma, hipertiroza, feokromocitom, huda jetrna in ledvična okvara ...) in ima interakcije z nekaterimi zdravili (zaviralci MAO, antidepresivi, antipsihotiki ...). V ZDA je bil registriran tudi rimonabant. Deluje kot antagonist endokanabinoidnih receptorjev in zmanjšuje občutek lakote. Poveča možnost za afektivne duševne motnje (depresivna in anksiozna motnja) ter zveča tveganje za samomorilnost. Metaanaliza, objavljena v BMJ, je vključila 30 objavljenih randomiziranih raziskav, ki so izpolnjevali osnovne metodološke kriterije (38). Za vsa tri zdravila so ugotovili le zmeren učinek na znižanje telesne teže. Ugotovili so tudi ugoden učinek na glukozo v krvi in pojav diabetesa, na dislipidemijo in na znižanje krvnega tlaka z izjemo sibutramina. 27 od 30 raziskav je bilo financiranih tudi od farmacevtskih podjetij, kar lahko zmanjšuje objektivnost raziskovalcev. Ugotovili so, da so bili v večini raziskav izključitveni kriteriji taki, da bolniki s komorbidnimi stanji niso prišli v poštev. Tudi metaanaliza 8 raziskav o rimonabantu je ugotovila, da so bile raziskave financirane s strani farmacevtskih podjetij, čeprav je bilo to jasno omenjeno le v treh od osmih raziskav. V vseh raziskavah je bila prisotna pristranost v prid učinkovitosti in varnosti zdravila (39).

### **Pomožna zdravilna sredstva pri hujšanju**

Medicinskih pripomočkov za hujšanje je na trgu ogromno v najrazličnejših oblikah (sistemska in lokalno delovanje). Med njimi so velike razlike v sestavi, načinu jemanja in učinkovitosti. Dokazov za njihovo učinkovitost pa je relativno malo. Oglasi so narejeni tako, da hitro pritegnejo pozornost in vlijejo upanje. Pogosto so navedena mnenja »uglednih« strokovnjakov iz oddaljenih držav, ki pa jih pri brskanju po avtorjih strokovnih medicinskih člankov sploh ne najdemo. Velikokrat se uporabljajo izrazi, kot so novo znanstveno odkritje, strokovnjaki, klinične raziskave in podobno, kar daje lažen vtis, da so učinki in varnost znanstveno dokazani. Druga pot pa je sklicevanje na naravno, neškodljivo, brez stranskih učinkov in podobno, kar se tudi sliši zelo mikavno. Pogosto so objavljene slike ljudi, ki so z reklamiranim pripomočkom uspešno shujšali in se popolnoma spremenili, tako po zunanosti kot tudi po tem, da so bolj srečni in uspešni. Tudi primeri spremembe odnosa med partnerjema po uspešnem hujšanju delujejo zelo ohrabrujoče, saj merijo prav na slabo samopodobo, ki je pogost problem pri ljudeh z debelostjo.

Medicinske pripomočke in zdravila, ki se uporabljajo pri hujšanju, lahko glede na učinke razdelimo v več skupin (40):

- učinkovine, ki zmanjšajo željo po hrani (anorektiki),
- učinkovine, ki preprečijo prebavo hranilnih snovi, običajno maščob,
- učinkovine, ki volumsko napolnijo prebavila,
- učinkovine, ki pospešijo izločanje črevesne vsebine,
- učinkovine, ki vežejo hranilne snovi, ki se neprebavljene izločijo,
- učinkovine, ki delujejo diuretično,
- učinkovine, ki pospešijo presnovo in
- učinkovine, ki delujejo lokalno adstringentno.

Pripravki so pogosto kombinirani, zlasti čaji. Njihov učinek na znižanje telesne teže je pogosto vezan na zmanjšanje vode v telesu, kar sploh ne pomeni hujšanja v pravem smislu.

Med medicinskimi pripomočki je zanimiv formoline L112. Vsebuje vlaknino poliglukozamin L112, ki zelo dobro veže maščobe, ki jih zaužijemo. Te maščobe se, vezane na to vlaknino, izločijo. Jemljejo se ob 2 glavnih obrokih s tekočino.

### **Bariatrična kirurgija**

V zadnjem desetletju je postalo zelo aktualno kirurško zdravljenje debelosti. Bariatrična kirurgija je v vzponu v večini razvitega sveta; tam, kjer je tudi debelost največji problem. Sprememba načina prehrane in zdravljenje z zdravili so dolgoročno neučinkoviti, bariatrična kirurgija pa se je izkazala za dolgoročno učinkovito metodo zdravljenja debelosti (41). Zmanjšuje tako umrljivost kot tudi obolevnost za drugimi boleznimi. Zaradi tveganj, ki jih kot operativna metoda prinaša s seboj, je rezervirana samo za hudo obliko debelosti.

Pri analizi medikalizacije bariatrične kirurgije so ugotovili, da je ta način zdravljenja bolnikom predstavljen pristrano. Pri analizi 100 spletnih strani centrov, ki se ukvarjajo z bariatrično kirurgijo, so informacije zavajajoče. Že pri definiciji problema debelosti je tendenca, da ga prikažejo kot dedno bolezen, ki se težko zdravi s spremembo načina življenja. Debelost je večinoma prikazana kot težka bolezen, ki zelo poslabša zdravje bolnika in tudi močno vpliva na njegovo življenje. Informacij o morebitnih tveganjih pri posegih je malo, večinoma se predstavlja operativno zdravljenje kot zelo varno (42).

## **MEDIKALIZACIJA NESPEČNOSTI**

### **Oblike nespečnosti**

Nespečnost ni bolezen, temveč simptom. Pri dolgotrajnih in hudih oblikah lahko vodi v slabšanje osnovne bolezni ali v nastanek novih, tudi resnih, zdravstvenih težav. Klasifikacija motenj spanja je precej zapletena in obsega precej več kot zgolj različne oblike nespečnosti. Kljub temu pa so ravno slednje ena od najpogostejših nevšečnosti, s katerimi se ljudje spopadajo. Poznamo številne oblike nespečnosti, v grobem jih delimo na notranje in zunanje. Oboje so pogoste, med njimi pa so najpogostejše tiste, ki nimajo znanih bolezenskih vzrokov. Glede na težo delimo nespečnost na blago, zmerno in težko, predvsem glede na stopnjo spremljajočega upada socialnih ali poklicnih funkcij in stikov (43).

### **Pogostost nespečnosti**

Različne nacionalne raziskave v svetu so pokazale, da nespečnost kot problem občasno opaža približno od ene petine do tretjine celotne populacije, približno 10 % jo navaja kot kroničen problem. Približno četrtnina slednjih je o tem že govorila z zdravnikom, bodisi kot vzrok za obisk ali pa med obiskom zaradi drugih težav. Prevalence med posameznimi državami so v Zahodnem svetu razmeroma podobne, trend je naraščajoč (44, 45).

### **Načini zdravljenja**

Zdravljenje nespečnosti – kot vsako drugo zdravljenje – je zares uspešno le, če je vzročno. Poznamo nekatere vzroke nespečnosti in bolezenska stanja, ki jih nespečnost ko teden izmed simptomov spremlja. Neravnovesje melatonina zaradi porušenega cirkadianega ritma je znan vzrok nespečnosti, ki ga uporaba tablet melatonina precej učinkovito odpravi (46). Nespečnost je pri generalizirani anksiozni motnji in depresiji skoraj reden spremljajoči simptom, ki dodatno močno slabša kakovost življenja, a ga večinoma odpravimo z ustreznim zdravljenjem osnovne motnje, na primer s sodobnimi zaviralci privzema serotonina (angl. *Selective Serotonine Reuptake Inhibitor*, skrajšano *SSRI*). Sindrom nemirnih nog je razmeroma pogosta težava, ki mnogim krati spanec; zdravljenje s pramipeksolom je pogosto zelo učinkovito. Tovrstna zdravljenja so torej večinoma učinkovita in smotrna (47).

Za simptomatsko lajšanje nespečnosti se najpogosteje uporabljajo benzodiazepini (nitrazepam, flurazepam, midazolam, alprazolam, bromazepam, lorazepam, oksazepam) in zolpidem (ki deluje zelo podobno kot benzodiazepini) ter klometiazol. Vsa naštetá zdravila so med najbolj uporabljanimi in zlorabljanimi zdravili na svetu ter imajo med vsemi uporabljanimi zdravili najvišje potenciale za razvoj odvisnosti, pri dolgotrajni rabi pa še vrsto znanih škodljivih učinkov. Zaradi tega se predvsem v zadnjem času za simptomatsko zdravljenje pogosto uporablja nekaj zdravil, katerih osnovni namen sicer ni zdravljenje nespečnosti, temveč je hipnotični učinek le eden izmed stranskih učinkov, a v teh primerih zaželen. V ta namen so učinkoviti predvsem mianserin in mirtazapin (oba sta antidepresiva, slednji deluje hipnotično v polovičnem odmerku) ter kvetiapin (atipični antipsihotik) v zelo nizkih odmerkih. Skupna lastnost le-teh je, da so dolgotrajno učinkoviti, saj tudi pri pogosti ali trajni rabi ne prihaja do razvoja tolerance, poleg tega pa se pri njihovi uporabi odvisnost zelo redko razvije (47,48). Razmeroma učinkovita alternativa za obvladovanje tistih oblik nespečnosti, ki so zaradi dolgotrajnosti in stopnje težavnosti lahko medicinski problem, je kognitivno vedenjska terapija. Težava je seveda njena slaba dostopnost, visoka cena in dolgotrajnost, uspehi pa so različni in ne dovolj navdušujoči (49-51). Najširše uporabna, a kratkoročno manj uspešna je metoda svetovanja bolnikom glede vrste težave in načinov spoprijemanja z njo. Glede na to, da s strani bolnika zahteva precejšen vložek truda in da ne daje hitrih rezultatov, je med bolniki manj priljubljena, zaradi zmanjšanega zadovoljstva bolnikov – kljub več vložnemu zdravnikovemu času – pa tudi med zdravniki v priljubljenosti ne prednjači (44).

### **Medikalizacija nespečnosti**

Zgoraj zapisano morda zveni kot enostavno navodilo za zdravljenje nespečnosti in deloma to drži. Našteti načini zdravljenja so večinoma precej učinkoviti (48), a prav v tem je srž problema. Pogosto se namreč zgodi, da »zdravimo« nekaj, kar zdravljenja sploh ne potrebuje. Na ta način iz vsakdanje tegobe umetno delamo medicinski problem, breme zdravljenja valimo na svoja pleča, finančno breme zdravljenja in morebitnih zapletov pa na pleča vseh. Krivda za to je na vseh straneh: na bolnikih zato, ker od nas pričakujejo reševanje prav vseh težav, tudi tistih, ki zdravnikove pomoči sicer ne potrebujejo; na zdravnikih zato, ker jim to pustimo; na farmacevtski industriji pa zato, ker nas – tako bolnike kot zdravnike – spodbuja k tovrstnemu početju. Vse skupaj pravzaprav ne bi bilo nič slabega, če bi živeli v idealnem svetu, kjer bi zdravila bila popolnoma učinkovita in ne bi imela nobenih neželenih učinkov, a v praksi seveda žal ni tako. Ne glede na klasifikacije, navodila in dogovore je v praksi zelo težko odločiti, katera oblika nespečnosti zares potrebuje zdravljenje, četudi zgolj simptomatsko, in katera ne. Sredi tega precepa smo zdravniki, ki se prepogosto odločimo v prid zdravljenju »za vsak slučaj«. Pri tem nam ni v posebno pomoč, da ni dovolj zanesljivih in oprijemljivih kvantitativnih podatkov o škodljivostih našega početja. Prepogosto tudi pozabimo oziroma nimamo časa za to, da bi bolnika poučili o tem, kako si lahko sam učinkovito in varno izboljša kakovost spanca.

## **MEDIKALIZACIJA EREKILNE DISFUNKCIJE**

### **Prevalenca erektilne disfunkcije**

V obsežni raziskavi, izvedeni v letu 2005 v 27 državah, so raziskovalci v vzorcu 12.563 odraslih oseb (moški = 6.291, ženske = 6.272) preučevali različne lastnosti spolnega življenja. Skoraj polovica moških (48 %) je navedla neko stopnjo erektilne disfunkcije (ED). Znatno delež moških (65 %) ni bil zadovoljen s trdoto spolnega uda. Enako je veljalo za ženske, saj jih 63 % ni bilo zadovoljnih s trdoto spolnega uda partnerja. 7 % anketiranih moških je uporabljalo predpisano zdravilo za ED, 74 % moških je izjavilo, da bi bili pripravljeni vzeti tak preparat, 64 % anketiranih žensk pa bi takšno odločitev podpiralo (52).

V drugi, enako obsežni raziskavi je prejelo 10.000 moških po pošti vprašalnik International Index of Erectile Function (IIEF) ter vprašanja o socio-demografskih značilnostih glede življenjskega sloga, pridruženih boleznih, kakovosti spolnega življenja, poznavanju in izkušnjah glede zdravljenja ED. V končno analizo je bilo vključenih 3.124 vprašalnikov. Ugotovljena prevalenca ED je bila 40,1 %, zdravljenje ED je imel minimalen delež moških z ED. Prevalenca ED je bila neodvisno povezana s starostjo, periferno arterijsko okluzijsko boleznijo, arterijsko hipertenzijo, ishemično srčno boleznijo, sladkorno boleznijo in jetrnimi boleznimi. Ugotovljena je bila statistično značilna korelacija med kakovostjo spolnega življenja in ED. 96 % moških je poznalo po imenu vsaj enega od zaviralcev fosfodiesteraze tipa 5 (PDE5). 53 % anketiranih je razmišljalo o jemanju takšnega zdravila, 9 % moških z ED pa je že imelo izkušnjo z enim od razpoložljivih zaviralcev PDE5 (53).

### **Obravnavanje bolnika z erektilno disfunkcijo**

Glede pojavnosti erektilnih motenj obstaja znatna razlika med zaznavanjem tega zdravstvenega problema pri bolnikih in zdravnikih. Raziskava potreb v zvezi z zdravstveno oskrbo spolnih problemov splošne populacije v Veliki Britaniji je pokazala, da je imel pomemben delež odraslih bolnikov (34 % moških in 41 % žensk) nek problem v spolnosti v obdobju zadnjih treh mesecev pred anketo. 49 % anketiranih moških in 39 % žensk je izrazilo željo po strokovni oskrbi tega problema. Dejansko je prejelo zdravstveno oskrbo veliko manj bolnikov in sicer 12 % moških in 8 % žensk. Med težavami so moški najpogosteje poročali o erektilni motnji (54). Na diagnosticiranje in zdravljenje teh težav vpliva niz dejavnikov: zdravnik s svojimi vzorci predpisovanja zdravil, bolniki, odnos zdravnik – bolnik, akademska stališča in razprave o problemu, oglaševanje zdravil in finančne spodbude (55).

V eni od raziskav so zdravniki družinske medicine poročali, da se je, odkar se je na tržišču zdravil pojavil sildenafil, povečalo število posvetov o spolnih problemih. Dostopnost tega zdravila ter medijska pozornost sta povečali zavzetost bolnikov s tovrstnimi težavami, da poiščejo strokovno pomoč pri zdravnikih družinske medicine. Zdravniki so poročali, da imajo odpor do tega, da med posvetom z bolnikom v ambulanti sami načnejo to temo, vpliv na posvet o spolnih težavah pa so imeli tudi starost in spol zdravnika ter pomanjkanje časa za pogovor in pomanjkanje izkušenj (56). Podobne ugotovitve, da se je po pojavu sildenafila povečal delež bolnikov, ki želijo posvet o spolnih težavah, so navajali tudi avtorji drugih raziskav (57,58).

### **Promocija erektilne disfunkcije in zdravil za zdravljenje erektilne disfunkcije**

Za zdravilo sildenafil, kot tudi ostala iz iste farmakološke skupine, je ponekod značilen pojav neposrednega oglaševanja pri porabnikih – bolnikih. Zdravilo je bilo v Združenih državah Amerike registrirano v letu 1998 in je bilo sprva namenjeno za zdravljenje moških z erektilno motnjo, ki je bila posledica raka prostate, sladkorne bolezni ali drugih resnih bolezni (59). V nekaj prihodnjih letih je prišlo do razširitve indikacij na erektilne motnje v starejši populaciji nasploh, zaradi neposrednega oglaševanja pa se je spremenila percepcija o tem zdravilu. Sedaj prevladuje mnenje, da je namenjeno prav vsem moškim, ki sami presodijo, ali imajo erektilne težave ali pa si želijo le pozitivne spolne funkcije (60).

Leta 2003 je bilo registrirano zdravilo vardenafil, ki je bilo tržišču predstavljeno kot različica sildenafil, ki učinkuje hitreje, z manj stranskimi učinki in je primerno za moške, ki imajo uspešno spolno razmerje, a si želijo izboljšati kakovost in trajanje erekcije (61). Leta 2004 je bilo zdravilo Levitra, ki vsebuje vardenafil, v Združenih državah Amerike uradni pokrovitelj Nacionalne nogometne zveze (National Football League). Levitra Challenge in Queen Levitra sta bili oglasni sporočili na televiziji, v katerih so za promocijo zdravila angažirali znani medijski osebnosti – trenerja za baseball in filmsko igralko. Marketinške raziskave so pokazale, da je prišlo po opisanih promocijskih aktivnostih do porasta predpisovanja receptov za to zdravilo. V oglasih so bile uporabljene informacije, da gre za zdravilo, ki ima močan in trajajoč učinek, da pomeni izkušnjo kakovosti, da moški ponovno pridobi spolno moč, kar pomeni tudi zadovoljstvo za partnerko. Z reklamami za zdravila na recept so postala ta zdravila oglaševana kot zdravila, ki se jih lahko kupi brez recepta, potencialni uporabniki pa so bili nagovorjeni z: »Vprašajte svojega zdravnika, če je (ime zdravila) pravo za vas?« Tak pristop neposrednega nagovarjanja bolnikov – porabnikov – spodbuja medikalizacijo življenjskih problemov in nagovarja bolnike, da si sami postavljajo diagnoze ter od zdravnikov zahtevajo, kar je oglaševano v medijih. Oglaševanje na navedeni način je zakonsko dovoljeno v Združenih državah Amerike in na Novi Zelandiji (62). Podjetja oglašujejo praviloma le tista zdravila, ki so finančno donosna in draga ter predstavljajo novost v zdravljenju kroničnih bolezni (63).

#### **Kako ravnati v vsakodnevni praksi?**

Prepričevanje zdravih ljudi, da so bolni in da potrebujejo zdravljenje, lahko izredno poveča trgovanje z zdravili (6). Ali lahko trdimo, da ima moški srednjih let, ki ima občasne spolne težave, že ED? Pri razlikovanju kaj je in kaj ni bolezen smo lahko kaj hitro na zelo spolzkem terenu (64). Za starejše moške je ED še pred 10-15 leti veljala kot pričakovan in normalen pojav v življenju. Do odkritja sildenafil in njegovega pojava na tržišču je bila ED redko izpostavljen zdravstveni problem, o katerem se je, tako v laičnih kot tudi v strokovnih krogih, malo govorilo in pisalo. Avtorji poročajo, da je prav proizvajalec tega zdravila vodil veliko in močno akcijo za razširjanje pomena ED (65). Zdravilo raziskujejo tudi za uporabo v primeru ženske spolne disfunkcije (66).

Zavedati se moramo, da je za obravnavo različnih zdravstvenih problemov značilno, da bodo vedno obstajale »zdrave« osebe, ki bodo želele zdravljenje in »bolne« osebe, ki ga bodo odklanjale. Pomembno je, da zdravniki delujemo tako, da bolnikom olajšamo sprejemanje odločitev (4) in da smo previdni ter se izogibamo zdravljenja fizioloških stanj ter normalnih življenjskih procesov (67).



## SKLEP

Medikalizacija in potrošništvo v medicini sta pojava, ki, gledano v celoti, ne prispevata k boljšemu zdravju ljudi v neki državi in na celem svetu. Celo obratno, pozornost se usmerja samo v tiste zdravstvene probleme, ki prinašajo dobiček. Ob strani pa ostaja cel kup zdravstvenih problemov, ki bi z manj vlaganja obrodili več sadov. Preprečevanje in zdravljenje infekcijskih bolezni, preventiva in zgodnje odkrivanje nekaterih bolezni, vzgoja za zdrav način življenja, zdravo prehranjevanje in spodbujanje telesne dejavnosti lahko reši veliko zdravstvenih problemov, vendar ni tako dobičkonosno in zato za farmacevtsko industrijo manj privlačno. Pogosti načini delovanja farmacevtskih in drugih podjetij so (68):

- povzročanje strahu med zdravimi ljudmi pred morebitno izguba zdravja,
- napihovanje pogostnosti določenih bolezenskih težav,
- spodbujanje zdravljenja pri banalnih boleznih in blagih simptomih,
- uvajanje vprašljivih novih diagnoz, ki se težko ločijo od običajnih težav v življenju,
- redefiniranje kriterijev za bolezen in pomena bolezni,
- promoviranje reševanja življenjskih problemov z zdravili.

Da bi se stanje izboljšalo, je potrebno sodelovanje več institucij, države, farmacevtske industrije, zdravnikov in bolnikov oziroma ljudi. Zelo pomembno je, da medicinsko stroko in raziskovanje vodijo strokovnjaki, ki so neodvisni od farmacevtske industrije (4). Oblikovanje strokovnih kriterijev za diagnosticiranje bolezni in strokovnih smernic naj bo v rokah zdravnikov, ki so strokovnjaki na svojih področjih in naj bo financirano s strani države (69). Strokovna srečanja, sponzorirani kongresi, prikazi primerov smernic in podobno so lahko pristrana, če je v ozadju farmacevtska industrija. Strokovne revije in organizacije naj bodo čimbolj neodvisne od farmacevtske industrije. Uredniki in avtorji morajo biti dovolj kritični, da ne pretiravajo in ne precenjujejo rezultatov raziskav o učinkih novih zdravil. Popolna neodvisnost zdravnikov od farmacevtske industrije je iluzija. Medsebojno sodelovanje pa je lahko postavljeno v neke smiselne okvire, tako formalne kot tudi etične, in s tem bolj transparentno ter odgovorno do celotne skupnosti. Tudi udeležba na neodvisnih strokovnih srečanjih in kongresih ter izogibanje sponzoriranju je ena izmed možnosti, ki jih imamo.

Zdravniki lahko tudi veliko pripomoremo s svojim profesionalnim odnosom do naravnih obdobij v življenju vsakega posameznika od rojstva do smrti. Vzgoja, da se raje ljudje zanašajo na zdrav način življenja kot na zdravila, je silno pomembna in tudi tukaj lahko zdravniki naredimo marsikaj. Pri kroničnih zdravstvenih težavah pa smo bolnikom dolžni ponuditi dovolj kakovostne in razumljive informacije o bolezni in zdravljenju. Dobro jim moramo predstaviti prednosti in slabosti zdravljenja in nezdravljenja. Bolniki sami pa naj imajo možnosti, da sebe opredelijo kot »zdravega« ali »bolnega« ne glede na medicinske kriterije in da se popolnoma svobodno odločajo o zdravljenju. Delo v lokalni skupnosti, preventiva in zdravstvena vzgoja je ena izmed priložnosti, ki jih ima zdravnik, zlasti na primarni ravni. Še vedno je zdravnik avtoriteta, ki ji marsikdo prisluhne in ima tudi vpliv na ravnanje ljudi.

Pomembno vlogo imata tudi država in zdravstvena politika. V prvi vrsti je v njuni pristojnosti zakonska regulativa zdravljenja in oglaševanja ter prodaje zdravil in zdravilnih pripomočkov. Tudi ureditev in financiranje neodvisnih strokovnih institucij je pomembno, prav tako pa dostop do neodvisnih informacij o zdravilih in postopkih zdravljenja. Tudi sami bolniki imajo pri racionalni uporabi zdravil pomembno vlogo. Da se bodo prav odločali, je nujno potrebno, da imajo kakovostne informacije. Zato je potrebno, da jim tudi zdravniki ponudimo nepristrane informacije (3). Spodbujati moramo tudi njihovo vključevanje v organizacije in društva, ki so dovolj neodvisna od farmacevtske industrije in dovolj kakovostna na svojih področjih delovanja.

## LITERATURA

1. Moynihan R, Doran E, Henry D. Disease mongering is now part of the global health debate. Dosegljivo na: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050106>
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
3. McKinlay JB, Marceau LD. A tale of 3 tails. *Am J Public Health* 1999; 89: 295-298.
4. Amaral OB. Defining disease in the information age. Dosegljivo na: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030317>
5. Dear JW, Webb DJ. Disease mongering – a challenge for everyone involved in healthcare. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 64: 122-4.
6. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. *Singapore Med J* 2007; 48: 275-80.
7. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 202–208.
8. Wolinsky H. Disease mongering and drug marketing. Does the pharmaceutical industry manufacture diseases as well as drugs? *EMBO Rep* 2005; 6: 612-4.
9. Young ME, Norman GR, Humpreys KR. Medicine in the popular press: The influence of the media on perceptions of disease. Dosegljivo na: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0003552>
10. Brezis M. Big Pharma and health Care: Unsolvable conflict of Interests between Private Enterprise and Public Health. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008; 45: 83-94.
11. Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney WP. Physicians, pharmaceutical sales representatives, and the cost of prescribing. *Arch Fam Med* 1996; 5: 201–206.
12. Heath I. Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. Dosegljivo na: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030146>
13. Wager E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors' relations with drug companies. *BMJ* 2003; 326: 1196-8.
14. Abbasi K, Smith R. No more free lunches. *BMJ* 2003; 326: 1155–6.
15. Kannel WB. Blood Pressure as a Cardiovascular Risk Factor. *Prevention and treatment. JAMA* 1996; 275: 1571-76.
16. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KKL. The progression from hypertension to congestive heart failure. *JAMA* 1996; 275: 1557-62.
17. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
18. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. *JAMA* 2003; 289: 2363-9.
19. Bulc M. Prvih pet let preventivnih pregledov odrasle populacije –kaj smo se naučili. V: Kert S, Tušek-Bunc K, eds. 5. Mariborski kongres družinske medicine. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2008. p. 96-9.
20. MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. *Lancet* 1990; 335: 765-74.
21. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomized trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338: 1665-75.
22. Du X, Cruickshank K, McNamee R, et al. Case-control study of stroke and quality of hypertension control in north west England. *BMJ* 1997; 314: 272-9.
23. Klungel OH, Stricker BHC, Breteler MMB, Seidell JC, Psaty BM, deBoer A. Is Drug Treatment of Hypertension in Clinical Practice as Effective as in Randomized Controlled Trials with Regard to the Reduction of the Incidence of Stroke? *Epidemiology* 2001; 11: 229-44.

24. Freemantle N. Medicalisation, limits to medicine, or never enough money go around. *BMJ* 2002; 324:864-5.
25. The task force for the management of arterial hypertension of the European society of hypertension (ESH) and of the European society of cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2007; 25: 1105-87.
26. Myint PK, Luben RN, Wareham RJ, Bingham S, Khaw KT. Combined effect of health behavior and risk of first ever stroke in 20040 men and women over 11 years' follow-up in Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer (EPIC Norfolk): prospective population study. *BMJ* 2009; 338; 349-58.
27. Dingwall R. Patients and medical power. More debate about patient power in NHS is needed. *BMJ* 2001; 323: 1368.
28. Slovenske smernice za zdravstveno oskrbo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2. *ISIS* 2007; 12: 133-96.
29. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352(9113): 837-53.
30. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, et al. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358 (6): 580-91.
31. Dovč M. Vodenje bolnika s sladkorno boleznijo v ambulantni družinski zdravnik z vidika dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Ljubljana; 2006.
32. Skyler JS, Bergenstal, Bonow RO. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials: a position statement of the American Diabetes Association and a Scientific Statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: 298-304.
33. Campbell SM, Roland MO, Shekelle PG, Cantrill JA, Buetow SA, Cragg DK, The development of review criteria for assessing the quality of management of stable angina, adult asthma and non insulin dependent diabetes mellitus in general practice. *Quality in Health Care* 1999; 8: 6-15.
34. Petek D. Sodelovanje bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 pri zdravljenju. Magistrska naloga. Ljubljana; 2004.
35. Ingersoll KS, Cohen J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J Behav Med* 2008; 213-24.
36. Škrinjar A. Pomen zdravstvene vzgoje za urejenost sladkorne bolezni. *Kisovec*: 2006.
37. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Neil HA, Matthews DR. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1565-76.
38. Rucker D, Padwal R, Li SK et al. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ* 2007; 335: 1194-99.
39. McPortland JM. Obesity, the endocannabinoid system, and bias arising from pharmaceutical sponsorship. Dosegljivo na: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0005092>
40. Krbavčič A. Zdravila pri debelosti. V: Pokorn D. Socialno medicinski vidiki debelosti. Zbornik referatov s seminarja. Ljubljana: Medicinska fakulteta v Ljubljani. Inštitut za higieno; 1999. p. 163-73.
41. Bult MJF, Van Dalen T, Muller A. Surgical treatment of obesity. *Eur J Endoc* 2008; 158: 135-45.
42. Salant T, Santry HP. Internet marketing of bariatric surgery: contemporary trends in the medicalisation of obesity. *Soc Sci Med* 2006; 62: 2445-57.
43. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine: 2001.
44. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. Bethesda, Maryland: 2005: 13-5.
45. Hauri PJ. A cluster analysis of insomnia. *Sleep* 1983; 6: 326-38.
46. Czeisler CA, Cajochen C, Turek FW. Melatonin in the regulation of sleep and circadian rhythms. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. New York: McGraw-Hill: 2000; 400-6.
47. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2003; 37: 9-15.
48. Feren S, Katyal A and Walsh JK. Efficacy of Hypnotic Medications and Other Medications Used for Insomnia. *Sleep Med Clin* 2006; 1: 387-98.
49. Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, Bastien C, Baillargeon L. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 301: 2005-15.
50. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep* 2006; 29: 1398-414.
51. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, et al. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1888-96.

52. Mulhall J, King R, Glina S, and Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *J Sex Med* 2008; 5: 788–95.
53. May M, Gralla O, Knoll N, Fenske S, Spivak I, Rönnebeck C, Hoffmann M, Lenk S, Hoschke B. Erectile dysfunction, discrepancy between high prevalence and low utilization of treatment options: results from the 'Cottbus Survey' with 10 000 men. *BJU Int* 2007; 100: 1110-5.
54. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998; 15: 519-24.
55. Greenhalgh T, Gill P. Pressure to prescribe. *BMJ* 1997; 315: 1482-3.
56. Low WY, Ng CJ, Tan NC, Choo WY, Tan HMA. Management of erectile dysfunction: barriers faced by general practitioners. *Asian J Androl* 2004; 6: 99-104.
57. Tiefer L. Doing the Viagra tango. *Z Sexualforsch* 1998; 11: 346-52.
58. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract.* 2001 ; 50: 773-8.
59. Loe M. *The Rise of Viagra: How the Little Blue Pill Changed Sex in America.* New York: New York University Press. 2004.
60. Conrad, P. and Leiter, V. Medicalisation, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior* 2004; 45: 158-76.
61. Harris G. Levitra, a rival with ribald ads, gains on Viagra, *New York Times*; September 18, C5; 2003.
62. Conrad P, Leiter V. From Lydia Pinkham to Queen Levitra: direct-to-consumer advertising and medicalisation. *Sociol Health Illn.* 2008; 30: 825-38.
63. Almasi EA, Stafford RS, Kravitz RS, Mansfi eld PR. What are the public health effects of direct-to-consumer advertising? Dosegljivo na:  
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030145>
64. Smith R. In search of "non-disease". *BMJ* 2002; 324: 883-5.
65. Lexchin J. Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. Dosegljivo na:  
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030132>
66. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003; 326:45-7.
67. Shankar PR, Dubey AK. Disease mongering and medical doctors. *BMJ South Asia* 2006; 22:16.
68. Mintzes B. Disease mongering in drug promotion: Do governments have a regulatory role? Dosegljivo na: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030198>
69. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. Dosegljivo na: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030191>

# MEDIKALIZACIJA IN SAMOZDRAVLJENJE



Ksenija Tušek-Bunc<sup>1</sup>, Mojca Žerdin<sup>2</sup>

*Kot za vse odločitve v našem življenju,  
sta tudi tu izbira in odgovornost zanjo naši.*

## ZDRAVJE – NAJVIŠJA VREDNOTA V ŽIVLJENJU POSAMEZNIKA

Ukvarjanje z zdravjem je v sodobni družbi pomembno področje in koncept v vsakdanjem življenju posameznika ter javnega življenja, vse več pa se z raziskovanjem zdravja ukvarja tudi znanost, in sicer v povezavi s kakovostjo življenja, skrbi za telo in samopodobo. Zdravje je vedno večja vrednota, medicinski govor o zdravju in znanju pa dominira tako v javnosti kot zasebnosti. Sodoben človek je postal iskalec zdravja, pri čemer je prišlo tudi do spremenjenega odnosa ljudi do medicine, do katere se do neke mere povečuje nezaupanje, vse bolj se iščejo alternativne poti samozdravljenja, hkrati pa je sodobna medicina postavila partnerski odnos in soodgovornost bolnika za lastno zdravje za temelj svoje doktrine.

Sodobna družba se bolj kot z boleznijo ukvarja z zdravjem. Z boleznijo je pogosto povezano moraliziranje, kjer so odstopanja od »normalnosti« označena kot deviacije, pri čemer merila normalnosti določa medicina, odgovornost za bolezen oziroma zdravje pa pripisuje posamezniku, ki ga bolezen doleti kot kazen za nezdravo življenje. Ljudje pa kot da nimajo pravice biti bolni, ampak »dolžnost biti zdravi«. Za ohranjanje zdravja morajo spreminjati svoje življenjske navade v takšne, ki bodo omogočale čimbolj zdravo življenje. S tem se ljudem nalagajo bremena, ki so za mnoge pretežka, kot npr. skrb za dober izgled, saj jih pestijo bolj usodne življenjske okoliščine. Ljudje so pod nenehnim pritiskom, da pazijo na svoj videz, prehrano, telesno težo, s čimer se povečuje zavest o tem, da so za svoje zdravje posamezniki odgovorni sami, vse bolj pa se sugerira, da so prav tako odgovorni za svoje bolezni, s svojim načinom življenja, ker so zanemarjali svoje telo.

## MEDIKALIZACIJA IN SAMOZDRAVLJENJE Z ROKO V ROKI

Medikalizacija je proces, pri katerem se normalna fiziološka stanja ali družbena vprašanja oz. vedenja obravnavajo kot problem, ki potrebuje medicinsko rešitev. Je proces, ki dogodke iz vsakdanjega življenja medicinsko obravnava s strani zdravstvenega osebja in kot tak ponuja tudi določene ukrepe, postopke, predvsem pa zdravljenje, lahko tudi samozdravljenje.

---

<sup>1</sup> Prim. asist. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Maribour, Slomškov trg 15, 2000 Maribor

<sup>2</sup> Mojca Žerdin, dr. med., Bezenškova 42, 2000 Maribor

Kako je sploh prišlo do tega procesa? Medicinska znanost je povezana s problemi »kako živeti, ali kako se izogniti trpljenju«. To so vprašanja, na katera v sodobni kritični družbi religija nima več pravega odgovora, se pa dotikajo medicinske znanosti in služijo nesigurnim kot vir upanja. Širjenje medicine v splošno življensko prakso je najmočnejši odraz medikalizacije družbe. Medicina tako vse bolj posega na različna področja posameznikovega življenja, ponuja legitimne razlage najrazličnejših pojavov (npr. motnje hranjenja, alkoholizem, odvisnost od mamil, staranje) in glede na to razvršča ljudi na bolne in zdrave. Nekdaj se je staranje, pa tudi nosečnost, štelo med naravne stvari življenja, alkoholizem in odvisnost od prepovedanih drog pa kot »slabost« oziroma »šibka točka« posameznika. Danes pa vsa štiri stanja veljajo bolj ali manj za bolezen ali vsaj za medicinske probleme. Problemi se označujejo kot medicinski v smislu bolezni, zato je zdravljenje medicinsko, večinoma z zdravili, k čemur veliko doprinese farmacevtska industrija. Sodobna medicina pomaga vzdrževati idealizirano podobo človeka. Nasveti za ohranjanje zdravja so zato pogosto povezani z moraliziranjem, kako naj posamezniki spremenijo stil življenja (rekreacija, uživanje tobaka, alkohola, stres). Z zdravstvenega vidika je človek neprestano pod nadzorom, pri čemer se o njegovem zdravju presoja tudi na podlagi njegovega videza (zdravo, mladostno telo – lepo telo) in življenjskih navad. Medicina posamezniku sugerira skrb za zdravje v obliki zdravega življenjskega sloga (ustreza dieta, opuščanje kajenja in tvegane pitja alkoholnih pijač, ustrezna telesna aktivnost, izogibanje delovnim in zasebnim stresom, preventivni pregledi). V okviru tega posameznik ni nikoli dovolj zdrav, zato naj bi nenehno deloval tako, da bi izboljšal svoje zdravje, pri čemer postaja zdravje življenjski projekt in cilj, za katerega je potrebno nenehno skrbeti, saj so vsi ljudje potencialni bolniki, ki jih trenutek nepazljivosti pripelje do očitkov, bolezni, celo smrti. Skoraj vsak vidik človekovega življenja ima kak element zdravstvenega tveganja in lahko bi se reklo, da je »življenje nevarno za zdravje«. V tem kontekstu se vse več ljudi čuti zdravstveno ogrožene in obtežene z zdravstvenimi problemi in zaradi tega iščejo najrazličnejše poti do zdravja, kamor spadajo tudi poti samozdravljenja kot oblika odgovornosti za lastno zdravje.

Posamezniki, ki ne sledijo normam zdravega življenja oziroma zdravja in telesne kondicije, so lahko stigmatizirani in moralno obsojani. Tako bodo torej lahko npr. debeli ljudje označeni za deviantne, lene, tiste, katerih življenjski slog je neprimeren in ki bodo slej ko prej zaradi »nezdravja« postali breme zdravstvenega sistema. Tako se posameznik, ki ne upošteva zdravega življenjskega stila, zavestno odloči, da bo tvegala bolezen. Slabo zdravje pa je lahko kazalnik posameznikovega neuspeha, kar ga še bolj stigmatizira in depriviligira. S tem pa, ko je medicina, seveda ob pomoči farmacevtske industrije, postavila vzročno povezavo med življenjskim stilom in zdravjem, praktično ni več nobenega področja vsakdanjega življenja, ki bi bilo izločeno iz medicinskih interpretacij in intervencij.

Zdravnik ima prav tako legitimno pravico pregledati in zdraviti telo ter um. In vsa vprašanja s tem v zvezi se lahko obravnavajo kot medicinski problemi. Slaba stran tega je, da se lahko običajni naravni procesi obravnavajo kot medicinski problem (npr. plešavost), da se blagi simptomi prepoznajo kot resni ali pa kot znaki bolezni (sindrom razdražljivega črevesa), da se osebni problemi obravnavajo kot medicinski (npr. socialna fobija) in nenazadnje, da prepoznamo dejavnike tveganja za bolezni (npr. osteoporoza). Medicinski znanstveniki neprestano iščejo nove bolezni in sindrome ter poskušajo kategorizirati abnormalnosti in deviacije. Tako je bilo veliko število socialno nesprejemljivih vedenj v 20. stoletju medikaliziranih in se jih danes obravnava kot bolezni, npr. alkoholizem, debelost, sindrom zmanjšane pozornosti, težave s spanjem ipd. Obratno pa so bila nekatera še do včeraj družbeno nesprejemljiva vedenja demedikalizirana, npr. homoseksualnost, spolno samozadovoljevanje ipd.

### **VLOGA ZDRAVNIKA V PROCESU MEDIKALIZACIJE**

Vloga zdravnika v procesu medikalizacije je kompleksna. Na eni strani je zdravnik še vedno avtoriteta in tisti, ki predpiše zdravila na recept in skozi preventivo ter promocijo usmerja in postavlja norme svojim varovancem. Po drugi strani pa bolniki niso več samo pasivni subjekti v procesu zdravljenja; so vedno bolj seznanjeni s prednostmi in slabostmi določenih načinov terapevtskih postopkov, manj zaupajo v medicinsko avtoriteto in ne sprejemajo pasivno medicinske jurisdikcije v svoja življenja. V partnerskem odnosu, ki je eden temeljnih postulatov zlasti v družinski medicini, pravzaprav pa bi moral biti tudi na vseh drugih področjih medicinske znanosti, bolniki sami aktivno sodelujejo pri zdravljenju, pa tudi v skrbi za doseganje končnega cilja, skupnega bolniku in zdravniku, to je zdravja in dobrega počutja. Slednje je predvsem posledica zdravstvene politike, ki nalaga odgovornost in skrb za zdravje vsakemu posamezniku. Reklamna politika farmacevtske industrije, ki vedno bolj oglašuje neposredno uporabniku, pa ima za posledico dejstvo, da bolniki čedalje pogosteje prihajajo k svojim zdravnikom z zahtevo po določenem zdravilu oz. načinu zdravljenja. Tedaj se kaj hitro lahko zgodi, da se partnerski odnos sprevrže v svoje nasprotje, npr. v medsebojno nasprotovanje med bolnikom in zdravnikom, ali v situacijo, ko bolnik »zavлада«v odnosu, manipulira z zdravnikom in poskuša usmerjati proces zdravljenja. Partnerski odnos torej z bolnikovim prevzemom odgovornosti za potek zdravljenja ne razbremeni zdravnika, ampak ga obremeni z novimi zahtevami vodenja odnosa, da le-ta ne zaide v škodljiv konflikt z bolnikom ali da ne prepusti bolnika nesmiselnim predstavam, željam in zahtevam ter domišljijam. Vse pogosteje se tudi dogaja, da se zaradi omajanega zaupanja v medicino, izpušča vmesni člen: zdravnika. Tako nastalo erozijo izpolnijo informacije, ki jih oglašujejo mediji in različna farmacevtska podjetja. Posameznik se zato vse pogosteje odloča za samozdravljenje ali avtoterapijo.

## KAKO OSTATI VEČNO MLAD – MEDIKALIZACIJA STAROSTI

Staranje je proces, ki doleti vsa živa bitja. Staramo se od trenutka spočetja in čeprav je minljivost ena najosnovnejših naravnih zakonitosti na zemlji, se v sodobni družbi vedno bolj pojavlja problem medikalizacije starosti. Po eni strani se prebivalstvo stara, daljša se življenjska doba in tako 90-letniki med nami niso več nobena redkost. Vzporedno z daljšanjem življenjske dobe pa raste tudi število obolenj, predvsem kroničnih nenalezljivih in degenerativnih bolezni. Razvoj medicine je omogočil, da so se razvila številna zdravila in načini zdravljenja, ki preprečujejo nastanek bolezni ali pa jih bolj ali manj uspešno zdravijo. Posledica tega je, da se starost daljša, z njo pa tudi kakovost življenja. Napačno bi bilo zaključiti, da so bolezni, ki spremljajo starost, same po sebi umevne in kot take izključene iz procesa zdravljenja, z ozirom na to, da je staranje naraven proces. V zvezi s tem so številne raziskave pokazale koristi in prednosti zdravljenja v primerjavi z zanemarjanjem medicinskih problemov. Dokazi raziskav, ki so npr. preučevale zniževanje krvnega tlaka in uporabo statinov pri starostnikih, so pokazale nedvoumne koristi zdravljenja v smislu preventive srčno-žilnih bolezni.

Zastavlja pa se vprašanje, ali vse te znane metode in načine zdravljenja uporabiti tudi pri starostnikih nad 80. letom starosti. Nobenega dvoma ni, da je kronološka starost slab pokazatelj vitalnosti starostnika in njegove zmožnosti, da ima od zdravljenja koristi. Variabilnost v fizioloških rezervah in omejeni dokazi o učinkovitosti različnih načinov zdravljenja pri starostnikih nad 80. letom nam onemogočajo posploševanje, kaj je najbolj primerno za to starostno skupino. Tako sta v takih primerih individualno odločanje in celostni pristop najbolj na mestu.

Po drugi strani pa starosti in minljivosti ne želimo sprejeti kot del naravnega fiziološkega procesa. Mediji, farmacevtska in kozmetična industrija propagirata pogosto pod sloganom »pomembno je, da ne čakamo na jutri in z dobrimi ukrepi začnemo že danes« kot zapoved lepe jeseni življenja, mladostne starostnike, s čimer se je ustvarila podoba družbeno zelenega starostnika, ki je lepo ohranjen, v kondiciji in zdrav. Kult lepote in ohranjenosti se je tako razširil tudi med starostniki. Da bi industrija zapolnila svojo tržno nišo na tem področju, so na voljo številna zdravila (npr. proti plešavosti, za več energije, krepitev spomina, za preprečevanje upada kognitivnih funkcij, za boljšo imunsko odpornost ...) in kozmetični pripravki, tretmani, lepotne operacije, h katerim se zatekajo vedno mlajši ljudje. Večina teh načinov zdravljenja ne sodi v okvir pravic osnovnega ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zato na tem področju prihaja do ekspanzije samozdravljenja.

Vsem prizadevanjem navkljub pa medikalizacija ni uspela zajeti dveh najpogostejših stvari, zaradi katerih starostniki zelo trpijo: to sta osamljenost in revščina.



## **SAMOZDRAVLJENJE V STAROSTI – POGOSTO ZAMOLČANA SKRIVNOST, KI NASTAVLJA PASTI**

Raziskave življenjskih zgodb starih oseb, ki so dosegle kakovostno starost, so pokazale, da je za uspešno staranje pomembna trdnost na več področjih – od telesnega in duševnega zdravja do ekonomskega in družbenega stanja ter zdravega okolja. Starostniki si pogosto zastavljajo vprašanje, kaj lahko storijo sami za dobro počutje in ohranjanje zdravja navkljub neizbežnosti staranja. Poleg načina življenja, ki daje pečat njihovem telesu in duši, si pri ohranjanju zdravja in vitalnosti poskušajo pomagati z najrazličnejšimi postopki, pa tudi z različnimi preparati, ki jih lahko kupijo v prosti prodaji. Mednje sodijo različni vitamini, minerali in druga prehranska dopolnila oziroma zeliščni pripravki. Srečujemo se z dejstvom, ki ga pri zdravilih ni, ali pa je v bolj prikriti obliki, tj. proizvajalci s komercialnim pristopom aktivno reklamirajo različne preparate za ljudi v »kritičnih« letih za ohranjanje vitalnosti, ustvarjalnosti in življenjskega optimizma. Priporočajo dolgotrajno jemanje teh preparatov, ki obljublajo ohranjanje zdravja in dobro zmogljivost v starosti, kar si brez sence dvoma želi vsak starostnik, če ne že sleherni človek.

Kakšen je obseg jemanja teh preparatov v populaciji starostnikov, ni natančno znano, Ljudje, ki na primer kupujejo različne preparate za preprečevanje srčno žilnih bolezni (preventivni odmerki acetilsalicilne kisline, ekstrakti česna, preparati omega-3 maščobnih kislin ...) so v splošnem starejši kot tisti, ki jemljejo te preparate iz drugih razlogov. Več kot petina starostnikov, ki so imeli predpisana zdravila za preprečevanje srčno-žilnih bolezni, je jemalo še zdravila iz proste prodaje. Seveda bolniki z boleznimi srca in ožilja ne uživajo le preparatov za preprečevanje srčno-žilnih bolezni, ampak tudi druga zdravila, ki so v prosti prodaji. Večinoma so na prvem mestu analgetiki, sledijo vitamini (vitamin C, E in vitamini B kompleksa) in multivitaminski preparati, antacidi, kalcij, odvajala in različni zeliščni preparati.

Čeprav starost ni bolezen, pa ne moremo mimo dejstva, da se z leti delovanje človeškega organizma spremeni, s tem pa tudi dovzetnost za zdravila. Z leti se v organizmu zgodijo številne spremembe. Spremeni se razmerje med vsebnostjo vode v posameznih delih telesa. Manjša količina vode v telesu pri starejših ljudeh poveča koncentracijo zdravil v obtočilni in medcelični prostori. Poleg tega pa se z leti zmanjša tudi delovanje ledvic in jeter ter s tem sposobnost hitrega odstranjevanja zdravil iz telesa. V telesu starostnikov se zato pojavijo ob normalnem odmerjanju mnogo večje količine zdravil, ki v njem tudi daljši čas zaostajajo. To okrepi učinek delovanja zdravila in možnost neželenih učinkov, zato mora zdravnik bolniku predpisati manjši odmerek ali pa podaljšati presledke med jemanjem zdravila.

Podobno kot starost lahko farmakokinetične lastnosti zdravil spremenijo tudi različne bolezni. Okvare jeter zmanjšajo presnavljanje in s tem inaktivacijo zdravil, okvare ledvic spremenijo hitrost izločanja učinkovin iz telesa (v nekaterih primerih je to izločanje počasnejše, v drugih hitrejše), bolezni prebavil pa spremenijo hitrost in obseg absorpcije zdravil, ki jih bolniki zaužijejo. Tudi tu so spremembe nepredvidljive, zato jih je treba pri vsakem bolniku posebej določiti in tako uravnati načine odmerjanja potrebnega zdravila.

Ob vsem tem nikakor ne gre nikakor pozabiti na interakcije med zdravili; med tistimi, ki jih starostnik dobi na recept oziroma mu jih predpiše zdravnik in tistimi, ki jih uporablja s ciljem samozdravljenja. Težave se še stopnjujejo, če starostnik jemlje zdravila v nepravilnih odmerkih ali dalj časa, kot je priporočeno. Po nekaterih raziskavah se neugodne kombinacije in možni neželeni učinki pojavijo kar v tretjini populacije, ki se samozdravi. Med starejšimi ljudmi so npr. zelo priljubljeni ekstrakti ginkgo bilobe za preprečevanje kognitivnega upada v starosti, novejši podatki pa kažejo, da je koristen tudi pri ishemični bolezni srca. Deluje antioksidativno, nevroprotektivno, preprečuje aktivacijo trombocitov, deluje na gladke mišične celice in vpliva na vazomotorno funkcijo. Obeta torej korist za zmanjševanje arterijske in venske insuficience ter preprečevanje tromboze. Vendar pa lahko prihaja do interakcij z acetilsalicilno kislino, z drugimi protitrombotičnimi preparati, z zdravili za preprečevanje strjevanja krvi, z izvlečki ginsenga, z drugimi naravnimi kumarini in z izvlečkom česna. Prav ti preparati pa so starostnikom s srčno-žilnimi boleznimi pogosto predpisani ali pa jih uživajo sami. Ena pomembnih in pogostih interakcij pri hkratnem uživanju ekstraktov Ginkgo biloba in acetilsalicilne kisline je krvavitev, razen tega pa Ginkgo biloba lahko zmanjša tudi plazemsko koncentracijo omeprazola in tako zmanjša njegov učinek; lahko tudi zmanjša učinek nekaterih antiepileptikov in tako privede do epileptičnih napadov.

Če starejši bolnik z bolečinami v sklepih ali aksialnem skeletu jemlje predpisana zdravila in še tista iz proste prodaje proti bolečinam ali vnetju, se močno zviša tveganje za pojav krvavitev iz prebavil, ki se velikokrat pojavijo brez predhodnih opozorilnih znakov.

Starejši ljudje radi posegajo pa zdravilih proti nespečnosti in tesnobi, ob tem pa postanejo raztreseni in pozabljivi. Antacidi, ki vsebujejo aluminij, pogosteje kot pri mlajših povzročajo zaprtje, medtem ko pripravki z magnezijevimi solmi povzročajo drisko in izsušenost. Celo vitamin C jim pogosto povzroči prebavne motnje in drisko. Tudi antihistaminiki, kot je difenhidramin, predstavljajo za starejše ljudi veliko nevarnost. Te spojine vsebujejo nekatera zdravila v prosti prodaji, od tistih proti prehladu ali nespečnosti, do tistih proti kašlju in kombiniranih zdravil proti bolečinam. Povzročijo lahko glavkom, poslabšajo stanje astme in povečane prostate, lahko pa sprožijo tudi vrtočlavost in negotovost pri hoji, ki sta pogosto vzrok padcev in zlomov kosti pri starejših ljudeh. Če starejši vzamejo prevelike odmerke antihistaminikov, oz. jih kombinirajo z nekaterimi zdravili, se lahko pojavita zmedenost in delirij.

Dokazi o učinku preparatov za samozdravljenje so pogosto pomanjkljivi, starostniki pa tudi sicer jih ljudje najpogosteje jemljejo brez vednosti svojega zdravnika, saj jemanje le-teh preprosto zamočijo ali pa nanje pozabijo.

## SKLEP

Medikalizacija se vse bolj širi zaradi razvoja medicine in novih tehnologij. Je proizvod tako medicine kot družbe, tj. potencialov medicine in želje družbe po izkoristku tega potenciala. Razvijajo se novi načini zdravljenja za bolezni, ki so do nedavnega veljale za neozdravljive, pa tudi za takšne, ki so veljale za trivialne. Če se posameznik ne more sprijazniti z dejstvom, da kar naenkrat odstopa od »normale«, se lahko pojavita občutek krivde in nezadovoljstva s samim seboj. Ustvarja se nova polarizacija, ki deli ljudi na dve skupini – na tiste, ki se obnašajo do sebe pravilno, in na tiste, ki si s svojim življenjskim slogom škodijo.

Veliko je moč zaslužiti na zdravih ljudeh, ki mislijo, da so bolni in se poskušajo zdraviti sami. Farmacevtske firme promovirajo nove in nove bolezni zdravnikom (predpisovalcem receptov) ter uporabnikom. V promociji bolezni združeno sodelujejo proizvajalci zdravil, zdravstveno osebje in uporabniki. Zdravstveni problem označijo kot premalokrat prepoznan in nezdravljen, bolezensko stanje pa kot razširjeno, resno in seveda z možnostjo zdravljenja. Alternativni pristopi, kot npr. zdravstveni problem je samoomejujoč, relativno benignen in poudarek na posameznikovem kopiranju problema, pa so zanemarjeni in podcenjeni. In ne nazadnje se kar samo po sebi zastavlja vprašanje, kdo pravzaprav ima korist od medikalizacije, ki gre v korak s samozdravljenjem?

## LITERATURA

1. Ule M. Družbena konstrukcija bolezni in zdravja. In: Ule M, ed. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Založba Aristej; 2003. p. 13-41.
2. Pierret J. Construction Discourses About Health and their Social Determinants. In: Radley A, ed. Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease. London; 1993.
3. Pierret J. The Social Meanings of Health. In: Auge M, Herzlich S, eds. The Meaning of Illness. Luxemburg: Harwood academic pbl.; 1995.
4. Crawford R. Healthism and the Medicalization of the Everyday Life. *Int J Health Serv* 1980;19: 365-88.
5. Leibovici L, Lievre M. Medicalisation peering from inside medicine. *BMJ* 2002; 324: 866.
6. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ* 2002; 324: 859-60.
7. Donohue JM, Cevalco M, Rosenthal MB. A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs. *N Engl J Med* 2007; 357: 673-81.
8. Moynihan R, Heath I, Henry D, Gotzsche PC. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
9. Gotzsche PC. The medicalization of risk factors (commentary). *BMJ* 2002; 324: 890-1.
10. Nicolas R. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369: 700-01.
11. Ebrahim S. The medicalisation of old age. *BMJ* 2002; 324: 861-3.
12. Crawford R. A Cultural Account of »Health«: Control, Release and the Social Body. In: Bestie A, Gott M, Jones L, Sidell M, et al, eds. Health and Wellbeing. London: A Reader Macmillan.
13. Petek D. Samozdravljenje v preprečevanju srčno-žilnih bolezni. *Družinska medicina* 2008; 6 (suppl 4): 251-7.
14. Tušek-Bunc K. Samozdravljenje kot odgovornost za lastno zdravje. *Družinska medicina* 2008; 6 (suppl 4): 7-12.
15. Tušek-Bunc K, Lubi P. Uporaba zdravil iz proste prodaje za simptomatsko zdravljenje. *Družinska medicina* 2008; 6 (suppl 4): 185-92.



# METODE PREPREČEVANJA MEDIKALIZACIJE BOLNIKOV



Tonka Poplas-Susič<sup>1</sup>, Janez Rifel<sup>2</sup>

## UVOD

### Sociološki okvir medikalizacije

Medikalizacija je v svoji osnovi bolj sociološki kot medicinski pojav. Medikalizacija predstavlja izbiro medicinskega modela za reševanje posebnih vedenj ali življenjskih dogodkov, ki predstavljajo grožnjo posamezniku, skupinam s »tveganim« vedenjem ali celotni družbi (1).

Medikalizacijo predstavljajo vsaj trije različni vidiki, ki se medsebojno prepletajo in krepijo. Prvi vidik predstavlja trditev, ki temelji na raziskavah, da je v populaciji ogromno neprepoznanih primerov bolezni, ki potrebujejo zdravljenja: vsak je vedno bolan, četudi se počuti zdrav. Normalne težave postanejo bolezni: predmenstrualne težave, poporodna depresija, minimalne možganske poškodbe, utrujenost, debelost, zmanjševanje kostne mase ... Drugi vidik predstavljajo deviantna vedenja, ki postanejo bolezni in se jih najbolje rešuje na medicinski način. Primeri so zloraba drog, alkoholizem, ločitve, impotenca, neplodnost in mladostniški kriminal. Tretji vidik predstavlja preventivna medicina v zgodnjih fazah potencialnih bolezni.

73

Podlaga za medikalizacijo je medicinski model, ki prek diagnostike prepozna bolezen, odkrije vzrok zanjo in z zdravljenjem povrne zdravje. V tem modelu bolniki niso odgovorni za svoje zdravje oziroma bolezni, ampak so le žrtve okoliščin, ki potrebujejo pomoč.

Ta model so začeli kritizirati že v sedemdesetih letih 20. stoletja. V debato o medikalizaciji življenja se je vpletla še ekonomija, pravo in celo politika. Z leti je prevladujoč medicinski model postal bio-psiho-socialni model, ki razlaga težave in bolezni na podlagi telesnih, duševnih in socialnih vzrokov na ravni posameznika, s katerimi se ukvarjajo zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi, socialni delavci (1).

### Omejitve epidemiologije

Epidemiologija predstavlja pomemben teoretični okvir in prinaša pomembno orodje za razumevanje izvora ter porazdelitev bolezni v populaciji. Epidemiologija preiskuje povezave med potencialnimi vzročnimi faktorji in pojavi bolezni z namenom razvoja intervencij, ki zmanjšajo negativne učinke faktorjev, ki jih ponavadi imenujemo dejavniki tveganja. Če je prisoten dejavnik tveganja, lahko z določeno verjetnostjo napovemo bolezen. To ne pomeni, da je dejavnik tveganja vzrok za bolezen, ampak da je statistično povezan s pojavom ali vztrajanjem bolezni. Odprava dejavnika tveganja lahko, ampak ne vedno, prepreči ali odpravi bolezen. Če je odprava dejavnika tveganja sploh možna, ta

<sup>1</sup> Asist. dr. Tonka Poplas-Susič, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup> Janez Rifel, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

odprava ni vedno varna in neškodljiva. Veliko bolezní ima multifaktorsko etiopatogenezo in medicinske intervencije lahko porušijo bolnikovo bio-psiho-socialno ravnotežje na mnoge načine, ki jih sploh ne moremo opazovati in kontrolirati (2).

Temeljna predpostavka koncepta dejavnikov tveganja je ta, da bo identifikacija in odprava dejavnika tveganja večini ljudi koristila. To bi vsekakor držalo, če bi bili vsi dejavniki tveganja tudi vzročni dejavniki, če bi bila verjetnost pojava bolezní 100 % v populaciji in če bi imela medicinska intervencija sposobnost obrniti bolezenski proces pri vseh ljudeh brez stranskih učinkov. Veliko laikov, pa tudi zdravstvenih delavcev, razmišlja na ta način glede vseh medicinskih intervencij. Vendar vsakdanja realnost zelo odstopa od takih idealov. Veliko je ljudi, ki spadajo v skupino z največjim tveganjem za razvoj bolezní, učinki medicinske intervencije pa se močno razlikujejo med posamezniki.

Lahko si predstavljamo, da naši bolniki igrajo loterijo, kjer je glavna nagrada bolezen. Vemo, da imajo sladkorni bolniki večje tveganje, da prezgodaj umrejo zaradi koronarne bolezní. Tako morajo na primer sladkorni bolniki na loterijskem listku obkrožiti 15 števil, bolniki brez sladkorne bolezní pa 8 števil, da bi zadeli smrtnih 7 števil. Vsak, ki igra loterijo, lahko zadane smrt, pri tem imajo sladkorni bolniki večjo verjetnost kot zdravi. V ambulanti pa zdravniki pogosto govorimo z ogroženimi bolniki, kot da bi v rokah držali loterijski listek z obkroženimi vsemi 39 številkami. To pomeni, da prisotnost dejavnika tveganja pomeni 100 % verjetnost za pojav bolezní oziroma za smrt. Takšno razlaganje predstavlja neznanstveno razlaganje znanja o dejavnikih tveganja in prispeva k paternalistični medicini.

Na dokazih temelječa medicina najboljše deluje pri izoliranih boleznih in se večinoma še ni osredotočila na integracijo multiplih kroničnih stanj na ravni posameznikov (3). Klinične smernice pri komorbidnih boleznih se morebiti sploh ne dotaknejo bolnikovih pogledov na lastno zdravje. Njegove prioritete glede vodenja bolezní se pogosto ne skladajo z zdravnikovimi. Pri vsakdanjem delu pa se srečujemo z vedno več bolniki, ki imajo vedno več bolezní, vedno pogosteje obiskujejo vedno več različnih zdravnikov, le-ti pa jim predpisujejo vedno več različnih zdravil (3). Ravno pri oskrbi takih bolnikov pa smo zdravniki družinske medicine najmočnejši, saj je znano, da so zdravniki družinske medicine bolj uspešni pri vodenju komorbidnih bolnikov kot klinični specialisti (4).

### Salutogeneza

V prvem danskem učbeniku o splošni medicini je bil leta 1977 predstavljen koncept enačbe zdravja (2). Zdravje tako predstavlja ravnotežje med obremenilnimi dejavniki, ki vplivajo na bolnika, in med različnimi danostmi oziroma oporami, ki so mu na voljo. Človek zboli, kadar obremenitve presežejo njegove zmožnosti. Če ne vzpostavi ravnotežja s pomočjo zmanjšanja obremenitve ali povečanja svojih zmožnosti, ostane bolan. Ozdravi, ko (in če) se spet vzpostavi ravnovesje.

Glede na ta model je zdravnikova naloga, da pomaga vzpostaviti to ravnotežje, ne samo z zmanjševanjem negativnih dejavnikov ampak tudi s promocijo in krepitevijo pozitivnih dejavnikov. Med obiski v ambulantah pa se večino časa ukvarjamo z obremenitvami in dejavniki tveganja. Medicinske raziskave dajejo prednost analizi dejavnikov tveganja. Med letoma 1990 in 1995 je bilo objavljenih 80.000 člankov o dejavnikih tveganja in le 200 člankov o zdravju promovirajočih dejavnikih.

Leta 1979 se je sociolog Antonovsky spraševal o izvori zdravja (salutogeneza) glede na vprašanje izvora bolezni (patogeneza). Zanimalo ga je, kako so se nekateri preživeli v koncentracijskih taboriščih uspeli dobro prilagoditi na ekstremne razmere in so izgledali še kar zdravi in srečni. Odkod so dobili to moč? Antonovsky je razširil to vprašanje na vso človeštvo in se vprašal, kako sploh lahko kdo od nas ostaja zdrav. Stresorji so povsod prisotni. Celo življenje nas ogrožajo različni biokemični, fizikalni in psihosocialni stresorji, ki nas postavljajo v nenehno napetost. Obdobja mirnosti, stabilnosti in homeostaze so zelo redka. Antonovsky je izdelal koncept splošnih obrambnih sposobnosti, ki olajšajo obvladovanje stresa in s tem izboljšajo zdravje večine ljudi. Življenje je npr. lažje za bogate kot za revne. Druge obrambne sposobnosti so še samozavest, socialna podpora omrežja in strategije obvladovanja problemov, ki so racionalne, prožne in dolgoročne ter prispevajo k občutku človekove skladnosti.

## PREVENTIVA MEDIKALIZACIJE PRI AKUTNIH BOLEZNIH

V sodobni potrošniški družbi je tudi bolnik glede zdravstvenih uslug vedno bolj informiran potrošnik, ki se odloča med različnimi možnimi načini zdravljenja in ohranjanja zdravja. Med seboj se prepletajo interesi farmacevtske, prehranske, turistične in drugih panog, ki ponujajo najrazličnejše produkte. Pri osveščanju javnosti o nepotrebnostih in o nevarnostih medikalizacije imajo mesto najrazličnejša združenja; od Svetovne zdravstvene organizacije, svetovnih in evropskih združenj zdravnikov (npr. WONCA), prek zdravniške zbornice, zdravniškega društva, Katedre za družinsko medicino, Združenja zdravnikov družinske medicine, do vsakega zdravnika v ambulanti, ki pri obiskih v ambulanti izvaja zdravstveno vzgojo svojih bolnikov. Skupno vsem tem prizadevanjem je vztrajanje na strokovnosti.

75

Čeprav se mogoče zdi, da je to boj z mlini na veter, saj bolniki preživijo v zdravniških ambulantah zelo malo časa, že, ko stopijo v čakalnico, pa so z vseh strani bombardirani z najrazličnejšimi preparati za lajšanje težav, ki minejo brez intervencije (npr. prehlad). Lep primer preventive medikalizacije, ki temelji na strokovnosti, je racionalno predpisovanje antibiotikov (5). Prekomerno predpisovanje antibiotikov lahko sproži začaran krog medikalizacije samoomejujočih bolezni, kjer se bolniki "naučijo", da so antibiotiki potrebni pri njihovih simptomih (kašlju, nosnem izcedku ...) in zato pričakujejo, da jih bodo spet dobili naslednjič, ko bodo zboleli. Zdravniki pogosto povedo, da čutijo pritisk, da morajo bolnikom predpisati antibiotik. Znano pa je, da bolniki antibiotikov ne želijo tako pogosto, kot to mislijo njihovi zdravniki. Bolniki opisujejo hude težave in željo, da bi hitro ozdraveli. Zdravniki te informacije pogosto interpretirajo kot željo po antibiotiku. Običajno pa so bolniki le zaskrbljeni in hočejo, da jih zdravnik pomiri in jim zagotovi, da je izključil resnejšo bolezen (5).

## PREVENTIVA MEDIKALIZACIJE PRI KRONIČNIH BOLEZNIH IN KOMORBIDNOSTI

Na bolnika osredotočena klinična metoda usmerja zdravnika in ga spodbuja, da se hkrati zaveda bolnikove perspektive skupaj s svojo lastno perspektivo. Teorija salutogeneze uči, da imajo bolniki različne sposobnosti za ohranjanje zdravja. Le-te lahko segajo preko medicinskih sredstev, ki jih pozna zdravnik. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom, ko bolnik zdravniku pove svoje videnje bolezni in zdravja, je zato izrednega pomena. Skandinavski raziskovalci sta razvili posebni ključni vprašanji, posebej za moške in ženske, s katerim sta vzpodbudili pogovor med zdravnikom in bolnikom o zmožnostih in sredstvih za doseganje ter ohranjanje zdravja (2,6). Pri ženskah sta uporabili naslednje ključno vprašanje: »Ne moreva govoriti samo o problemih. Rada bi tudi kaj slišala o vaših močnih straneh. Katere izmed teh sposobnosti ponavadi uporabljate, da ostanete (ali postanete) zdravi?« Pri moških se je vprašanje glasilo: »Večina ljudi ima skrite rezerve, s katerimi ohranjajo zdravje. Kaj so vaše rezerve?« z možnim dodatkom: "Ali imate še kakšne druge rezerve?" Moški bolnik je bolje razumel vprašanje, če sta ga prej opozorili na njegovo splošno zdravje kot na primer: »Razen trenutnih težav pa ste večinoma kar zelo zdravi« ali »Vem, da imate to težko bolezen, toda kljub temu lahko rečem, da ste še kar zdravi.«

Seveda je bilo ključno vprašanje postavljeno v kontekstu. Ključno vprašanje sta postavili po anamnezi, pregledu in oblikovanju delovne diagnoze, vendar še preden je zdravnica predstavila svoje videnje načrta zdravstvene oskrbe. Vprašanja nista uporabila pri kratkih obiskih v ambulantni, presenetljivo pa sta odkrili, da sta tudi pri enostavnih telesnih težavah bolnikov pogosto izvedeli kaj pomembnega, če sta zastavili ključno vprašanje. Zato uporaba ključnega vprašanja ni namenjena samo najbolj zapletenim primerom pri bolnikih s psihosocialno problematiko ali pri preventivi bolezni. Seveda mora biti zdravnik pripravljen porabiti nekaj več časa, kar pa je gotovo dolgoročna investicija.

76

Z uporabo ključnega vprašanja so se pojavile naslednje posledice:

- pogovor se je premaknil od bolezni na zdravje, s tem da je bilo vseskozi jasno, da se bolezen lahko pojavi ali poslabša,
- v predpostavko, da imajo bolniki lastne zmožnosti za ohranjanje zdravja, se sploh ni dvomilo,
- govorilo se je o zmožnostih v normalnem stanju bolnika v primerjavi s sedanostjo, kjer običajne strategije ne zadostujejo več, da bi jih ohranile pri zdravju,
- odgovore oblikuje bolnik in ne zdravnik,
- velik pomen bolnikove lastne ocene trenutnega zdravstvenega stanja (na drugi strani zdravnikova ocena bolnikovega zdravstvenega stanja).

Ženske so izpostavile naslednje močne strani, ki jih ohranjajo pri zdravju:

- zmorem opraviti naloge, kadar me v to prisilijo okoliščine,
- pogovarjam se z drugimi,
- poskušam imeti zdrav način življenja,
- srečna sem, kadar sem lahko aktivna,
- za vse je potreben čas,
- moja družina ima dober genetski material.



Moški so izpostavili naslednje rezerve:

- uživam v svojem življenju in sebe jemljem kot močno osebnost,
- vesel sem, ko grem lahko na delo,
- sprostim se s prijatelji in hobiji mi dajo energijo,
- rekreiram se in zdravo živim.

Zavedati se moramo, da bolniki večino življenja preživijo izven ambulant in bolnišnic ter medicinski stiki predstavljajo le manjšino njihovih socialnih stikov. Zaradi tega je mogoče vpliv ključnega vprašanja še bolj pomemben za zdravnika kot za bolnika. Raznolikost bolnikovih zmožnosti predstavlja izziv zdravnikom tradicionalnim ali splošnim pristopom ter lahko pravo presenetljivo odkritje.

Naslednji primer prikazuje, kako je lahko aktivno iskanje bolnikovih lastnih moči za doseganje zdravja najboljša preventiva medikalizacije.

V ambulanti se je oglasila dobro znana starejša gospa zaradi naraščajoče bolečine, preprosto je ne more več prenašati. Astma in bolečina v križu sta obupni in skrbi jo še zaradi nekaterih drugih težav. Po pregledu je zdravnica postavila ključno vprašanje: "Ne moreva govoriti samo o težavah. Rada bi tudi kaj slišala o vaših močnih straneh. Katere od teh zmožnosti ponavadi uporabljate, da ostanete zdravi?" Med pogovorom, ki je sledil, zdravnica spremeni svoje mnenje o bolnici. Iz podobe pasivne in obupane trpeče ženske se bolnica spremeni v močno žensko, ki je aktivna kljub bolečinam. Pove, da zmore veliko več stvari, kot si jih je zdravnica sploh predstavljala, kot na primer hoja, kolesarjenje, telovadba in da ima več različnih strategij za obvladovanje bolečine in žalosti. Zdravnici se je razjasnila vloga smrti njenega moža, bolnica ji je povedala, kako pogreša moževe skrbne masaže njenega hrbta. Zdravnica ugotovi, da je bolnica zmožna poskrbeti sama zase, vendar so trenutno težave pač prevelike. Bolnica se v pogovoru spomni na vse možne strategije, ki so ji v preteklosti že pomagale. V tem primeru ni čisto jasno, koliko je ta pogovor koristil bolnici, gotovo pa se je spremenilo zdravnično dožemanje bolnice, s katero bosta skupaj preživeli še veliko let.

77

## SKLEP

Vodenje kroničnih bolezni, tako preventiva kot kurativa, je pogosto zapleten proces že pri vodenju ene bolezni. Ko pa ima bolnik več bolezni, se obravnava še bolj zaplete. Sposobnost sledenja kliničnim smernicam se zmanjšuje, tveganje iatrogenih zapletov pa se hitro povečuje. Model medicinske oskrbe se spreminja, vedno bolj temelji na funkcionalni zmožnosti bolnikov in se dotika reševanju problemov glede funkcionalnosti namesto iskanja ozdravitve ali izničenja posameznih dejavnikov tveganja. Temelj vsega pa je strokovnost, partnerski odnos in na bolnika osredotočena medicinska obravnava.

## LITERATURA

1. Kimsma GK, Leeuwen E. The human body as field of conflict between discourses. *Theor Med Bioeth* 2005; 26: 559-74.
2. Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos* 2000; 3: 257-64.
3. Upshur RE, Tracy S. Chronicity and complexity: is what's good for the diseases always good for the patients? *Can Fam Physician* 2008; 54: 1655-8.
4. Harris MF, Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Med J Aust* 2007; 187: 104-7.
5. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638-44.
6. Hollnagel H, Malterud K, Witt K. Men's self-assessed personal health resources: approaching patients' strong points in general practice. *Fam Pract* 2000; 17: 529-34.

# VLOGA FARMACEVTSKE INDUSTRIJE PRI MEDIKALIZACIJI



Nena Kopčavar-Guček<sup>1</sup>, Andreja Čufar<sup>2</sup>

## ZGODBA O TALIDOMIDU – ZA ZAČETEK

Talidomid se je na tržišču zdravil pojavil v poznih 50-ih letih prejšnjega stoletja, v desetletju optimizma na področju zdravil, spodbujenega z uspehi penicilina med drugo svetovno vojno. Povojna zahodna družba je bila glede infekcijskih bolezni, zahvaljujoč cepivom, pomirjena glede infekcijskih bolezni, zahvaljujoč cepivom, antiserumom in novim antibiotikom, ki so dramatično zmanjšali obolevnost prebivalcev razvitega zahoda. Razvijala so se zdravila za bolezni srca, težave z ledvicami, nevrološke probleme, bolezni kože in druge. Pojav klorpromazina v zgodnjih 50-ih letih je povzročil pravo revolucijo v zdravljenju psihičnih motenj in do začetka 60-ih let so vse plati življenja postale medikalizirane, na kar je kritično opozorila glasbena skupina Rolling Stones v svoji pesmi »Mother's Little Helper«.

Zdravila za bolne so postala zdravila za boljše počutje; ocenjuje se, da je sredi 50-ih let sedative dnevno jemalo okoli milijon Britancev, vsak sedmi prebivalec Združenih držav Amerike pa naj bi jemal barbiturate. Na ta donosen trg z ogromnim potencialom je leta 1956 prišel nov sedativ. Originalni proizvajalec nemški Chemie Grünenthal je talidomid tržil v kontinentalni Evropi, v Veliki Britaniji in v državah britanskega Commonwealtha pa ga je na podlagi licence tržila družba Distillers. Laboratorijski testi so pokazali, da je zdravilo osupljivo varno, saj ni bilo mogoče najti dovolj visokega odmerka, ki bi ubil podgano. Klinično testiranje v Nemčiji je bilo izjemno skopo – zavojčke tablet so razdelili zaposlenim in lokalnim zdravnikom – kar je bila posledica medicinske brezčutnosti, značilne za Tretji Rajh, in še vedno prevladujočega izkrivljenega pogleda na sprejemljivost različnih praks testiranja zdravil. Zaradi nizke toksičnosti so talidomid prodajali prosto, brez recepta, poleg tega pa so ga tudi intenzivno oglaševali kot najvarnejši sedativ na trgu.

79

Prvi dojenček z malformacijami se je rodil na Božični dan leta 1956, še preden je zdravilo uradno prišlo na trg. To je bila deklica, hči delavca, zaposlenega pri Chemie Grünenthal, ki je svoji noseči ženi dal nekaj tablet, ki jih je brezplačno dobil v podjetju, kjer je delal. V naslednjih nekaj letih so porodničarji v Nemčiji opazili več običajno redkih abnormalnosti pri novorojenčkih, predvsem tetra-fokomelijo – stanje, za katero je značilno skrajšanje okončin, ki je bilo v nekaterih primerih tako hudo, da so dlani in stopala rasla neposredno iz trupa. Istočasno so zdravniki in nevrologi poročali o povečani pogostosti perifernega nevrinitisa pri odraslih bolnikih, ki so prejeli nov sedativ. Vendar pa povezava med temi primeri in uporabo talidomida še ni bila jasna. Prvi je v možnost povezave posumil avstralski porodničar William McBride leta 1960, ko je nosečnicam, ki so trpele zaradi jutranje slabosti, predpisal novo zdravilo, nekaj mesecev kasneje pa so se rodili otroci z malformacijami. Sledil je znani drugi del tragedije – McBride-vo

<sup>1</sup> Asist. mag. Nena Kopčavar-Guček, dr. med., ZD Ljubljana in Katedra za DM, MF LJ, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup> Mag. Andreja Čufar, mag. pharm., spec., Lekarniška zbornica Slovenije, Vojkova 48, 1000 Ljubljana

prepričanje, da je za poškodbe kriv talidomid, je bilo čedalje močnejše, čeprav z laboratorijskimi živalmi teratogenih učinkov ni bilo mogoče ponoviti oz. dokazati. Vpleteni proizvajalci zdravil so bili nepopustljivi, pri razkrivanju dogajanja in zagotavljanju odškodnin žrtvam pa so izjemno pomembno vlogo odigrali novinarji, predvsem »Insight Team« londonskega Sunday Times-a. Ocenjuje se, da je talidomid povzročil periferni nevritis pri 40.000 bolnikih, rojenih pa je bilo med 8.000 in 12.000 otrok z malformacijami; izmed njih jih je le 5.000 dočakalo odraslo dobo.

Prizadete dežele so bile po tragediji močno zaskrbljene tudi glede varnosti ostalih zdravil. Hitro so ustanovili regulatorne organe, ki so pripravili smernice za ustrezno, zadostno in učinkovito testiranje novih zdravil tako v laboratoriju kot v klinični praksi. Presenetljivo je bila to prva vsestranska zakonodaja s področja varnosti zdravil v številnih zahodnih državah. Združene države so takrat že imele uradni nadzorni organ, Upravo za prehrano in zdravila (Food and Drug Administration), ki pa je bila zaradi metod dela in bratenja s farmacevtsko industrijo manj učinkovita, kot bi bila lahko. Podjetje Richardson-Merrel iz Cincinnatija je imelo na zalogi še 10 milijonov tablet talidomida, namenjenih za ameriški trg, ko je marca 1961 zaupno oddalo vlogo na FDA za pridobitev dovoljenja za promet. Novozaposlena medicinska uradnica dr. Frances Kelsey je izrazila nezadovoljstvo nad prejeto dokumentacijo in jo je zavrnila z zahtevo po razširitvi. To je bil tedaj edini možen način za odlog odločitve. Takoj je bila deležna silnega pritiska s strani farmacevtske družbe in njenih odvetnikov ter celo s strani lastnih kolegov, vendar je kljub temu uspela prisiliti družbo, da je svojo vlogo šestkrat dopolnila. V času, ko je družba še vedno čakala na odobritev vloge za dovoljenje za promet s strani nepopustljive dr. Kelsey, pa je bilo v Nemčiji zdravilo umaknjeno s trga. Tudi vlogo na FDA so kmalu umaknili. Združene države Amerike se niso v celoti uspele izogniti tragediji, ki jo je povzročal talidomid. Nekateri odrasli in otroci so utrpeli posledice škodljivih učinkov zdravila kot posledico testiranja, ki ga je izvajala družba Richardson-Merrel. V veliki večini pa je pazljivost dr. Kelsey-jeve obvarovala največji svetovni trg zdravil pred strašno katastrofo.

80

Tako bi se lahko zgodba o talidomidu končala. Nevarno zdravilo so umaknili s trga, ob grozljivih posledicah njegovega delovanja pa so se porajala številna vprašanja glede prakse in etike na področju razvoja, preskušanja in trženja zdravil, ter na področju odnosov med industrijo, zdravstvenimi strokovnjaki in regulatornimi organi. Toda leta 1964 je dr. Jacob Sheskin zdravil gobave bolnike v Marseilles-u v Franciji. V brezupni situaciji, ko svojim bolnikom ni več mogel lajšati bolečin in trpljenja, je v omari našel nekaj škatlic talidomida. Mislil si je, da morda pri bolnikih, pri katerih drugi sedativi niso bili več uspešni, kaže poskusiti še s tem in je enemu od njih dal dve tableti talidomida. Bolnik je spal vso noč, zjutraj vstal iz postelje, po naslednjih dveh tabletah pa so se njegove poškodbe začele celiti. Sheskinovo nepričakovano odkritje je vzpodbudilo nove raziskave na osramočenem zdravilu; ali je morda lahko uporabno pri drugih vnetnih procesih? Prvič so znanstveniki začeli raziskovati mehanizem delovanja talidomida in postopno odkrili, da ta učinkovina lahko modificira nekatere tipe imunskih reakcij in da je lahko učinkovita ne le pri bolnikih z lepro, pač pa tudi pri bolnikih z virusom HIV in pri tistih z različnimi oblikami avtoimunskih bolezni (npr. multipla skleroza ali vnetna črevesna bolezen). Raziskave vpliva talidomida na rakave celice so pokazale, da lahko zavira proliferacijo krvnih žil, povezano z razvojem tumorjev, in tako učinkovito zaustavlja ali upočasni rast tumorjev. In tukaj so končno našli ključ tudi za njegove uničevalne učinke na zarodek, saj so dokazali, da moti preskrbo s krvjo razvijajočih se okončin zarodka (1).

## UVOD

V zadnjih desetletjih smo priča razvoju vse bolj specifičnih diagnostičnih metod, odkritju novih bolezni, posledično razvoju novih zdravil za te bolezni in natančnejše usmerjenih zdravil za že znane bolezni. Nabor in poraba zdravil ter porabljenih sredstev za zdravila stalno naraščajo. Večja specifičnost in boljša učinkovitost zdravljenja naj bi bila cilj tako medicinske kot farmacevtske stroke.

Farmacevtska industrija je ena največjih industrij, ki je nadzorovana s strani državnih in meddržavnih organizacij. Je ena najdonosnejših industrij in obenem edina, ki neposredno vpliva na obnašanje in počutje ljudi. Največji delež dobička farmacevtska industrija namenja razvoju novih zdravil. Del dohodka predstavljajo vlaganja v izobraževanje zdravnikov, farmacevtov in drugih zdravstvenih delavcev; to velja predvsem za države srednje razvitega sveta, kamor sodi tudi Slovenija. Skozi javna občila išče farmacevtska industrija stik tudi neposredno z bolnikom – uporabnikom. Novice v javnih občilih so pogosto pomemben vir informacij o zdravilih in raziskavah v zvezi z novimi zdravili za bolnike pa tudi za nekatere zdravnike. Navajanje vseh, za javnost pomembnih, podatkov na ustrezen način ni le rezultat aktivnosti farmacevtske industrije, temveč tudi načina poročanja novinarjev.

## EKONOMSKI VIDIK VPLIVA FARMACEVTSKE INDUSTRIJE NA MEDIKALIZACIJO

Avtorji polemičnega komentarja v ugledni strokovni reviji *British Medical Journal* so nedavno kritično zapisali, da je prepričevanje zdravih ljudi, češ da so bolni, lahko zelo donosno (2). Širjenje meja (o)zdravljivih bolezni razširja tržišče tistih, ki prodajajo in prinašajo nove načine zdravljenja in nova zdravila (3,4). Farmacevtska industrija aktivno sodeluje pri sponzoriranju definicij bolezni in pri njihovi promociji strokovni ter laični javnosti. Socialno definicijo bolezni je nadomestila korporativna konstrukcija bolezni (2). Nekateri vidiki medikalizacije so še vedno predmet živahne diskusije; medtem pa je mehanizem korporativnega »prodajanja bolezni«, njegov vpliv na javno zavest, na proces zdravljenja, na človeško zdravje nasploh in na državne proračune že doživel nekatere kritične ocene.

Nastale so povezave med farmacevtsko industrijo, zdravniki in nevladnimi organizacijami – društvi bolnikov, itd. Vzajemno poudarjajo pomen bolezni, opozarjajo na njihovo nezadostno prepoznavanje in zdravljenje. S poudarjanjem resnosti in ozdravljivosti bolezni gradijo in podpirajo marketinško strategijo ozaveščanja javnosti ter uspešnosti zdravljenja z novimi zdravili. Drugi pristopi k istim boleznim, ki poudarjajo npr. samo-omejevalni značaj bolezni, njen praviloma benigni potek in pomen lastnega spoprijemanja z njo, so predstavljeni kot manj pomembni. Farmacevtska industrija poroča o velikih izdatkih za inovativna zdravila. Cena izvirnega zdravila naj bi bila nekaj sto milijonov dolarjev, potreben čas za razvoj novega zdravila pa okrog 10 let (5). Pot vsake tablete ali ampule je nadzorovana od izvora surovin do končnega porabnika (6).

Posledice neprimerne medikalizacije so nepotrebna stigmatizacija, nepravilne odločitve glede zdravljenja in finančne izgube, ki nastanejo ne samo zaradi nepotrebne rabe zdravil, temveč tudi zaradi izgubljenih priložnosti zdravljenja resnejših bolezni. To na globlji ravni lahko pri ljudeh zbuja nezdravo obsedenost z zdravjem, zamaskira ali zakrije

sociološke oz. politične razlage za zdravstvene težave in usmeri nepotrebno pozornost na farmakološko, individualizirano in privatizirano rešitev (7,8).

Med ekonomske posledice medikalizacije lahko nedvomno štejemo tudi neželene reakcije na zdravila: te po nekaterih podatkih povzročijo 3 % vseh smrti med splošno populacijo (9).

## **VPLIVI FARMACEVTSKE INDUSTRIJE NA POLITIKO**

Države po vsem svetu se z različnimi ukrepi trudijo obvladovati eksponentno naraščajoče stroške za zdravila. Farmacevtska industrija se takim ukrepom običajno upira in pri tem uporablja vse možne poti, med drugim se pogosto poslužuje tudi tožb (10). Vpliv farmacevtske industrije pa se kaže tudi preko sredstev, ki jih ta vlaga v lobiranje in v razne druge oblike financiranja politike. Tako je bil v letu 2007 v času predsedniške kampanje v Združenih državah Amerike zdravstveni sektor z več kot 450 milijoni dolarjev najvišje na lestvici prispevkov za lobiranje, pred sektorjem financ, zavarovalništva in nepremičnin, sektorjem mešanih poslov ter sektorjem komunikacij in elektronike (10).

## **VPLIV FARMACEVTSKE INDUSTRIJE NA KLINIČNE RAZISKAVE IN ANALIZE SROŠKOVNE UČINKOVITOST**

Čeprav biomedicinske raziskave potekajo tako na univerzitetnih centrih, kot tudi v državnih laboratorijih in v laboratorijih farmacevtske industrije, je samo industrija tista, ki raziskave pretvori neposredno v izdelke. Sodelovanje med univerzitetnimi in državnimi raziskovalnimi ustanovami ter industrijo je zato lahko izjemno pozitivno. Problem lahko nastane, če so rezultati raziskav za farmacevtsko industrijo neugodni, ta pa si je ob podpisu pogodbe z raziskovalcem ali raziskovalno ustanovo izgovorila pravico do nadzora nad objavo rezultatov.

82

V zvezi z odnosi med akademskimi ustanovami in industrijo se izpostavljajo tri kritična področja: prvič povezave z industrijo vzpodbujajo neustrezno izvedbo raziskav, drugič komercialni interesi vodijo v prikrito pristranost pri interpretaciji rezultatov, kar je v nasprotju z eno izmed temeljnih vrednot raziskovalcev, omejuje njihovo akademsko svobodo in zmanjšuje kakovost raziskav, in tretjič, ekonomske povezave vplivajo na akademsko celovitost, javno zaupanje in lahko vodijo v razpad raziskovalnih sistemov. Države zato regulirajo in svarijo pred finančnim konfliktom interesov pri povezavah med industrijo in akademskimi ustanovami, vendar pa tovrstnih povezav na splošno ni mogoče označiti za negativne (11).

Za izvajanje kliničnih študij vstopajo v finančne povezave z industrijo tako posamezni raziskovalci kot tudi akademske medicinske ustanove, pri čemer je lahko vprašljiva zakonitost tovrstnih odnosov (10). Raziskave kažejo, da so tudi s strani industrije sponzorirane analize stroškovne učinkovitosti bolj naklonjene pozitivnemu poročanju (11).

Vpliv farmacevtske industrije je zaznati tudi preko strokovne literature. V ta namen industrija najema priznane strokovnjake za objavo bolj ali manj pristranskih člankov o zdravilih v uglednih medicinskih revijah in jim za to plačuje visoke honorarje. V mnogih revijah se zato pojavljajo zahteve, da pisec članka poda svojo izjavo o nepristranosti oz. o tem, ali ima kakršnekoli finančne povezave s proizvajalcem zdravila, o katerem piše (12).

Svojevrsten vpliv farmacevtske industrije na klinične študije in objavljanje njihovih rezultatov ter njihov vpliv na predpisovanje zdravil se kaže tudi preko preišljenega načrtovanja kliničnih študij, vključno s poimenovanjem študij. Tako je za poimenovanje kliničnih študij čedalje bolj popularna uporaba akronimov. Raziskave kažejo, da z akronimi poimenovane študije dosegajo boljše vrednosti po Jadad-ovi metodološki lestvici, vključujejo v povprečju do petkrat več bolnikov, imajo za polovico krajša obdobja sledenja, čeprav ne kažejo bolj pozitivnih rezultatov (13).

## **ETIČNI VIDIK VPLIVA FARMACEVTSKE INDUSTRIJE NA MEDIKALIZACIJO**

Velika gmotna vlaganja v razvoj zdravila zahtevajo tudi povračilo stroškov, kar si proizvajalci izvirnih novih zdravil zagotavljajo na osnovi patentne zaščite; ta je omejena časovno in na državo, ki je to omejitev sprejela (14). Farmacevtska industrija naj bi bila zakonsko regulirana tako znotraj same države, kot tudi znotraj same industrije s sistemom kakovosti in notranjega nadzora (15,16).

Največ očitkov glede etičnosti praviloma leti na račun promocije zdravil. Promocija v strokovni in laični javnosti je nedvomno učinkovito in pomembno orodje za prodajo zdravil. Pravila za promocijo zdravil so tako v razvitem svetu kot pri nas natančno predpisana (17). V nekaterih državah, tudi v Sloveniji, so bili ustanovljeni forumi farmacevtskih družb – npr. Mednarodni forum znanstvenoraziskovalnih farmacevtskih družb. Slednja je sprejela etični kodeks, ki predpisuje določene načine promocije zdravil. Znotraj foruma, med članicami potekajo prijave in posledični pritožni postopki zaradi kršenja etičnega kodeksa.

83

V zadnjih dveh desetletjih je farmacevtska industrija pridobila neverjeten nadzor ne le nad promocijo, temveč tudi nad vrednotenjem svojih zdravil. Farmacevtske družbe zdaj financirajo večino kliničnih raziskav za svoja zdravila. Vse več očitkov je slišati in brati tudi o tem, da so rezultati takih raziskav prirejeni (18). O prirejanju rezultatov kliničnih raziskav povsem neposredno, s podatki in imeni, govorita tudi dva nedavno objavljena članka: eden o spornem avtorstvu raziskav o rofekoksibu, drugi o prirejenih podatkih o smrtnosti zaradi tega zdravila (19,20). Seveda primer pristranskega izvajanja raziskav ni omejen le na rofecoksib (21).

Pogosti očitki farmacevtski industriji so tudi na račun sodelovanja z zdravniki.

### **Odnos med zdravniki in farmacevtsko industrijo**

Zdravniki so pri svojem delu zavezani ne le racionalni farmakoterapiji, temveč se morajo držati strokovnih smernic, pravil zdravstvenih zavarovalnic in nenazadnje tudi osnovnih pravil medicinske etike.

Farmacevtske družbe pridejo pogosto v navzkrižje s principi racionalne farmakoterapije v konkurenčnem boju z drugimi farmacevtskimi družbami. Prodaja izdelkov farmacevtske industrije je neposredna samo pri tistih, za katere ni potreben zdravnikov recept. Pri zdravilih, ki se lahko izdajajo samo na recept (»etična zdravila«) je zdravnik posrednik, ki zdravilo predpiše. To je njegova ključna vloga pri porabi določenega zdravila.

Promocija zdravil na recept je omejena na strokovna srečanja zdravnikov in na tiskana ter druga gradiva, namenjena zdravstvenim delavcem. Zagotovo je najprej potrebno znanje, preden se novo zdravilo lahko racionalno uporabi. Pogosto je farmacevtska industrija tudi podpornik strokovnih srečanj. Manj razvita kot je družba, manj je drugih oblik podiplomskega izobraževanja zdravnikov in pogosto ostajajo farmacevtske družbe edine, ki skrbijo za materialno podporo tega področja. V takih razmerah je še posebej potreben nadzor nad promocijo in upoštevanje etičnih načel (22,23). Ker je tako sodelovanje tudi pogost predmet kritične presoje strokovne in laične javnosti, je pri nas urejeno s Pravilnikom o financiranju stalnega izobraževanja in usposabljanja zdravnikov in zobozdravnikov, ki ga je leta 2008 izdala ZZS.

Farmakoterapija je postala stroka, ki naj bi temeljila na izsledkih znanstvenih raziskav. Klinične raziskave so eno od najpomembnejših področij sodelovanja med zdravniki in farmacevtsko industrijo. Sodelovanje med farmacevtsko industrijo in zdravniki, pretežno iz univerzitetnih ustanov, prinaša koristi obema stranema. Farmacevtska industrija dobiva podatke o učinkovitosti in varnosti novih učinkovin, univerzitetne ustanove pa nove tehnologije in materialne vire. Hkrati pa sodelovanje ni brez nevarnosti; farmacevtsko industrijo skrbi tajnost podatkov pred morebitno registracijo zdravila, zdravniki pa se lahko čutijo omejene v svoji avtonomnosti (24,25).

Zdravnik se srečuje s farmacevtsko industrijo tudi v strokovni literaturi. Obsežne raziskave materialno pogosto omogoči ali podpre farmacevtska družba (5). Neutrlnost, neodvisnost in profesionalnost rezultatov objavljenega besedila zagotavljajo avtorji, uredniki in recenzenti objavljenih besedil. Izjava o morebitni materialni podpori (t.i. konflikt interesov) pa je zahtevana pri vseh objavah v uglednejših strokovnih revijah, pa tudi pri predstavitvah na večjih in uglednejših strokovnih srečanjih.

84

Oglasi farmacevtske industrije v strokovnih revijah morajo biti pripravljene skladno z državnimi predpisi in dokazanimi lastnostmi zdravila. Strokovne in znanstvene revije objavljajo le oglase za zdravila in druge pripomočke, ki jih uporablja zdravnik (26,27). Zdravniki, zaposleni v farmacevtskih družbah, imajo pri medikalizaciji pomembno vlogo. V angleško govorečih deželah obstaja specialnost farmacevtska medicina in je ena najhitreje rastočih specializacij. Poleg medicinske izobrazbe je potrebno še znanje s področja zakonodaje o zdravstvu in zdravilih, o registracijskih postopkih zdravil, o predkliničnem in kliničnem preskušanju zdravil, o farmakoepidemiologiji, farmakoekonomiki, ekonomiki, statistiki, medicinski informatiki in publicistiki. Povezujejo se v Mednarodno federacijo združenj farmacevtskih zdravnikov (IFAPP) (28).

### **Vpliv farmacevtske industrije na medikalizacijo v medijih**

Poleg zdravnikov so prav množični mediji tisti, ki dandanes ljudem predstavljajo glavni vir informacij o zdravstvenih težavah.

V ZDA je dovoljeno tudi oglaševanje zdravil na recept neposredno bolnikom. Negativne posledice take prakse so več kot očitne, zato je tovrstno oglaševanje deležno številnih kritik (29). Kljub tem spoznanjem pa je tudi v Evropi farmacevtski industriji uspelo vzpodbuditi aktivnosti za spremembo zakonodaje z namenom »izboljšanja informiranosti« bolnikov.



Navajanje vseh, za javnost relevantnih, podatkov je v novinarskem sporočanju najpomembnejše. Da novinarji tega ne upoštevajo vedno, so pokazali rezultati nedavno objavljene raziskave (30). Ameriški novinarji pogosto zamolčijo, da je določeno raziskavo sponzorirala farmacevtska družba, namesto generičnih imen uporabljajo registrirana – tovarniška itd. Prispevke o zdravilih in zdravljenju v sredstvih javnega obveščanja so v ZDA ocenili kot pogosto nepopolne informacije glede koristi, tveganja in stroškov (31). V Nemčiji imajo bolniki za najpomembnejše podatke o zdravilih tiste, ki jih dobijo od zdravnika in zobozdravnika, nato od družinskih članov, prijateljev in znancev, na tretjem mestu od lekarnarja, na četrtem s televizije, šele nato iz časopisja, knjig, radija, oglasov, in na zadnjem mestu z medmrežja (32). Raziskave, kot so jo opravili ameriški raziskovalci, pri nas še nimamo. Vendar nam raziskave, ki na drugih področjih razkrivajo pristransko držo novinarjev, vzbujajo skrb, da je tudi pri nas stanje podobno.

Gotovo drži, da se je do podatkov (npr. o financiranju določene raziskave) včasih težko »dokopati«. Nerazumevanje finančnih odvisnosti lahko temelji tudi na slabi informiranosti ali celo nepopolni izobrazbi novinarjev, saj novinarska (ali kaka druga) diploma pri nas ni pogoj za opravljanje tega poklica. Avtorica v zadnji številki slovenske izdaje revije JAMA polemizira: »Izkušnje kažejo, da se kot novinar zdaj predstavlja marsikdo, od človeka s srednješolsko izobrazbo do udeleženca resničnostnega šova ali zmagovalke lepotnega tekmovanja.« (34). Avtonomija je nedvomno velik problem novinarstva. Le-to je podrejeno politični in/ali ekonomski sferi, kljub formalno zagotovljeni svobodi izražanja in navidezni neodvisnosti od virov moči in oblasti.

Novinarski izdelki nastajajo v medijskih organizacijah, te pa imajo svoje lastnike. Njihove zahteve po dobičku razveljavljajo profesionalne standarde novinarjev in njihovih urednikov (33). Posledica so situacije, v katerih mediji oblikujejo zastrašujoče »zgodbe« o nekaterih boleznih ali stanjih, objavljajo mnenja »neodvisnih strokovnjakov«, predstavljajo ganljive podobe »žrtev« in z velikim navdušenjem poročajo o »čudežnih zdravilih« – novih proizvodih.

85

Avtorji navajajo zdravstvena stanja, ki naj bi bili tipični primeri medijsko podprte medikalizacije; gre za blage – celo običajne zdravstvene težave, ki so predstavljene kot hude bolezni in naj bi terjale takojšnje zdravljenje z zdravili (31):

- plešavost (primer procesa staranja),
- sindrom čezmerno vzdražljivega črevesa (blage zdravstvene težave),
- socialna fobija (predstavitev osebnih problemov kot medicinskih),
- osteoporoza (primer dejavnika tveganja, ki je predstavljen kot bolezen),
- erektilna disfunkcija (epidemiološke predvidevanja so okvir za predstavitev resnosti problema).

V zadnjem času so se pojavila tudi nenavadna ugibanja o novi gripi; šlo naj bi za »pobegli«, če ne celo »namenoma izpuščeni« virus, ki bi podpiral interese farmacevtskih firm, ki proizvajajo protivirusna zdravila in cepiva proti gripi. V ozadju omenjajo celo politične interese.

Pomanjkanje pravil, kako pisati o določenih področjih, je prav gotovo vzrok za neavtorizirano pisanje o zdravilih, saj praksa oblikovanja internih etičnih kodeksov ali kakršnihkoli dogovorjenih etičnih smernic za poročanje o posameznih področjih ni razvita. Vendar odsotnost izrecnih vodil ne sme biti opravičilo za nestrokovno delo. Način ravnanja novinarju posredno narekuje že Kodeks novinarjev Slovenije, temeljni samoregulacijski dokument slovenskih novinarjev, ki sta ga sprejela Društvo novinarjev Slovenije in Sindikat novinarjev Slovenije. Kot določa kodeks, so novinarji dolžni predstavljati celovito sliko dogodkov, ne smejo zamolčati pomembnih informacij, svoje delo morajo opraviti natančno in vestno, izogibati se morajo okoliščinam, ki privedejo do konflikta interesov (33). Vendar je razumeti, da kodeks zavezuje le člane omenjenih organizacij in nikakor ne vseh, ki se ukvarjajo z novinarstvom. Licence za novinarje in novinarske zbornice v demokratičnem svetu ne obstajajo, nestrokovno in malomarno delo ima v skrajnem primeru za posledico le izključitev iz stanovskih organizacij, obravnavo kršitelja v medijih, itd. Seveda je treba poudariti, da v dobi informatike odlična dostopnost do virov podatkov omogoča tudi porabnikom – laikom, torej širši javnosti, večjo aktivnost in bolj objektivne podatke na tem področju. Glede na veliko pomembnost poročanja je prav, da si novinarji in strokovnjaki skupaj prizadevamo dvigniti kakovost in objektivnost poročanja v medijih.

## ZAKLJUČEK

Medikalizacijo lahko presežemo z uporabo neodvisnih virov informacij o zdravstvenih težavah oz. boleznih. Zdravniki naj bi pri svojem delu upoštevali pravila racionalne farmakoterapije in neodvisne strokovne smernice. Sodelovanje zdravnikov s farmacevtsko industrijo naj bi bilo skladno z zakoni, pravilniki in etičnimi kodeksi. Bolniki imajo v okviru informiranega pristanka k zdravljenju pravico do povsem neodvisnih informacij o kontroverznosti zdravila ali zdravstvenega stanja, ki zahteva zdravljenje. Mediji imajo precejšen vpliv na javnost, zato je nujno skupno prizadevanje zdravstvenih strokovnjakov in novinarjev.

## MISEL K SKLEPU

Poenostavljeno rečeno sta poslanstvo in naloga zdravnika ozdraviti bolnika, poslanstvo in naloga farmacevtske industrije pa s prodajo zdravil ustvariti čim večji dobiček. Sodelovanje s farmacevtsko industrijo je lahko zelo koristno, saj zdravniku daje nove možnosti za zdravljenje, farmacevtska industrija pa je tudi neprecenljivi vir informacij o zdravilih, katera izdeluje. Tako je tudi za Slovenijo raziskava pokazala, da je za zdravnike farmacevtska industrija najpogostejši vir informacij o zdravilih (34).

Industrija se pri doseganju svojega cilja povečevanja dobička poslužuje različnih pristopov:

- odkrivanje novih zdravil in novih molekul za znane bolezni,
- spreminjanje že znanih molekul s ciljem izboljšanja terapevtskih značilnosti in/ali širitve na nova terapevtska področja,
- raziskovanje bolezni in odkrivanje novih bolezni ter razvijanje zdravil zanje,
- vpliv na povečanje porabe z vplivom na:
  - zdravnike, ki zdravila predpisujejo,
  - obstoječe in potencialne bolnike neposredno (oglaševanje v medijih, neposredno oglaševanje bolniku glede na ureditev v posameznih državah) ali posredno s posredovanjem (izbranega) znanja o zdravilih novinarjem, ki potem pišejo »neodvisne« članke o boleznih in zdravilih,
  - druge zdravstvene delavce, predvsem lekarniške farmacevte, ki prav tako lahko vplivajo na povečanje prodaje,
- vpliv na zakonodajo,
- vpliv na regulatorne organe,
- vpliv na zavarovalnice.

Vsi ti pristopi so lahko korektni in skladni z zakonodajo, zdravniku pa ponujajo boljše možnosti zdravljenja. Vsak od navedenih pristopov pa lahko v določenem trenutku prestopi meje, ki jih določa zakonodajni okvir ali pa zgolj nevidne meje etičnosti. Zgodba o talidomidu nas prepriča, da je stroga regulacija s strani države na področju zdravil nujno potrebna, saj razen te ni nobenih zagotovil, da farmacevtska industrija v prizadevanju za doseg svojega cilja po čim večjem dobičku ne bo zlorabila svoje moči in vpliva. Zgodba o rofekoksibu nam pokaže, da kljub čedalje bolj strogim predpisom, ki jih na področju zdravil postavljajo državni organi, farmacevtska industrija še vedno lahko najde neetične in za bolnike tvegane poti za doseganje svojih ciljev.

87

Zdravnik kot nosilec svobodnega reguliranega poklica s svojo etično zavezanostjo se tako znajde v vlogi ključnega zaščitnika svojega bolnika. Podobno vlogo imajo tudi drugi svobodni regulirani poklici tako v zdravstvu – npr. lekarniški farmacevti, kot tudi izven – npr. novinarji. Vpliv farmacevtske industrije na medikalizacijo družbe bo tako tem manjši, čim boljše bomo svojo nalogo nepristranskega zagovornika bolnika opravili nosilci svobodnih reguliranih poklicev.

### **ZGODBA O ROFEKOKSIBU (35) – ZA KONEC**

21. maja 1999 je farmacevtska družba Merck s strani FDA prejel dovoljenje za promet z zdravilom Vioxx (rofekoksib). 30. septembra 2004, po tem, ko je že več kot 80 milijonov bolnikov uporabljalo to zdravilo in je promet z njim presegel 2,5 milijarde ameriških dolarjev, je družba zdravilo umaknila s tržišča zaradi povečanega tveganja za srčni infarkt in možgansko kap. To je največji odpoklic zdravila na recept v zgodovini, ki bi se mu bilo ob upoštevanju številnih opozorilnih znakov mogoče izogniti.

Podatki, na podlagi katerih je zdravilo leta 1999 s strani FDA pridobilo dovoljenje za promet, vse do 23. novembra 2000, kar je poldrugo leto po pridobitvi dovoljenja za promet, niso bili objavljeni. Kardiovaskularni podatki, ki jih je takrat objavljeni članek vendarle navajal, pa so bili nepopolni, delno tudi zaradi nepopolnega testiranja; načrt in izvedba študije namreč nista predvidela možnosti pojava neželenih kardiovaskularnih učinkov.

Šele 8. februarja 2001 se je sestal Svetovalni odbor za artritis pri FDA, da bi razpravljajal o problematiki potencialnih kardiovaskularnih tveganj, povezanih z rofekoksibom. Ni jasno, zakaj je FDA s sklicem tega sestanka čakala dve leti po pregledu dokumentacije in odobritvi rofekoksiba. Na podlagi analize vseh dostopnih podatkov o rofekoksibu in celekoksibu se je popolnoma jasno izkazalo, da bi bilo nujno potrebno izvesti raziskavo, ki bi podala oceno kardiovaskularnega tveganja v primerjavi s pozitivnimi učinki teh snovi. Taka raziskava bi morala zajeti bolnike z dokazano boleznijo koronarnih žil, ki imajo pogosto tudi artritis, in pri katerih je tveganje za kardiovaskularne dogodke največje. Glede na veliko pogostost sočasnega pojavljanja koronarne bolezni in artritisa bi skupina takih bolnikov, ki bi bili vključeni v raziskavo, tudi najbolje predstavljala populacijo, pri kateri se rofekoksib najpogosteje predpisuje. V luči spoznanja, da je arterijsko vnetje osnova za srčni infarkt in možgansko kap, ter da koksibi znižujejo nastajanje biomarkerjev vnetja, kot so C-reaktivni protein in izboljšajo endotelno funkcijo, bi bila taka raziskava zanimiva tudi z vidika potencialnih prednosti koksibov. Taka raziskava bi prospektivno določala incidenco kardiovaskularnih dogodkov v povezavi z zdravljenjem s koksibi, kar v dosedanjih študijah s temi učinkovinami ni bilo predvideno. Žal pa taka študija nikoli ni bila izvedena. FDA, ki bi tako študijo lahko naročila oz. zahtevala, te iniciative ni prevzela. Tudi farmacevtska družba Merck je, namesto da bi pristopila k izvedbi take študije, v letu 2001 sprožila brezobzirno serijo objav svojih zaposlenih in njihovih konzultantih v ugledni medicinski literaturi v smislu potrditve kardiovaskularne varnosti Vioxxa. Družba je sponzorirala številne simpozije, namenjene stalnemu strokovnemu izobraževanju zdravnikov, da bi pomirila strokovno javnost in odpravila zaskrbljenost zaradi kardiovaskularnih stranskih učinkov. V vseh sporočilih je bilo poudarjeno, da rofekoksib nima kardiovaskularnih stranskih učinkov, medtem ko naj bi imel naproksen kardioprotektivno delovanje in zato vplival na navidezno večjo pojavnost kardiovaskularnih stranskih učinkov pri bolnikih z rofekoksibom. Zgolj slučajno je nato študija, ki je zajela 2600 bolnikov s polipi kolona odkrila, da je 3,5 % bolnikov, ki so prejeli rofekoksib, doživelo infarkt ali kap, za razliko od 1,9 % pri tistih, ki so dobili placebo ( $P < 0.001$ ). Bolniki, ki so prejeli rofekoksib, so zato v skladu z načrtom študije, ki je zahtevala izključitev vseh bolnikov, ki so kdajkoli imeli kakšno kardiovaskularno bolezen, morali predčasno prekiniti študijo in prenehati z jemanjem rofekoksiba.

V pet in pol let trajajoči zgodbi o rofekoksibu so številne epidemiološke študije potrdile in še povečale skrb zaradi tveganja za srčni infarkt in resne kardiovaskularne dogodke, povezane z rofekoksibom. Te raziskave so bile izvedene na velikih populacijah, ki so zajemale tudi do 1,4 milijona bolnikov in so z namenom določanja tveganja za nastanek stranskih učinkov spremljale uporabo različnih nesteroidnih protivnetnih učinkovin in tudi koksibov. Vsakokrat, ko je bila kakšna takšna raziskava predstavljena, se je farmacevtska družba Merck odzvala s svojo oceno, da je bila raziskava pomanjkljiva in da bi edinole randomizirana kontrolirana raziskava lahko dokazala eventualno povečano tveganje.

Medtem je farmacevtska družba Merck porabila več kot 100 milijonov ameriških dolarjev za oglaševanje zdravila Vioxx neposredno uporabnikom, kar je prav tako aktivnost, ki jo regulira FDA. V zadnjih nekaj letih je bilo samo v Združenih državah Amerike napisanih več kot 10 milijonov receptov za rofekoksib mesečno. Vsekakor bi FDA lahko ustavila farmacevtsko družbo Merck vsaj pri tej zadnji aktivnosti – oglaševanju neposredno uporabnikom, saj je obstajal realen sum za kardiovaskularno toksičnost, ki se je v več, od farmacevtske družbe Merck, neodvisnih študijah, izkazal kot utemeljen. Šele 11. aprila 2002 je FDA od farmacevtske družbe Merck zahtevala, da v navodilo za uporabo zdravila vključi določeno opozorilo o kardiovaskularnih tveganjih. Poleg tega je sponzorirala veliko epidemiološko raziskavo, ki je zajela kohorto bolnikov zavarovalnice Kaiser Permanente in ki je nedvomno pokazala povečano tveganje za resne kardiovaskularne dogodke pri bolnikih, ki se zdravijo z rofekoksibom.

Če upoštevamo na desetine milijonov bolnikov, ki so jemali rofekoksib, potem je jasno, da gre v zvezi s kardiovaskularnimi stranskimi učinki rofekoksiba za strahoten problem javnega zdravja; resni kardiovaskularni dogodki zaradi jemanja rofekoksiba so se lahko pojavili pri desetinah tisočev bolnikov.

Tako izvršilno vodstvo farmacevtske družbe Merck kot tudi vodstvo FDA nosita deljeno odgovornost za te dogodke, saj nista ustrezno reagirala. Žalostno je dejstvo, da je komercialni interes farmacevtske družbe Merck prevladal nad skrbjo za javno zdravje. Prav tako ni sprejemljiva pasivna drža FDA, ki je čakala na podatke, namesto da bi zahtevala ustrezne študije. To je še posebej nesprejemljivo zaradi dejstva, da za zdravljenje artritisa obstajajo alternativna zdravila, ki nimajo tako nevarnih stranskih učinkov. Zato je nujno potrebno vse okoliščine v zvezi s tem primerom skrbno raziskati in proučiti, da bi se preprečila eventualna bodoča škoda in drugi podobni primeri.

## LITERATURA

1. Tansey EM. Dark Remedy. The impact of Thalidomide and its revival as a vital medicine. Book Reviews. NEMJ, 2001; 345: 226-7.
2. Monihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886-91.
3. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson Ra, Elley JW, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. JAMA 2000; 283: 354-60.
4. Wolf AM, Nasser JF, Schorling JB. The impact of informed consent on patient interest in prostate-specific antigenscreening. Arch Intern Med 2996; 156: 1333-6.
5. Drinovec J. Racionalna farmakoterapija in farmacevtska industrija. Zdrav Vestn 2000; 69 (Suppl 1): I-33-6.
6. Breitman JA. The pharmaceutical industry: development and marketing of prescription drugs. In: Maronde RF, ed. Topics in clinical pharmacology and therapeutics. New York Springer; 1986. p. 500-9.
7. Crawford R. Healthism and the medicalisation of everyday life. Int J Health Services 1980; 10: 385-8.
8. Pilgrim D, Bentall R. The medicalisation of misery. A critical realist analysis of the concept of depression. J Mental Health 1999; 8: 261-74.
9. Wester K, et al. Br J Clin Pharmacol 2008; 65: 573-9.
10. Mello MM, Phil M, Joffe S. Compact versus Contract – Industry Sponsors' Obligations to Their Research Subjects. NEMJ 2007; 26: 2737-43.
11. Neumann PJ, Rosen AB, Weinstein MC. Medicare and Cost-effectiveness Analysis. NEMJ 2005; 353: 1516-22.
12. Angell M. Is Academic Medicine for Sale? NEMJ 2000; 342: 1516-18.
13. Steinbrook R. Campaign Contributions, Lobbying, and the U.S. Health Sector – An Update, NEMJ 2008; 359 (13): 1313-15.
14. Taggart J. The world pharmaceutical industry. London Routledge, 1993: 1-443.
15. Spilker B. drug development and approval process. In: Speight TM, Holford HG eds. Avery's drug treatment. 4th edition. Auckland Adis; 1997. p. 423-49.

16. Piton A. Quality assurance. The present and future role of international standardisation. In: Dent NJ ed. Implementing international good practices. Buffalo Grove: Interpharm Press; 1993. p. 251-65.
17. Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih. Ur. list RS 2006.
18. Angell M. Industry-sponsored clinical research. A broken system. JAMA 2008; 300: 1069-71.
19. Ross JS, Hill KP, Egliman DS, Krumholz HM. Guest authorship and ghostwriting in publications related to rofecoxib: a case study of industry documents from rofecoxib litigation. JAMA 2008; 299: 1800-12.
20. Psaty BM, Kronmal RA. Reporting mortality findings in trials of rofecoxib for Alzheimer disease or cognitive impairment: a case study based on documents from rofecoxib litigation. JAMA 2008; 299: 1813-7.
21. De Angelis CD, Fontanarosa PB. Impugning the integrity of medical science: the adverse effect of industry influence. JAMA 2008; 299: 1833-5.
22. McKinney WP, Schiedermayer DL, Laurie N, Simpson DE, Goodman JI, Rich EC. Attitude of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. JAMA 1990; 264: 1693-7.
23. Chren MM, Landefeld S. Physicians' behaviour in their interactions with drug companies. JAMA 1994; 271: 684-9.
24. Weatherall D. Academia and industry: increasingly uneasy bedfellows. Lancet 2000; 355: 1574-4.
25. Richmond MH. The future for partnership between universities and industry. Am J Med 1995; 99: Suppl 6A: 81-3.
26. Herxheimer A, Stalsby-Lundborg C, Westerholm B. Advertisements for medicines in leading medical journals in 18 countries. A 12 month survey of information content and standards. Intern J Health Services 1993; 23: 161-72.
27. Lexchin J. Interactions between physicians and pharmaceutical industry: What does literature say? Can Med Assoc J 1993; 149: 14001-7.
28. Griffin JP, O'Grady JO, D'Arcy PF eds. The textbook of pharmaceutical medicine. 3rd edition. Belfast the Queen's University; 1998. p. 1-604.
29. Wolfe SM. Direct to consumer advertising – education or emotion promotion? NEMJ 2002; 346: 524-526.
30. Hochman M, Hochman S, McCornick D. New media coverage of medical research and use of generic medication names. JAMA 2008; 300: 1544-50.
31. Moynihan R, Bero L, Ross-Degnan D, Henry D, et al. Coverage by the mass media of the benefits and risks of medication. N Eng J Med 2000; 342: 1645-50.
32. Fink-Anthe C. Der Patient als Experte. Pharm Ind 2000; 62: 84-6.
33. Poler-Kovačič M. Novinarsko poročanje o zdravilih v luči novinarske etike. JAMA-SI 2009; 17: 141-3.
34. Kos M. Obseg in značilnosti predpisovanja zdravil za nenamensko uporabo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo, Doktorska disertacija, Ljubljana; 2005.
35. Topol E J: Failing the Public Health — Rofecoxib, Merck, and the FDA, NEMJ 2004; 351: 1707-17.



