

**PREDPISOVANJE ZDRAVIL
V
DRUŽINSKI MEDICINI**

*15. UČNE DELAVNICE
ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE - SPLOŠNE MEDICINE*

*Urednika:
doc. dr. Igor Švab,
asist. mag. Janko Kersnik*

*Združenje zdravnikov družinske - splošne medicine
(Sekcija za splošno medicino) SZD
Zbirka **PiP** - PRAVOČASNO IN PRAVILNO
Ljubljana, 1998*

Zbirka PiP

PREDPISOVANJE ZDRAVIL V DRUŽINSKI MEDICINI

15. učne delavnice za zdravnike družinske - splošne medicine

Urednika: Igor Švab in Janko Kersnik

Jezikovni pregled: Zdenka Kersnik

Založila: Sekcija za splošno medicino, Slovensko zdravniško društvo

Tisk: Tiskarna in knjigoveznica Radovljica

Naklada: 200 izvodov

Copyright © Združenje zdravnikov družinske - splošne medicine (Sekcija za splošno medicino) SZD 1998

Vse pravice pridržane.

Po sklepu Ministrstva za kulturo Republike Slovenije z dne, 21. 8. 1998 št. 415 - 802/98 sodi ta publikacija med proizvode, za katere se plačuje 5-odstotni davek od prometa proizvodov.

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

615.11(082)

UČNE delavnice za zdravnike družinske - splošne medicine (15; 1998; Ljubljana)

Predpisovanje zdravil v družinski medicini: 15. učne delavnice za zdravnike družinske - splošne medicine, 1998; urednika Igor Švab in Janko Kersnik. - Ljubljana : Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino, 1998. - (Zbirka PiP: PRAVOČASNO IN PRAVILNO)

ISBN 961-90224-5-9

1. Gl. stv. nasl. 2. Švab, Igor 3. Kersnik, Janko, zdravnik
77611520

ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV

asist. Mateja Bulc, dr. med.,
Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

prim. mag. Anton Gradišek, dr. med.,
DAGRA, Vodovodna 67, 1000 Ljubljana

asist. mag. Janko Kersnik, dr. med.,
Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

asist. Marko Kolšek, dr. med.,
Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Andrej Kunstelj, abs. med.,
Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Vincenc Logar, dr. med.,
Zdravstveni dom Ljubljana, OE Vič Rudnik, Dom starejših občanov Kolezija, Kopališka 10, 1000 Ljubljana

Irena Rupnik Ravnihar, dr. med.,
Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

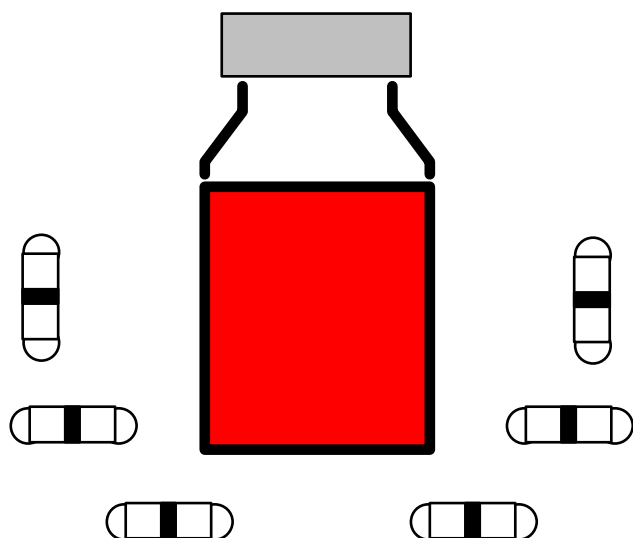
doc. dr. Igor Švab, dr. med.,
Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

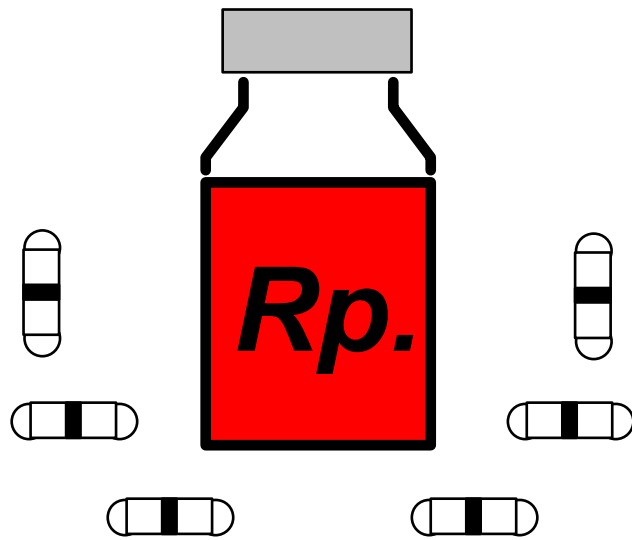
Vlasta Vodopivec Jamšek, dr. med.,
Zdravstveni dom Nova Gorica, Rejčeva 8, 5000 Nova Gorica

Marjeta Zupančič, dr. med.,
Zdravstveni dom Jesenice, Titova 78, 4270 Jesenice

KAZALO

PREGOVOR.....	iii
POSEBNOSTI PREDPISOVANJA ZDRAVIL V DRUŽINSKI MEDICINI <i>(Igor Švab)</i>	1
NAČELA PREDPISOVANJA ZDRAVIL V DRUŽINSKI MEDICINI <i>(Mateja Bulc)</i>	11
POLITIKA RAZVRŠČANJA ZDRAVIL NA LISTE <i>(Anton Gradišek)</i>	21
KAKOVOST PREDPISOVANJA ZDRAVIL <i>(Janko Kersnik)</i>	27
SOČASNO PREDPISOVANJE ZDRAVIL V AMBULANTAH OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA <i>(Irena Rupnik Ravnihar)</i>	41
PREDPISOVANJE ZDRAVIL V SEKUNDARNI PREVENTIVI PO AKUTNEM SRČNEM INFARKTU <i>(Vlasta Vodopivec Jamšek)</i>	55
PREDPISOVANJE PSIHOFAKOV V AMBULANTI SPLOŠNE MEDICINE <i>(Marjeta Zupančič)</i>	67
SAMOOCENJEVANJE PREDPISOVANJA ANTIBIOTIKOV <i>(Janko Kersnik)</i>	75
ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILNIMI RASTLINAMI <i>(Marko Kolšek, Vincenc Logar)</i>	79
ŠTUDENTOVA PRIČAKOVANJA NA VAJAH IZ DRUŽINSKE MEDICINE <i>(Andrej Kunstelj)</i>	91





PREDGOVOR

Predpisovanje zdravil zavzema pomembno mesto v vseh sistemih zdravstvenega varstva predvsem zaradi velikega odstotka sredstev, namenjenih zdravstvu, ki se potrošijo za zdravila. V Sloveniji se ta skrb odraža v sistematičnem zbiranju podatkov o zdravilih izdanih na recept (AOP) in v razvrščanju zdravil na liste. Slednje sodi med ukrepe zmanjševanje deleža sredstev zdravstvenega varstva za zdravila. Ker se večina receptov napiše v družinski - splošni medicini, smo se v Združenju zdravnikov družinske - splošne medicine (Sekciji za splošno medicino) SZD in na Katedri za družinsko medicino tega vprašanja lotili že pred leti z organizacijo kongresa Predpisovanje zdravil. Letošnje učne delavnice Predpisovanje zdravil v družinski medicini nadaljujejo našo usmeritev in so namenjene predvsem temu, kako poučevati predpisovanje zdravil študente pri predmetu Družinska medicina, specializante iz družinske medicine in ostale zdravnike v okviru stalnega strokovnega izobraževanja ter izboljševanju kakovosti lastnega dela.

Pričujoči zbornik prinaša gradiva za razpravo in delo v skupinah, hkrati pa bo koristil študentom, kot tudi zdravnikom za dodatno branje. Prispevek Igorja Švaba POSEBNOSTI PREDPISOVANJA ZDRAVIL V DRUŽINSKI MEDICINI nas uvaja v predpisovanje zdravil, predstavi modele predpisovanja, vpliv doktrine, medosebnih odnosov in ekonomike na predpisovanje ter nas seznani z oblikami poučevanja o predpisovanju zdravil. Mateja Bulc nas uvede v načela PREDPISOVANJA ZDRAVIL V DRUŽINSKI MEDICINI s poudarkom na sestavi osebnega seznama zdravil in oblikovanju osebnega sloga zdravljenja, s katerima si pomagamo pri zdravljenju naših bolnikov. Tone Gradišek nas v prispevku POLITIKA RAZVRŠČANJA ZDRAVIL NA LISTE seznani s problematiko naraščajoče porabe zdravil in ukrepi zdravstvene politike na tem področju. Seznani nas s pomenom razvrščanja zdravil na liste in strokovnimi usmeritvami racionalne porabe zdravil. Janko Kersnik se v svojem prispevku KAKOVOST PREDPISOVANJA ZDRAVIL dotika težav, povezanih s predpisovanjem, ki se kažejo v pretirani, premajhni ali neustrezni porabi zdravil. Na kratko so opisane oblike nadzora in izboljševanja kakovosti nad predpisovanjem zdravil. Posebna pozornost je namenjena individualnemu svetovanju, ki se je doslej izkazalo kot najučinkovitejše sredstvo za spodbujanje spremembe sloga dela. Predstavljeni so podatki o predpisovanju nekaterih skupin zdravil pri bolnikih, kot jih lahko črpamo iz zdravstvenih kartonov. Tako zbrani podatki nam lahko služijo za notranji nadzor in kot izhodiščni podatki pri prizadevanjih za spremembo lastnega dela. O vlogi farmacevta pri izdaji zdravil in pojavu sočasnega predpisovanja več zdravil piše prispevek Irene Rupnik Ravnihar SOČASNO PREDPISOVANJE ZDRAVIL V AMBULANTAH OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA. Prispevek Vlaste Vodopivec Jamšek PREDPISOVANJE ZDRAVIL V SEKUNDARNI PREVENTIVI PO AKUTNEM SRČNEM INFARKTU prinaša priporočila za predpisovanje zdravil bolnikom, ki so preboleli srčno-mišični infarkt. Marjeta Zupančič se v svojem prispevku dotika PREDPISOVANJA PSIHOFAKTOV V AMBULANTI SPLOŠNE MEDICINE. Janko Kersnik v prispevku SAMOOCENJEVANJE PREDPISOVANJA ANTIBIOTIKOV opisuje izpeljavo eno izmed oblik ocenjevanja lastnega dela, ki omogoča načrtovanje in izpeljavo sprememb sloga dela. Marko Kolšek in Vincenc Logar v prispevku ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILNIMI RASTLINAMI opisujeta vlogo zdravilnih zelišč kot pomožnih zdravilnih sredstev ter načenjata vedno žgoče dileme v zvezi z njimi. Študent Andrej Kunstelj je na kratko predstavil ŠTUDENTOVA PRIČAKOVANJA NA VAJAH IZ DRUŽINSKE MEDICINE.

V priročniku PREDPISOVANJE ZDRAVIL V DRUŽINSKI MEDICINI bo lahko vsakdo našel kaj zanimivega za svoje delo.

Janko Kersnik, Igor Švab

POSEBNOSTI PREDPISOVANJA ZDRAVIL V DRUŽINSKI MEDICINI

Igor Švab

Uvod

Delo zdravnikov v osnovni zdravstveni dejavnosti je v zadnjem času deležno posebne pozornosti. Za to obstaja več razlogov. Po eni strani se je splošna medicina kot stroka razvila do te mere, da je z lastnimi raziskovalnimi metodami opozorila nase, pomembnejši razlog pa je, da se zaradi vse večje težnje po nadzoru nad stroški v zdravstveni dejavnosti jemlje pod drobnogled vse službe, ki so odgovorne za nastajanje stroškov v zdravstvu. Med pomembno skupino stroškov, ki nastanejo zaradi delovanja sistema zdravstvenega varstva, sodijo tudi stroški zdravil. Ti rastejo povsod po svetu, posebej pa še v državah v prehodu iz dogovorne v tržno ekonomijo, med katere sodi tudi Slovenija. V teh državah se je splošno znanim dejavnikom, ki pripomorejo k dvigovanju cen zdravil (vse dražja in zahtevnejša zdravila, vse večje možnosti medicine, da z zdravili vpliva na nekatere bolezni, za katere zdravil še nismo poznali), priključili še novi dejavniki. Večinoma se je sprostil trg zdravil, zaradi česar je prišlo do povečanja ponudbe. V nekaterih, kjer farmacevtska industrija ni bila razvita (kar za Slovenijo ne velja), je bila prisotna tudi velika želja prebivalstva po novih, dobrih zdravilih iz razvitega sveta.

Vse države na svetu uvajajo vrsto ukrepov, s pomočjo katerih naj bi omejili stroške zaradi zdravil. Ukrepov je več vrst, od takih, kjer država poskuša z ekonomskimi prijemi omejiti ceno, ki ga je za posamezno zdravilo pripravljena plačati (uvajanje participacije za zdravila, razvrščanje zdravil na liste, državno reguliranje cen zdravil), do takih, pri katerih se poskuša vplivati na zdravnike, da bi predpisali čim manj receptov v breme nacionalnega zdravstvenega zavarovanja. V tej situaciji so posebne pozornosti deležni prav zdravniki družinske - splošne medicine, ki predpišejo največji delež vseh zdravil. Pritisk na zdravnike se zdi še toliko bolj razumljiv, saj so med njimi glede količine, vrste in cene zdravil velike razlike, tudi znotraj ozkih geografskih območij. Nerazumljivo je, zakaj so med zdravniki družinske - splošne medicine tako velike razlike v predpisovanju zdravil: govorijo o 1-kratni razliki v definiranih dnevni odmerkih pri hipnotikih, 13-kratni pri anksiolitikih in 8-kratni pri antidepresivih (1). Teh razlik ni možno pojasniti z običajnimi razlagami: le približno polovico razlik, ki nastanejo pri predpisovanju zdravil med posameznimi zdravniki lahko pojasnimo s strukturo populacije po starosti in spolu. Če uspemo upoštevati še socialno strukturo prebivalstva, pojasnimo še približno 16 % razlik (2). Predpostavlja se tudi, da so zdravniki, ki predpisujejo veliko zdravil, slabi zdravniki, in tisti, ki jih predpišejo malo, dobri. Ekonomska uspešnost je postala merilo kakovosti dela zdravnikov družinske - splošne medicine.

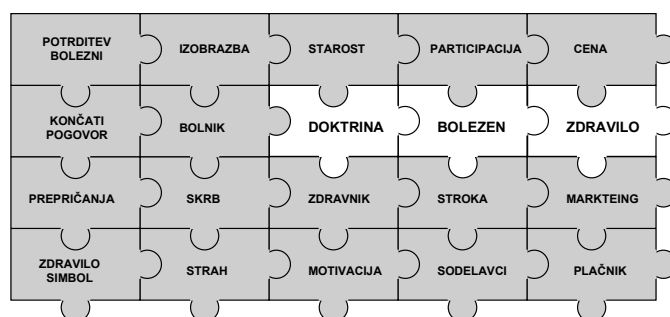
Kritiki takega pogleda pravijo, da je pravih dokazov za povezavo med kakovostjo dela in stroški, ki jih zdravnik porabi za zdravila pri svojih bolnikih, kaj malo (3). Zaradi tega zagovarjajo omejitvene ukrepe na ravni zdravnika družinske - splošne medicine (npr. omejevanje izdajanja receptnih obrazcev), saj so prepričani, da so taki ukrepi učinkoviti in edini taki, da jih zdravniki upoštevajo. Kakršno koli sklicevanje na racionalno farmakoterapijo se je večinoma izkazalo za neučinkovito,

medtem ko administrativni ukrepi praviloma vedno dosežejo svoj ekonomski učinek. Dejavnikov, ki vplivajo na predpisovanje zdravil, je v osnovni zdravstveni dejavnosti bistveno več kot v specialistični stroki. V prispevku sta prikazana dva pristopa k razlaganju predpisovanja zdravil: preprosti pristop, ki upošteva samo bolezen in medicinsko doktrino, ter celostni, ki upošteva še druge dejavnike.

Modeli predpisovanja zdravil

Klinični model

S stališča zdravnika klinika je predpisovanje zdravil postopek, ki ga opišejo trije elementi: ustrezno klinično znanje, opredelitev bolezni in ustrezno zdravilo (slika 1).



Slika 1. *Klinični model predpisovanja zdravil.*

Model je sestavljen iz majhnega števila obvladljivih elementov in predpostavlja, da je ustreznost predpisanih zdravil neposredna posledica ustreznega kliničnega znanja, v kolikor je bolezen konstantna. Ker iz nacionalne statistike zbolewnosti vemo, da se zbolewnost populacije bistveno ne spreminja, je razumljivo predpostaviti, da je sprememba v kliničnem znanju tista, ki je odgovorna za spremembe v zdravljenju. Klinično znanje sicer napreduje, kar praviloma pomeni tudi višjo ceno zdravljenja, vendar samo s tem verjetno ne moremo pojasniti naraščajočih stroškov. Tudi spremembe v zdravilih na tržišču, ki so praviloma vedno dražja, ne uspe pojasniti velikih razlik v predpisovanju. Če za merilo ustreznosti zdravljenja vzamemo še ekonomske kazalce (tj. ustrezno zdravljenje ob čim manjši ceni), je razlogov za povečevanje stroškov toliko manj.

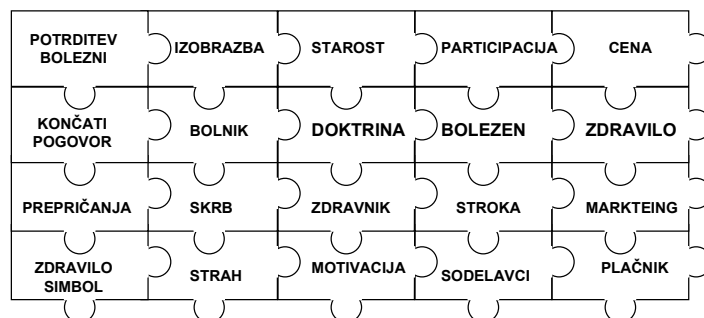
Omejevanje predpisovanja zdravil je po tem modelu stvar ustreznega delovanja v okviru predpisane doktrine. Prekomerni stroški zdravljenja se enačijo z nestrokovnostjo tistih, ki zdravila predpisujejo. Če hočemo doseči ustrezno predpisovanje, je treba zdravnike izobraziti, da sledijo strokovni doktrini. Za to nalogo naj bi bile najboljše usposobljene zdravniške organizacije, ki naj bi s stalnim strokovnim izobraževanjem skrbele za ustrezno znanje. Razviti je treba ustrezne smernice vodenja tipičnih bolezni v osnovni zdravstveni dejavnosti, in problem bo rešen.

Pri takem pristopu k reševanju vprašanja predpisovanja zdravil naletimo na problem, da v Sloveniji, razen v redkih primerih, nimamo jasno izdelanih smernic ukrepanja in zdravljenja najpogostejših bolezni. Raznorazna strokovna priporočila, ki jih na različnih strokovnih sestankih predstavljajo kolegi specialisti, trpijo za dvema pomanjkljivostima: pogosto so neusklajena s stanjem v Sloveniji in predstavljajo samo prenos ali prevod priporočil ali smernic iz tujine ali pa so narejena s stališča zdravnikov specialistov, brez predhodne konzultacije in uskladitve z zdravniki v osnovni zdravstveni dejavnosti. Zaradi tega taka priporočila ostajajo na ravni dobronamernih nasvetov, ne pa zavezujočih strokovnih izhodišč za zdravljenje.

Kljub temu, da bi priporočila v Sloveniji začeli uvajati in bi jih začeli tudi izvajati (in pred tem izzivom se bomo znašli prav kmalu), bo variabilnost v predpisovanju zdravil še vedno velika. Klinični model predpisovanja zdravil namreč ne pojasni vseh elementov, ki so odgovorni za razlike v predpisovanju zdravil.

Celostni model predpisovanja

Velika večina receptov se napiše v osnovni zdravstveni dejavnosti, kjer predpisovanje zdravil ni samo klinični odgovor na bolezen, ampak mnogo več. Klinični odgovor na bolezen je le delček precej širše slike (slika 1). Zdravniki družinske - splošne medicine se odločajo za predpisovanje zdravil pod pritiskom zahtev bolnikov, marketinga in plačnika. Na predpisovanje vpliva ustaljeni način dela v ambulanti in pritiski s strani kolegov. Z receptom včasih uspemo zaključiti pogovor v doglednem času, bolniku damo občutek, da skrbimo zanj, da je res bolan in da se ima pravico obnašati drugače kot drugi ljudje. Nobenega izmed teh dejavnikov ni lahko meriti. Tako nastane zapletena sestavljanka, ki predstavlja celostni model predpisovanja zdravil v osnovni zdravstveni dejavnosti (3). Slika ni popolna, dokler ne poznamo vseh njenih delov in pomena medsebojnih povezav (slika 2).



Slika 1. Sestavljanka celostnega modela predpisovanja zdravil.

Če hočemo torej razumeti predpisovanje zdravil, je treba upoštevati vse elemente iz zgornje sheme. Žal pomena vseh teh elementov še ne poznamo dovolj, kaj šele, da bi jih zmogli ovrednotiti. Zelo malo je namreč raziskav, ki bi znale opredeliti pomen, npr. pričakovanj bolnikov na porabo zdravil na nacionalni ravni.

Zaradi tega je smiselno, da jih poskušamo združiti v sprejemljiv kompromis, ki bi bil po eni strani še vedno dovolj kompleksen, da bi pojasnil bistvo dela v osnovni zdravstveni dejavnosti, po drugi strani pa že dovolj preprost, da bi ga lahko razumeli. V ta namen je možno posamezne elemente iz zgornjega modela združiti in oblikovati nove. Tako pridemo do treh bistvenih elementov, ki vplivajo na predpisovanje zdravil v osnovni zdravstveni dejavnosti: vpliv **medicinske doktrine**, vpliv **odnosa med bolnikom in zdravnikom** ter vpliv **ekonomskih okoliščin**.

Medicinska doktrina

Razvoj medicine in farmakologije prinašata poleg izboljšanja zdravja tudi vedno nove stroške tako na področju diagnostike kot zdravljenja. Razvoj novih (boljših, učinkovitejših, z manj stranskimi učinki) farmakoterapevtskih učinkovin je vedno zahteven, zato je cena novega zdravljenja vedno višja od prejšnje. Sorazmerje med prednostmi novih alternativ v zdravljenju in njihovo ceno je vse

neugodnejše: vse več denarja je potrebno nameniti za razvoj zdravil, ki bodo prinesle le minimalne izboljšave z vidika zdravja prebivalstva.

Razvoj novega zdravila je praviloma upravičen le, če ga bo doktrinarno sprejela osnovna zdravstvena dejavnost. Problem osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji je, da nimamo dovolj izdelanih priporočil in smernic vodenja bolezni, ki bi bili podprti tako strokovno kot tudi ekonomsko. Premalo imamo neodvisnih strokovnjakov, ki bi na osnovi strokovnih in ekonomskih meril vrednotili uspešnost določene priporočene oblike zdravljenja. Strokovna doktrina na področju farmakoterapije nastaja večinoma na osnovi sodelovanja v razvoju novih zdravil. To znanje se prenaša preko strokovnih medicinskih revij in strokovnih srečanj, ki so pogosto organizirana z marketinškimi prijemi. Dodatni način prenosa strokovnih priporočil je preko odpustnic in izvidov specialistov.

Praviloma tisti zdravnik, ki zaostaja v svojem kliničnem znanju, predpiše cenejša zdravila od tistega, ki se lahko pohvali, da je v stiku z najnovejšimi dognanji klinične stroke.

Odnos med bolnikom in zdravnikom

Če se je v zadnjih 25 letih zelo razmahnilo raziskovanje na področju medicine in tehnike, pa se je bistveno manj spremenilo na področju razumevanja ljudi, ki naj bi upoštevali zdravnikova navodila (4). Gre za dva svetova, ki komunicirata na poseben način. Študije, ki so se usmerile v analizo tega, kako pogosto ljudje jemljejo zdravila, so ugotovile, da kar 75 % starejših prebivalcev jemlje zdravila na recept redno, kar 82 % pa taka brez zdravniškega recepta. V povprečju jemljejo po 4,5 različnih zdravil na osebo. 21 % jih je imelo vsaj eno zdravilo shranjeno nepravilno (5).

S tem, ko damu bolniku zdravilo, storimo bistveno več, kot samo to: priznamo mu, da je res bolan, potrdimo mu, da nas skrbi zanj. Pravico mu damo, da se obnaša drugače kot drugi. Zdravilo je simbol darila in pogosto učinkovit uspešen način, kako končamo pogovor v ambulanti, kadar imamo pred vrati gnečo in ko nas priganja časovni, točkovni ali kak drug normativ.

S stališča kakovosti dela lahko rečemo, da zdravniki, ki so uspešnejši v sporazumevanju med bolnikom in zdravnikom, predpišejo manj zdravil. Recepte nadomestijo s časom, ki ga namenijo bolniku ob pregledu.

Ekonomski elementi

Od vseh elementov imajo ekonomski verjetno največji vpliv na predpisovanje zdravil. V osnovi gre za igro, v katero sta vpletena dva igralca: farmacevtska industrija in tisti, ki te izdelke plačuje (v našem primeru Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije). Med obema poloma se znajde Ministrstvo za zdravstvo, ki mora po eni strani skrbeti za racionalno porabo sredstev, po drugi pa skrbeti za razvoj ene svojih najuspešnejših industrij.

Stališče farmacevtske industrije je jasno in razumljivo: prodati čim več izdelkov, pri čemer se je treba posluževati tudi marketinških prijemov (6). Pri tem je zanimivo, da se v Sloveniji nekateri zdravniki čutijo dolžni prispevati k ekonomskemu uspehu slovenske farmacevtske industrije (7). Stališče zdravnikov pa se seveda bistveno spremeni, če imajo ekonomsko spodbudo za racionalno predpisovanje. Finančne spodbude zdravnikom bistveno vplivajo na porabo in predpisovanje zdravil (8). V tem primeru je celo paziti, da pri tem ne pade kakovost zdravstvene oskrbe.

Dobro predpisovanje zdravil v celostnem modelu

Če hočemo ocenjevati kakovost dela zdravnika družinske - splošne medicine na področju predpisovanja zdravil, potem je treba pri ocenjevanju kakovosti njegovega dela upoštevati vse elemente, ki tvorijo sliko predpisovanja zdravil v osnovni zdravstveni dejavnosti. Težava je v slovenskem primeru toliko večja, ker so se merila kakovosti dela v osnovni zdravstveni dejavnosti v kratkem času bistveno spremenila. V prejšnjem sistemu zdravstvenega varstva je bila kontrola cen zdravstvenega sistema na skrbi države, ki je preko kontrole cen zdravil nadzirala tudi cene predpisovanja. S sprostitvijo trga se je potreba po kontroliranju stroškov prenesla na zdravnika, ki za to ni usposobljen, saj največkrat nima niti pravih podatkov o tem, kolikšna je cena zdravljenja, ki ga predpisuje svojim bolnikom.

Načeloma lahko rečemo, da je kakovostno predpisovanje zdravil tako, ki upošteva vse tri bistvene elemente: medicinsko stroko, odnos med bolnikom in zdravnikom in ekonomski vidik. Da bi uspeli napredovati na tem področju, je potrebno zdravnike oborožiti s potrebnim znanjem iz tistih dveh področij, ki sta bili doslej zanemarjeni: ekonomskega vidika in vidika odnosa bolnika z zdravnikom.

Izobraževanje

Dodiplomski študij

Med ukrepi za izboljšanje stanja ima pomembno vlogo izobraževanje, tako na dodiplomski kot na podiplomski ravni. Trenutno je stanje tako, da se študenti predpisovanja zdravil učijo v okviru predmeta Farmakologija, kjer pa se srečajo s to problematiko verjetno bistveno prezgodaj. Nekaj o pomenu farmakoeconomike verjetno slišijo v okviru predmeta Socialna medicina, ki pa se večinoma odvija med predkliničnim delom študija, zaradi česar je zanimanje za to problematiko bistveno manjše. Tako velik del poučevanja odpade na predmet Družinska medicina, kjer študentje v šestem letniku preživijo sedem tednov v ambulanti splošne medicine pod nadzorstvom mentorja. Ta del pouka je vsak teden prekinjen s seminarjem na Katedri.

V okviru dodiplomskega študija družinske medicine naj bi se študenti naučili naslednjih veščin in znanj (9, 10):

- ⇒ Izpolnitev recepta
- ⇒ Generična imena, odmerjanje, indikacije in kontraindikacije ter najpogostejši stranski učinki pogosto predpisanih zdravil v ambulanti splošne medicine
- ⇒ Predpisovanje najpogostejše farmakoterapije
- ⇒ Pomen razvrstitve zdravil na liste
- ⇒ Vplivi na pogostnost porabe zdravil

V okviru seminarskega dela študenti v ta namen pripravijo seminar, ki ga predstavijo pred svojimi kolegi. Seminar obsega zahtevno analizo zdravstvenih kartonov in njihovo interpretacijo. Predpis zdravila pri nekaterih najpogostejših stanjih v splošni medicini je lahko tudi eno izmed izpitnih vprašanj.

Podiplomski študij

V okviru pripravništva mladi zdravniki prebijejo en teden na Inštitutu za varovanje zdravja, kjer nezainteresirani sledijo enotedenskemu ciklusu predavanj. Med njimi je eno s področja farmakoekonomike, kjer se seznanijo z najpogosteje predpisanimi zdravili v Sloveniji.

V okviru specializacije iz splošne medicine specializanti prebijejo dva semestra na podiplomskem študiju Socialna medicina. V okviru tega študija, ki traja 400 ur, slišijo podobno, a nekoliko obsežnejše predavanje kot pripravniki. Posebni edukativni cilji ne v enem ne v drugem primeru niso pripravljani. Bistveno več poudarka predpisovanju zdravil je bilo namenjenega v sprejetem osnutku specializacije iz družinske medicine, ki pa še ni zaživela.

Stalno strokovno izobraževanje

Ob poplavi stalnega strokovnega izobraževanja, namenjenega zdravnikom družinske - splošne medicine, lahko vidimo, da s področja predpisovanja zdravil prevladujejo tiste oblike pasivnega poslušanja nasvetov o racionalni farmakoterapiji, ki se organizirajo pod bogatim pokroviteljstvom farmacevtske industrije. Namen takih oblik strokovnega izpopolnjevanja je promocija prodaje zdravil, ne pa racionalna poraba. Častno izjemo v tej poplavi predstavljata pred dvema letoma organiziran kongres Sekcije za splošno medicino slovenskega zdravniškega društva o predpisovanju zdravil in letošnje učne delavnice.

Še vedno pa je v Sloveniji daleč premalo aktivnih oblik izobraževanja, kjer bi zdravniki ob uporabi metodologije kakovosti izboljševali svoje predpisovanje zdravil.

Sklep

Predpisovanje zdravil je možno na hitro spremeniti z administrativnimi ukrepi, ki ne upoštevajo metodologije zagotavljanja kakovosti. Ti ukrepi so praviloma hitro delujoči in učinkoviti, izvajajo pa jih inštitucije oblasti. Ker so bili doslej uspehi zdravništva na tem področju majhni, vse kaže, da bo Slovenija kot ustrezen mehanizem kontrole v prihodnje razvijala predvsem administrativne ukrepe.

S stališča kakovosti bi bilo seveda veliko bolje, če bi stroka sama poskušala nadzirati predpisovanje zdravil s pomočjo inštitucij, ki jih ima na voljo. V tem primeru je potrebno najprej zagotoviti ustrezne podatke in narediti primerne analize in raziskave porabe zdravil, ki bi upoštevale vsaj osnovne dejavnike, ki vplivajo na predpisovanje receptov (11). Ob takem delu bi lahko zrasla ustrezno usposobljena skupina neodvisnih strokovnjakov, ki bi izdelala merila kakovosti in jih pripravila v taki obliki, da bi bili sprejemljivi za zdravnike, ki zdravila predpisujejo. Skupina bi potem predlagala take spremembe v izobraževanju in nadzoru nad zdravnikovim delom, ki bi izboljšale predpisovanje zdravil v osnovni zdravstveni dejavnosti, obenem pa bi sodelovala pri izdelavi priporočil in smernic obravnavanja najpogostejših bolezni.

Literatura

1. Pharoah PDP, Melzer D. Variation in prescribing of hypnotics, anxiolytics and antidepressants between 61 general practices. *Br J Gen Pract* 1995;45:595-99.
2. Forster DP, Frost CEB. Use of regression analysis to explain the variation in prescribing rates and costs between family practitioner committees. *Br J Gen Pract* 1991;41:67-71.

3. Mc Gavock H. The prescribing jigsaw: getting prescribing costs into perspective. In: Kochen MM. *Drug education in general practice*. London: The Royal College of General Practitioners 1995:30-43.
4. Verbeek-Heida PM. How patients look at drug therapy: consequences for therapy negotiations in medical consultations. *Fam Pract* 1993;10:326-9.
5. Ostrom JR, Hammarlund ER, Christiensen DB, Plein JB, Kethley AJ. Medication usage in an elderly population. *Med Care* 1985;23:157-64.
6. Weaving PG. Drug company representatives and sales priorities. *Lancet* 1993;341:1416.
7. Honigsman ZA. Zdravnik in farmacevtska industrija. *Zdrav Vestn* 1995;64:14-6.
8. Wilson RPH, Buchan I, Walley T. Alterations in prescribing by general practitioner fundholders: an observational study. *BMJ* 1995;311:1347-50.
9. *Družinska medicina*. Delovni zvezek. Tretja izdaja. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1997.
10. Švab I, Kolšek M, Bulc M, Žorž G. *Družinska medicina. Navodila za mentorje*. Druga izdaja. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1996.
11. Gradišek A. Pogled zdravnika splošne medicine na liste zdravil in omejevanje predpisovanja. *Isis* 1995; 4(6);22-4.

NAČELA PREDPISOVANJA ZDRAVIL

Mateja Bulc

Uvod

Kronične bolezni so kruh zdravnikov družinske - splošne medicine. Bolniki s kroničnimi boleznimi so najpogostejši obiskovalci ambulant splošne medicine pri nas in v svetu, saj so te bolezni danes najpogostejši vzrok zbolevanja in umiranja sodobnega sveta. Prav zato za te bolnike predpišemo tudi največ zdravil in jim namenimo največ časa v ambulantah, verjetno pa tudi največ hišnih obiskov.

Zdravljenje kroničnih bolezni je lahko stalno, najpogosteje dosmrtno, ali pa občasno, le ob akutnih poslabšanjih bolezni. Značilnost kroničnih bolezni je tudi "dvojno" zdravljenje - zdravljenje z zdravili (farmakološko zdravljenje) in zdravljenje brez zdravil (nefarmakološko zdravljenje). Pravilno informiranje bolnika, motiviranje za nefarmakološki način zdravljenja in nazadnje pravilno, racionalno predpisovanje zdravil so pogoji za kakovostno zdravljenje bolnikov s kroničnimi boleznimi (1).

Osnovna pravila racionalnega predpisovanja zdravil sicer veljajo za predpisovanje zdravil pri kroničnih in pri akutnih boleznih, neracionalno predpisovanje pa je pri kroničnih boleznih še toliko bolj opazno. Zdravljenje je namreč dolgotrajno, kar pomeni nevarnost pojava odvisnosti, pogostejši in resnejši so stranski učinki. Končno ni nepomemben dejavnik zapravljanje zdravstvenih sredstev za neučinkovito zdravljenje. V prispevku je opisan smotrni postopek predpisovanja zdravil pri kroničnem bolniku v ambulanti splošne medicine, ki ga lahko uporabimo tudi pri zdravljenju akutnih bolezni.

Postopek smotrnega predpisovanja zdravil

Pri predpisovanju zdravil bi morali postopati stopenjsko, kot pri znanstvenem poskusu (2).

1. stopnja

Najprej opredelimo bolnikove zdravstvene težave, postavimo (delovno) diagnozo. Zdravniku predstavlja zdravstvena težava bolezen, medtem ko bolnika ponavadi motijo bolezenski znaki in občutja, zato se pogled zdravnika lahko razlikuje od bolnikovega.

2. stopnja

Ko smo bolezen diagnosticirali, opredelimo cilje zdravljenja. Ti so lahko usmerjeni v odpravljanje motečih znakov in občutij (simptomatsko zdravljenje) ali pa v vzrok bolezni (vzročno zdravljenje).

3. stopnja

Ko smo se odločili, kaj želimo zdraviti, s svojega osebne seznama zdravil izberemo zdravilo, ki naj bo čim bolj osebno za točno določenega bolnika (angl.: P-zdravljenje: personal treatment). Zdravilo

naj bo najučinkovitejše, najvarnejše, najprimernejše in najcenejše, kar jih poznamo. Po tem, ko smo zadostili tej zahtevi, moramo izbrati tudi tako zdravilo, ki bo učinkovito in varno tudi pri tem bolniku.

Posebej pri kroničnih bolnikih razmislimo o možnosti nefarmakološkega zdravljenja (pravilna prehrana in diete, prenehanje morebitnega kajenja, redna telesna dejavnost, primerna telesna teža...).

4. stopnja

Zdravljenje pričnemo z nasvetom bolniku, ki mu razložimo, zakaj je zdravljenje potrebno in kaj pričakujemo. Bodimo kratki in ne uporabljajmo zdravniškega žargona! Če je potrebno, bolniku način jemanja zdravila napišimo z velikimi in čitljivimi črkami!

5. stopnja

Bolnika seznanimo in opozorimo, kako zdravilo deluje, kakšne sopojavae lahko pričakuje in kako naj ob njih ukrepa. Preizkusimo, če nas je razumel!

6. stopnja

Spremljamo bolnika in njegovo zdravljenje. Kadar predvidevamo ugoden potek zdravljenja, bolnika ne naročamo na kontrolo, razen v primeru zapletov ali drugih težav. Če se bolnik ne vrne, domnevamo, da je bilo zdravljenje uspešno. Če se vrne, to lahko pomeni eno izmed naslednjih možnosti:

- ⇒ Zdravljenje ni bilo uspešno.
- ⇒ Zdravljenje je prekinil, ker je imelo za bolnika neprijetne sopojavae.
- ⇒ Zdravilo mu tudi drugače ni ustrezalo.
- ⇒ Na kontrolo je pozabil, ker mu je bilo bolje.

V takem primeru ga lahko pokličemo v ambulanto ali bolnika obiščemo na hišnem obisku. Za pomoč lahko prosimo patronažno sestro, da ga obišče na domu, ali pa ga pokličemo po telefonu.

Ko pride na kontrolo, preverimo učinek zdravila. Če ima bolnik še naprej težave, preverimo, ali je bila diagnoza pravilna, ali smo izbrali pravo zdravilo, ali ga je bolnik sploh jemal itn. Torej ponovimo protokol od 1. stopnje naprej. Če je bilo zdravljenje učinkovito, skupaj načrtujemo nadaljevanje zdravljenja, da bo sodelovanje bolnika čim boljše.

Kar je na videz le 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 zgolj administrativno opravilo, ne razmišljajmo še mi kot bolniki: "Samo recept rabim...!"

Izbira primernega osebnega zdravila in osebnega sloga zdravljenja

Vsak zdravnik ima svoj osebni seznam zdravil (angl.: P-zdravila: personal drugs) in svoj osebni slog zdravljenja (angl.: P-zdravljenje: personal treatment) (2). Nastala sta na podlagi znanja, ki smo si ga pridobili z izkušnjami in s stalnim strokovnim izobraževanjem (3). 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 lokalna, državna, mednarodna priporočila za predpisovanje zdravil ob določenih indikacijah, ki jih je dobro poznati in smiselno vključevati v svoje delo (4).

Kako ne smemo sestavljati svojega osebnega seznama zdravil

- ⇒ Končna odgovornost za bolnika je na naših ramenih! Če se ne strinjamo s priporočili, odmerkom ali izbiro zdravila drugega zdravnika, naredimo po svoje, kot presodimo, da bo najučinkoviteje in najvarneje za bolnika.
- ⇒ Uporabljajmo podatke in navodila o zdravilih iz strokovne literature.
- ⇒ Spoznati moramo tudi ostala zdravila, če zdravilo z našega osebnega seznama za določenega bolnika ni primerno ali ga ni na razpolago.
- ⇒ S pametjo prebirajmo reklame o novih zdravilih. Najnovejše ni nujno tudi najboljše!

Kako izberemo primerno zdravilo in primerno zdravljenje

Med zdravilom z osebnega seznama zdravil in osebnim slogom zdravljenja je pomembna razlika. Vseh bolezni ni treba zdraviti z zdravili. Pri skoraj vseh boleznih je izredno pomembno tudi nefarmakološko zdravljenje.

Primeri nefarmakoloških ukrepov:

1. Esencialna arterijska hipertenzija:

- zmanjšan vnos soli (do 5 g/dan)
- primerna telesna teža
- redna telesna dejavnost
- zmerno uživanje alkoholnih pijač

2. Sladkorna bolezen tip II:

- zmanjšan vnos enostavnih sladkorjev na minimum
- omejen vnos kalorij
- primerna telesna teža
- redna telesna dejavnost

3. Zvišan holesterol v krvi:

- zmanjšan vnos holesterola
- hrana z veliko balastnih snovi
- zmanjšan vnos kalorij
- primerna telesna teža
- redna telesna dejavnost

4. Degenerativne bolezni hrbtenice in sklepov:

- primerna telesna teža
- redna telesna dejavnost

5. Osteoporoza:

- dieta z veliko kalcija
- redna telesna dejavnost
- gibanje na svežem zraku
- nekajenje

Ko pa se odločamo za zdravljenje z zdravili, ponovno upoštevamo stopenjski postopek izbire primerne zdravila:

I. Postavimo diagnozo: Stabilna angina pectoris (vzrok stenoza venčne arterije)

II. Določimo cilj zdravljenja: prekinitev napada stenokardije, z zmanjšanjem potrebe srčne mišice po kisiku (če znižamo preload, kontraktilnost, srčno frekvenco in afterload)

III. Naredimo seznam učinkovin: nitrati, blokatorji beta, antagonisti kalcijevih kanalov

IV. Določimo skupine zdravil po naslednjih merilih:

Zdravilo	Učinkovitost	Varnost	Primernost	Cena
Nitrati	+	±	++	+
Beta-blokator	+	±	-	-
Antagonisti kalcijevih kanalov	+	±	-	-

V. Izberemo zdravilo

Zdravilo	Učinkovitost	Varnost	Primernost	Cena
Gliceril trinitrat (tbl)	+	±	+	+
Gliceril trinitrat (pršilo)	+	±	(+)	-
Isosorbid dinitrat (tbl)	+	±	+	±
Isosorbid mononitrat (tbl)	+	±	+	±

Zaključek: Izbira osebnega zdravila za angino pectoris

Učinkovina, oblika: gliceril trinitrat, sublingvalna tableta 1 mg

Odmerek: 1 tableta p.p. (druga tableta, če bolečina ne preneha)

Trajanje: dokler spremljamo bolnika

Da lahko izbiramo med različnimi učinkovinami, moramo upoštevati 4 merila: učinkovitost, varnost, primernost in ceno zdravila. Tak postopek uporabimo tudi pri drugačnih diagnozah in pri izbiri alternativnega zdravila. Takšna merila je upoštevala tudi Svetovna zdravstvena organizacija pri navodilih za izbiro neobhodnih zdravil (= seznam esencialnih zdravil) (tabela 2).

Tabela 2. Merila za izbiro neobhodnih (esencialnih) zdravil (WHO).

1. Prednost imajo zdravila z dokazano učinkovitostjo in varnostjo, ki so primerna za večino bolnikov. Izogibajmo se podvajanju zdravil in odmerkov!
2. Izbirajmo le tista zdravila, katerih učinkovitost je potrjena v randomiziranih kontroliranih in/ali epidemioloških raziskavah, če imajo dokazano učinkovitost v splošni rabi v različnih okoljih. Novejši preparati morajo po učinkovitosti presegati doslej uporabljana zdravila, da jih lahko uvrstimo na listo neobhodnih (esencialnih) zdravil.
3. Vsako zdravilo mora ustrezati merilom kakovosti, tako po biološki razpoložljivosti kot po stabilnosti, če ga hranimo pod predpisanimi pogoji.
4. Uporabljajmo generična imena zdravil.
5. Pomembno merilo pri izbiri zdravila mora biti tudi cena zdravljenja, zlasti razmerje med ceno in učinkovitostjo.
6. Med paralelami dajemo prednost :
 - ⇒ bolj raziskanim zdravilom,
 - ⇒ zdravilom z boljšimi farmakokinetičnimi lastnostmi,
 - ⇒ domačim zdravilom.

7. Večina neobhodnih zdravil naj bi vsebovala le eno samo učinkovino. Stalne kombinacije zdravil uporabljamo le, kadar so odmerki posameznih učinkovin takšni, kot so primerni za večjo skupino bolnikov in če ima kombinacija prednost pred monoterapijo tako po učinku kot po varnosti, sprejemljivosti in ceni.

Presoja primernosti zdravila

Potem ko določimo terapevtski cilj in se odločimo za primerno zdravilo, 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. Pomislimo, če ni morda naš bolnik v skupini bolnikov z večjim tveganjem (tabela 3).

Tabela 3. *Dejavniki tveganja in skupine z večjim tveganjem.*

- nosečnost
 - dojenje
 - otroci
 - starostniki
 - odpoved ledvične funkcije
 - odpoved jetrne funkcije
 - alergija na zdravila
 - pridružene bolezni
 - druga zdravila
-

Ko prepisujemo odmerek zdravila, preverimo, če sicer standardni odmerek ustreza tudi našemu bolniku, če bo učinkovit in če bo varen. V vsaj dveh primerih je treba odmerek prilagoditi bolniku, če se spremeni terapevtsko okno in/ali krivulja koncentracije zdravila v plazmi ali če odmerek bolniku pač ne ustreza.

Posameznik se razlikuje od večine zaradi različnih razlogov, stanj (nosečnost, bolezni jeter, ledvic...). Farmakodinamika in farmakokinetika se pri takem bolniku spremenita, bolnik je bolj "občutljiv" ali pa "rezistenten" na določeno zdravilo. Tak bolnik potrebuje natančnejše in pogostejše spremljanje in odmerjanje zdravil.

Koncentracija zdravila v plazmi je lahko zvečana ali znižana, odvisno od farmakinetike pri določenem bolniku. Če se koncentracija zdravila po določenem času zniža pod območje terapevtskega okna, učinek zdravila ni več zadosten. Če se koncentracija zdravila po določenem času zviša nad območje terapevtskega okna, se povečajo škodljivi učinki zdravila.

Povezava med absorpcijo, distribucijo, metabolizmom in izločanjem zdravila ter koncentracijo v plazmi:

Krivulja se bo znižala:

- *Absorpcija je slabša.*
- *Distribucija je višja.*
- *Presnova je povečana.*
- *Izločanje je večje.*

Krivulja bo višja:

- *Absorbcija večja.*
- *Distribucija manjša.*
- *Metabolizem nižji.*
- *Izločanje manjše.*

Zato pri uvajanju nekaterih zdravil priporočamo postopno uvajanje zdravila in višanje odmerka (tabela 4).

Tabela 4. Zdravila, pri katerih je priporočljivo postopno uvajanje in višanje odmerka.

-
- ⇒ Triciklični antidepresivi (antiholinergični učinek)
 - ⇒ Nekateri antiepileptiki (carbamazepin, valproična kislina)
 - ⇒ Dopaminski antiparkinsoniki
 - ⇒ Ace-inhibitorji ob hkratni diuretični terapiji
 - ⇒ Blokatorji alfa-receptorjev (ortostatska hipotenzija!)
 - ⇒ Nekateri hormoni (kortikosteroidi, levothyroxin)
 - ⇒ Soli zlata
 - ⇒ Desenzibilizacijska terapija
 - ⇒ Opiati kot terapija karcinomske bolečine
-

Sklep

Še zlasti pri kroničnih boleznih je silno pomembno, da predpišemo poučenemu bolniku tako zdravilo, ki bo učinkovito in varno, ki ga bo bolnik poznal in enostavno odmerjal, ki po vsej verjetnosti ne bo imelo neželenih učinkov, katerega učinek bomo lahko spremljali in prilagajali. Le tako bo bolnik zdravilo redno jemal, zavedajoč se, da je kronično zdravljenje njemu v prid, in ne naša muhavost. Če je potrebno, spremenimo odmerke, trajanje zdravljenja ali obliko zdravila (Dodatek 1). Včasih je primerneje uvesti drugo zdravilo z osebnega seznama zdravil.

Literatura

1. Cindi-Slovenija. *Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni. Priročnik*. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana, 1997.
2. de Vries TPGM., R H Henning, H V Hogerzeil, D A Fresle. *Guide to good prescribing. A practical manual*. Geneva: World Health Organization, 1998.
3. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998.
4. Keber D. *Zdravljenje notranjih bolezni*. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1992.

Dodatek 1. *Še enkrat preveri!*

A

- **Ali sta učinkovina in odmerek pravilna?**
- **Učinkovitost:** Indikacija (Je zdravilo sploh potrebno?)
- **Primernost:** (Ga lahko odmerja sam? Cena?)
- **Varnost:** Kontraindikacije (Skupine z večjim tveganjem, pridružene bolezni)
- **Interakcije:** (Zdravila? Hrana? Alkohol?)

B

- **Ali mu odmerjanje ustreza?**
- **Učinkovitost:** Primerni odmerki? (Krivulja normalna?)
- **Primernost:** (Ali si bo zapomnil odmerek? Enostavnost?)
- **Varnost:** Kontraindikacije (Skupine z večjim tveganjem, pridružene bolezni)
- **Interakcije:** (Zdravila? Hrana? Alkohol?)

C

- **Je trajanje zdravljenja primerno?**
- **Učinkovitost:** Ali je zdravljenje dovolj dolgo? (Infekcije, profilaksa)
- **Primernost:** (Shranjevanje, cena)
- **Varnost:** Kontraindikacije (Stranski učinki, odvisnost, nevarnost samomora)
- **Pretirana raba:** (Slaba kakovost)

POLITIKA RAZVRŠČANJA ZDRAVIL NA LISTE

Anton Gradišek

Uvod

Predpisovanje zdravil spada med tista zdravnikova opravila, pri katerih želi država zagotoviti racionalnost dela zato, da bi čim bolj zmanjšala stroške, ki zaradi tega nastanejo. Država ima na voljo vrsto mehanizmov, s pomočjo katerih omejuje stroške zaradi porabe zdravil. Eden najpomembnejših ukrepov je razvrščanje zdravil na liste. V prispevku je podan pregled komisij za razvrščanje zdravil in njihove pristojnosti, pa tudi pogled zdravnika splošne medicine na stanje v Sloveniji.

Komisije za razvrščanje zdravil

Pred izidom Zakona o zdravilih (Ur. l.RS, št. 9/96) (1) so na področju spremljanja in porabe zdravil v Sloveniji delovale naslednje državne komisije:

- ⇒ Komisija za zdravila pri Ministrstvu za zdravstvo (odgovorna za registracijo zdravil).
- ⇒ Komisija za razvrstitev zdravil na liste pri Ministrstvu za zdravstvo (komisija, imenovana po hrvaškem vzoru - rezultat njenega dela je bila tako imenovana modra knjižica) (2).
- ⇒ Komisija za pripravo baze podatkov o zdravilih (komisija, kjer je sodelovalo več farmacevtov in zdravnikov, s sedežem na Informacijskem centru sedanjega ZZS). Ta projekt ni polno zaživel.
- ⇒ Komisija za pripravo registra zdravil (komisija pri Inštitutu za varovanje zdravja, ki je pripravljala nabore podatkov in izdajo registra zdravil).
- ⇒ Komisija za porabo zdravil (strokovna komisija pri Ministrstvu za zdravstvo), ki je analizirala in komentirala podatke, ki jih je pripravljala Inštitut za varovanje zdravja o ambulantnem predpisovanju zdravil, posredovala je določene smernice in priporočila strokovnim krogom na doktrinarni ravni v posebnih izdajah revije Zdravstveno varstvo.
- ⇒ Komisija za zdravila pri ZZS, kot prva po novih predpisih o obveznem zavarovanju, ki je naredila prvo razvrstitev registriranih zdravil na pozitivno in vmesno listo.
- ⇒ Enota za socialno farmacijo pri IVZ (strokovna skupina, ki pripravlja podatke o porabi zdravil, nabore podatkov o zdravilih, podatke za izdajo registra zdravil, opravlja raziskovalne in razvojne projekte itd.).
- ⇒ Zadnja od strokovnih skupin se je pojavila uredniška skupina biltena Farmakon (s sedežem na Farmacevtskem društvu), ki je po nekaj uspelih številkah prenehal izhajati zaradi pomanjkanja denarja in zaradi nerešenega vprašanja o ustanoviteljstvu med Zdravniškim društvom, Zdravniško zbornico in Farmacevtskim društvom. To je za strokovno javnost slabo, saj je bilten prinesel strokovno neodvisno informacijo, kar je zelo pomembno (3, 4).

Število komisij kaže, da so zdravila strateško vprašanje, obenem pa sta bila pretok informacij in koordinacija med komisijami slaba. Po izidu Zakona o zdravilih in ustanovitvi Urada za zdravila pri Ministrstvu za zdravstvo R Slovenije delujejo na področju zdravil naslednje državne komisije:

Komisije (tri) za registracijo zdravil skupine A in B, C, D. Komisije za posamezne skupine zdravil imenuje minister izmed priznanih farmakoloških, medicinskih, farmacevtskih in drugih strokovnjakov. Prav tako podrobneje določi način dela komisij. Komisije so strokovno neodvisne in samostojne v okviru svojega področja delovanja. Člani komisije za zdravila ne smejo biti finančno poslovno ali

kako drugače povezani s predlagatelji ali s pravnimi ali fizičnimi osebami, ki opravljajo promet z zdravili. Sklepi komisij za zdravila so javni. O svojem delu komisije obveščajo strokovno javnost v strokovni periodiki, s soglasjem ministra pa lahko svoja stališča in sklepe objavijo tudi v javnih občilih (1). Delo v komisijah je vezano na poslovniške in varovanje podatkov ter ni dostopno javnosti.

Komisija za razvrščanje zdravil na liste pri ZZS. Ta komisija kontinuirano skrbi za razvrstitev na novo registriranih zdravil oz. predlaga spremembe obstoječih razvrstitev. Sklepi so seveda javni (objava liste zdravil), samo delo je zavezano k poslovni tajnosti.

Enota za socialno farmacijo pri IVZ, ki operativno skrbi za izdajanje Registra zdravil (ostaja od prej).

Komisija za register zdravil se sestaja pri Uradu za zdravila, njeno delo koordinira IVZ. Urad za zdravila je delegiral na IVZ določena opravila v zvezi z založbo in izdajo registra zdravil, ki jih po novem zakonu izvaja Urad. Urad posreduje podatke. Po novem zakonu (1) je register zdravil seznam zdravil, za katera je bilo izdano dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji, in je javna listina, ki jo vodi Urad Republike Slovenije za zdravila. Zakon predpisuje nabor podatkov, ki jih mora vsebovati.

Komisija za pripravo farmakoterapevtičnega priročnika pri Uradu za zdravila.

Skupina za racionalno farmakoterapijo pri Zdravniški zbornici, od junija 1998 (njeno delovanje ni pogojeno s citiranim zakonom). Predvidoma naj bi izdajala farmakoinformativno prilogo v reviji ISIS.

Po novem zakonu so zdravila skupine A tista, ki se izdajajo v lekarnah na recept, zdravila skupine B tista, ki se izdajajo v lekarnah tudi brez recepta, skupina C so zdravila, ki se izdajajo brez recepta v lekarnah in specializiranih trgovinah, so večinoma naravnega izvora, njihova kakovost, uporabnost in neškodljivost pa preverjene. Skupino D sestavljajo medicinski pripomočki, ki se po svoji funkciji uporabljajo izključno pri opravljanju zdravstvene dejavnosti, izdajajo na recept oziroma naročilnico ali brez recepta oziroma naročilnice, prodajajo v prosti prodaji ali v specializiranih trgovinah. Natančnejše opredelitve skupine C in D so predvidene v podzakonskih aktih.

Pot zdravila do bolnika

Kako pride zdravilo iz uvoza ali iz domače tovarne v Sloveniji do registracije in dovoljenja za promet, razvrstitve in v lekarno? Ob tem se zdravnikom postavi še vprašanje, zakaj je potrebno po registraciji zdravila še razvrščanje na liste ZZS.

Uvoz zdravil, ki imajo dovoljenje za promet, je prost. Uvoz serumov, cepiv, izdelkov iz krvi, radiofarmaceutskih izdelkov ter zdravil, ki nimajo dovoljenja za promet, je mogoč le na podlagi dovoljenja Urada Republike Slovenije za zdravila. Slovenija ne sme zapirati trga pred tujimi proizvajalci, ki žele na našem tržišču registrirati zdravila. Če predlagatelj zadosti zakonsko predpisanim zahtevam (1), izda Urad za zdravila na predlog ustrezne komisije za določeno zdravilo dovoljenje za promet. To pa še avtomatično ne pomeni, da je možno ta zdravila predpisovati na recepte v breme ZZS ("zelene recepte").

Zdravniki družinske - splošne medicine večinoma delamo v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na področju zdravil moramo bolnikom zagotoviti varno in racionalno farmakoterapijo. Na voljo imamo predvidene letne kvote denarja za zdravila, ki jih predpišemo na recepte. Zdravstveni proračun je omejen z odstotkom bruto nacionalnega dohodka in denarjem, zbranim v okviru

prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Struktura porabe zdravstvenega denarja mora slediti priporočilom Evropske skupnosti. Če hočemo zagotavljati enakomerno in kontinuirano oskrbo bolnikov z zdravili, moramo tudi obvladovati stroške zanje. Na področju zdravil v Sloveniji priporočeni delež presehamo. To ni samo slovenski primer, tudi v drugih razvitejših ekonomijah poznajo stalne probleme z rastjo stroškov za zdravila.

Kaj storiti?

Zdravniki smo postavljeni med dva pola. Farmacevtska industrija in trgovina ustvarja ogromne dobičke. Zato razumemo pritiske na čim večjo prodajo in porabo zdravil. Na pospeševanje porabe vplivajo z direktnim ter indirektnim marketingom. Registriranih imamo veliko novih preparatov in paralel z včasih samo enostransko farmacevtsko informacijo. Nekateri zdravniki se bojijo zaostajati pri novostih. Bolniki so bolj informirani in zahtevni, zdravnik pa po drugi strani popušča z večjim številom predpisanih receptov. Veliko število strokovnih srečanj in seminarjev tudi mnogokrat deluje samo v smislu pospeševanja predpisovanja določenih zdravil. Občuten je tudi pritisk na prodajo zdravil brez recepta, vključno s farmacevtskim svetovanjem.

Kot protiukrep pretirani porabi ZZZS lahko omeji predpisovanje zdravil na recept administrativno: s številom receptov, skupno letno vrednostjo zdravil in povprečno ceno recepta, listami zdravil, kontrolami predpisovanja pri strokovnih nadzorih. Odstopanja lahko tudi sankcionira. Omejitve so razumljive: noben zavarovalniški sistem ne vzdrži vse ponudbe. V Evropi poznamo poleg zavarovalniških list tudi liste zdravil, ki jih uporabljajo skupinske zdravniške prakse ali bolnišnice na podlagi strokovnih odločitev za izbiro preparatov, pri katerih cena ni nujno na prvem mestu. Ponekod celo usklajujejo bolnišnične liste s tistimi, ki jih uporabljajo zdravniki družinske - splošne medicine, da ob odpustu priporočijo zdravila, ki jih uporabljajo zdravniki družinske - splošne medicine v okolišu (5). Pri nas velja (neformalno) ravno obratno: zdravniki naj predpisujemo zdravila, ki jih narekujejo bolnišnični oddelki.

Država je predvidela mehanizem kontrole cen zdravil in ga mora dosledno izvajati. Poskrbeti mora za učinkovito koordinacijo, inšpekcije in sankcije. Tudi ZZZS ima pri vplivu (beri: zniževanju) na stroške za zdravila še možnosti. Pričakujemo lahko določene spremembe v načinu predpisovanja (generično predpisovanje, najcenejša paralela, zagotovljena najnižja cena za generično substanco in doplačilo za dražjo paralelo idr.). Med pisanjem prispevka je nemogoče predvideti, kakšni ukrepi bodo veljali v času, ko bodo tekle učne delavnice. Zavedati se moramo dejstva, da je področje zdravil ob osamosvojitvi prešlo v celoti v pristojnost nove države in da zaradi objektivnih kadrovskih, političnih in finančnih okoliščin, vprašanj pristojnosti, ni bilo mogoče prej, bolje ali bolj dosledno predvideti ali izpeljati korakov na področju zdravil. Za ilustracijo naj samo omenim, da Slovenija zaradi majhnosti ni sposobna izdati registra zdravil in farmakoterapevtičnega priročnika v obliki in vsebini, kot ga ima na primer Velika Britanija.

Ponovno poudarjam razliko med tem, da je zdravilo v Sloveniji registrirano in ima dovoljenje za promet, in med tem, da je uvrščeno na pozitivno ali vmesno listo ZZZS. Slovensko tržišče mora biti načelno odprto (kar je politično in ekonomsko vprašanje), ne smemo ga zapirati z odklonitvami ustrezno pripravljenih registracijskih predlogov. Strokovni kolegiji in klinike pa dajejo priporočila, ki vplivajo na razvrstitev na liste. Vlogo igra tudi cena pri paralelah. Tak ukrep omejevanja je sprejemljiv.

Zdravniki lahko vzamemo pozitivno in vmesno listo zdravil kot pomoč, ne kot omejitev. S predpisovanjem teh zdravil je že narejena prva izbira v racionalni farmakoterapiji. Racionalne tudi v

tem smislu, da zagotovimo čim večjemu številu bolnikov ustrezno količino in kakovost zdravil v okviru javnih financ.

Glede na majhno število vrhunskih strokovnjakov na posameznih področjih je v Sloveniji farmacevtski industriji možno doseči prevladujoče mnenje preko vplivnih posameznikov o nujnosti drage terapije v primerjavi z enako ustreznim cenejšim zdravljenjem, npr. pri kroničnih boleznih. To se odraža v spremembah priporočil ali doktrin, ki niso pokrite s farmakoekonomskimi analizami in lahko presegajo možni zdravstveni standard. Zdravnikom svetujem previdnost pri prevzemanju priporočil, ki nimajo svoje utemeljitve v randomiziranih kliničnih raziskavah in/ali konsenza strokovnjakov v ustreznih strokovnih telesih.

Glede analiz porabe in stroškov za ambulantno predpisana zdravila **nas zdravnike** zanima predvsem strokovni del:

- ⇒ analize posameznih področij, podprte z epidemiološkimi podatki, primerno izbranimi časovnimi intervali glede na epidemiološko situacijo,
- ⇒ vpeljava novih shem zdravljenja,
- ⇒ predpisovanja zdravil glede na učinkovitost,
- ⇒ primerjava posameznih skupin s primerljivimi evropskimi državami.

V kolikor se bodo pokazala odstopanja na tem področju, je potrebno najprej ukrepati pri tistih, ki oblikujejo priporočila in doktrino (strokovni kolegiji klinik, strokovna združenja, RSK-ji, konsenzi na državni ravni). Analitika predpisovanja in porabe mora upoštevati oceno političnih, ekonomskih, socialnih, upravno-administrativnih, valutnih, konkurenčnih in monopolnih dejavnikov (6). Tako pripravljene podatki so osnova za strokovne pogovore.

Sklep

Pri zdravnikih pa prav gotovo obstaja tudi strokovna rezerva v predpisovanju in v odnosu do zdravil. Veliko problemov znamo rešiti tudi brez recepta (7). Majhno število prijav o neželenih učinkih zdravil nam ni v čast. Občasno preverite lastno predpisovanje zdravil!

Literatura

1. *Zakon o zdravilih*. Uradni list RS, št.9/92.
2. Anon. *Razvrstitev zdravil*. Ljubljana: Republiški sekretariat za zdravstveno in socialno varstvo, 1990.
3. Mc Gavock H. Promoting rational therapeutics: The Swedish Guidelines and a UK Response. *Br J Gen Pract*,1990; 40:1-3.
4. Mc Gavock H. A Great Thirst for Knowledge. *Br J Clin Pharmac* 1993;35:217-8.
5. Reilly P. Drug formularies - helpful tools for drug education. In: *Drug education in General Practice*. Occasional paper 69. London: The Royal College of General Practitioners, 1995: 44-6.
6. Anon. Kratka informacija o ambulantnem predpisovanju zdravil v R Sloveniji v letu 1994. Gradivo za sejo Komisije za uporabo zdravil. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije, 1995.
7. Bradley CP. *Learning to say no. A Resource Pack for Postgraduate Education of General Practitioners and Trainees*. Birmingham: The Medical school University of Birmingham, 1991.

KAKOVOST PREDPISOVANJA ZDRAVIL

Janko Kersnik

Uvod

Predpisovanje zdravil je sestavni del zdravstvene oskrbe bolnikov in zajema odločanje o potrebnosti, ustreznosti in primernosti določene možnosti zdravljenja ter izvedbo postopkov, ki omogočijo njegov učinek (zdravljenja). Pri tem moramo stalno tehtati razmerje med koristmi in škodljivostmi naših ukrepov (1). *Primer: Bolnik z vročino pride na posvet k zdravniku, ker ga skrbijo nekatera občutja in znaki in/ali ker ga ovirajo pri njegovih vsakdanjih načrtih.* Ko zdravnik oceni stanje (*akutni respiratorni infekt zgornjih dihal*), se mora odločiti (1, 2):

- ⇒ **Ali je za to stanje potreben (medicinski) ukrep (zdravilo)**, ki bo prinesel več koristi kot škodljivosti za bolnika in družbo z ozirom na nastale stroške, **ali ne?** Pričakujemo anamreč lahko, da se bo zdravstveno stanje izboljšalo (tudi brez (medicinskega) ukrepanja brez škode za zdravje ali nevarnosti za življenje bolnika in brez drugih škodljivosti zaradi našega neukrepanja.
- ⇒ V primeru odločitve, da je ukrep potreben, se moramo odločiti **o ustreznosti možnih ukrepov glede na obravnavano bolezen** (*npr.: antitusik ali ekspektorans ali antibiotik ali antipiretik pri akutnem virusnem respiratornem infektu zgornjih dihal*).
- ⇒ Poleg tega moramo ugotoviti tudi **primernost določenega ukrepa za obravnavanega bolnika** (*Primer: Pri kroničnem obstruktivnem bolniku bomo prej predpisali antibiotik pri akutnem respiratornem infektu kot pri drugače zdravem bolniku. Pri bolniku z anamnezo ulkusne bolezni v preteklosti bomo pazljivejši pri predpisovanju nesteroidnih antirevmatikov, ki jih mora bolnik zaužiti.*).

Če smo ugotovili, da je zdravilo potrebno, in ko smo izbrali ustrezno in primerno zdravilo, sledi **izvedba predpisovanja** in pri nekaterih oblikah tudi **dajanje** zdravila. Predpisovanje in izdajanje zdravil je že nekaj stoletij ločeno, prvo opravlja zdravnik, drugo lekarnar. Pri določenih oblikah dajanja zdravil (parenteralno) in pri določenih stanjih (nujno stanje, zasvojeni z drogami) in tudi pri oblikah, ki jih sicer bolnik jemlje sam (nifedipin p.o. pri hipertenzivni krizi, metadon pri zasvojenem z drogami), izda zdravilo zdravnik (ali medicinska sestra) in dajanje izvede zdravnik ali po njegovem navodilu medicinska sestra.

Ob ponovnem obisku sledi **nadzor nad jemanjem** zdravila. Zanima nas doseganje pričakovanega učinka, sopojava, neželeni stranski učinki in sodelovanje (compliance) bolnika.

Naše odločitve in opažanja najdejo svoje mesto v zdravstvenem kartonu (3, 4). Pri predpisovanju zdravila na recept, ki ga bo izdal farmacevt, izpišemo tudi receptni obrazec. Recept je hkrati oblika naročilnice za izdajo zdravila na račun zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja, če je na seznamu zdravil, katerih stroški se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in hkrati navodilo farmacevtu, ki ga le-ta prepíše na omot izdanega zdravila in pojasni bolniku.

Ko smo si ogledali shematični postopek predpisovanja zdravil, si lahko zamislimo težave, ki se pri tem lahko pojavijo.

Težave pri predpisovanju

Težave pri predpisovanju se lahko kažejo v različnih oblikah kot **pretirana raba**, **premajhna raba** ali **neustrezna raba** (1).

Pretirana raba

Pretirana raba je predpisovanje zdravil, ko ta niso potrebna (ne prinaša niti zdravstvene niti družbene koristi) ali predpisovanje močnejšega in/ali dražjega zdravila, ko je na razpolago približno enako učinkovito in/ali cenejše zdravilo (ne prinaša gospodarske koristi). Zdravila niso potrebna takrat, kadar pričakujemo, da se bo zdravstveno stanje obrnilo na bolje brez dodatnih ukrepov in pri tem ni verjetnosti, da bi bilo zaradi tega ogroženo zdravje ali bi grozila smrt, oziroma kljub jemanju zdravila ne pričakujemo hitrejšega ali daljšega izboljšanja kliničnega (izključena zdravstvena škodljivost: bolečine, invalidnost, smrt; izključena gospodarska škodljivost: daljša odsotnost z dela, večji stroški oskrbe) ali zdravstvenega stanja bolnika (izključena družbena škodljivost: duševno trpljenje, slabša kakovost življenja, nezadovoljstvo bolnikov in izvajalcev) (1).

Primeri: Akutni virusni respiratorni infekt zgornjih dihal se praviloma spontano pozdravi brez zdravil. Uporaba kakterega koli antibiotika je nepotrebna, ker niti ne deluje na viruse niti ne skrajša časa zdravljenja niti ne vpliva na počutje, temveč celo lahko povzroča neželene stranske učinke (driska, alergija, rezistenca). Zdravnik, ki pri 50 % takih stanj predpiše antibiotik, pretirano rabi diferencialno zdravilo.

Parenteralno zdravljenje ima nekatere prednosti pred peroralnim: hitrejši učinek, izogne se neželenim učinkom s strani prebavil, bolnik zagotovo jemlje zdravilo. Dolgotrajnejše dajanje protibolečinskih injekcij ob ponudbi enako učinkovitih zdravil v tabletah in svečkah je pretirana raba dražje oblike aplikacije.

Farmacevtska podjetja ponujajo vedno nove in nove izboljšane preparate, ki dosegajo tudi višje cene. Ker je njihov učinek praviloma neznatno boljši, je nekritična menjava preizkušene preparata za novega dražjega prav tako pretirana raba.

Pretirana raba zanima predvsem plačnika zaradi večjih stroškov ob enakih oziroma celo manjših skupnih koristih zdravstvene oskrbe (5). Uporaba zdravil, ki niso potrebna, povzroča škodljivosti zaradi večje rezistence, stranskih učinkov, večjih stroškov in obremenitve okolja.

Premajhna raba

Premajhna raba je stanje, ko se dokazano učinkovita in uspešna zdravila ne predpisujejo bolnikom, ki bi jim lahko koristila, ali se predpisujejo v nezadostnem odmerku.

Primer: Pri kronični atrijski fibrilaciji je trombolitično zdravljenje dokazano učinkovito in hkrati uspešno zmanjšuje zbolewnost in umrljivost zaradi zapletov atrijske fibrilacije. Govorimo o premajhni rabi, ker bolniki niso deležni trombolitičnega zdravljenja.

Pri hipertonicih, ki imajo kljub jemanju antihipertenzivnih zdravil, še vedno previsoke vrednosti krvnega tlaka, prav tako govorimo o premajhni rabi.

Medtem ko za pretirano rabo navadno velja večje zanimanje, se za premajhno rabo praviloma zanimajo predvsem usmerjeni strokovnjaki določenega področja, ki so na podlagi izkustva ali znanstveno raziskovalnega dela ugotovili koristnost določenega zdravljenja.

Neustrezna raba

Neustreznost predpisovanja (misuse) se kaže predvsem v rabi sicer učinkovitega zdravila za stanja, pri katerih ne pričakujemo dodatne koristi ali so možne večje škodljivosti (1).

Primer: Streptokokna angina se navadno dobro pozdravi s peroralnim penicilinom. Predpisovanje antibiotikov širokega spektra, tetraciklinov, cefalosporinov in aminoglikozidov pri bolnikih, ki nimajo alergije na peniciline, je neustrezna.

Uporaba antibiotikov pri virusnem infektu je neustrezna zaradi možne alergične reakcije - škodljivosti, ki nastane zaradi bolj tveganih odločitev; neustrezna je tudi zaradi večje rezistence mikroorganizmov, ki so izpostavljeni delovanju antibiotika - gospodarska škodljivost zaradi večjih stroškov zdravljenja v prihodnje.

Uporaba tetraciklinov pri majhnih otrocih je neustrezna zaradi zdravstvene škodljivosti.

Uporaba zdravila, za katerega je znano, da je bolnik nanj preočutljiv.

Težave pri postopku predpisovanja

Poleg potrebnosti, ustreznosti in primernosti določenega zdravila nas zanima tudi to, ali je bil postopek predpisovanja izpeljan pravilno in je tudi ustrezno zapisan v zdravstvenem kartonu (4). Zato je nesporno pomembno vodenje zdravstvenega kartona na tak način, da je iz njega vedno mogoče čim bolj razbrati ime zdravila, obliko, način in odmerek jemanja ter stanje, zaradi katerega bolnik prejema zdravilo.

Nekoliko okosteneli predpisi zahtevajo ročno izpisane tiste del recepta, ki se nanaša na zdravilo in navodilo za jemanje. Pisava marsikaterega zdravnika v dobi računalniških izpisov bode v oči zaradi slabe čitljivosti in kaj lahko bi se zgodilo, da bi farmacevt zmotno izdal drugo zdravilo od predpisanega. Temu se je mogoče izogniti s čim bolj čitljivo pisavo in pozornostjo farmacevta, da v sumljivih primerih ne izda zdravila toliko časa, dokler ne preveri vsebine zapisa.

Zdravila predpisujemo zaradi bolnikov, zato je njihovo mnenje pomembno pri odločanju o tem, ali bomo določeno zdravilo predpisali ali sploh ne, in kakšna oblika mu bo še posebej odgovarjala. Pogosto bolnika zanima predvsem, ali je njegovo stanje resno ali ne, in niti ne pričakuje zdravila. Ko ugotovimo, da je pri nekem stanju zdravilo potrebno, moramo bolnika šele spodbuditi k jemanju ustreznega odmerka zdravila skozi ustrezno obdobje (6). Kljub izjemni pomembnosti je ta del najtežje dokumentirati in ugotavljati odstopanja.

Težave pri nadzoru nad jemanjem zdravil

Pri parenteralnem dajanju zdravil nimamo večjih težav pri pregledu nad jemanjem zdravil, zaplete pa se pri jemanju tistih zdravil, ki jih bolniki jemljejo sami doma. Poleg spodbujanja in zanašanja na zavest bolnikov mora zdravnik, ki je zdravilo predpisal, obdržati določen nadzor nad jemanjem predpisanih zdravil. Bolnik lahko zdravila jemlje premalo ali preveč. Pri akutnih epizodah je nadzor izjemno otežen in sloni predvsem na medsebojnem zaupanju med zdravnikom in bolnikom, ki se

izoblikuje skozi čas in ustreznem sporazumevanju ob vsakem posvetu posebej (6). Pri kroničnih boleznih in dolgotrajnem jemanju zdravil si pomagamo s seznamom stalnega zdravljenja in evidenco količine izdanih zdravil (3, 4). Na ta način ob ponovnem predpisovanju lahko ugotovimo, če je bolnik predpisano zalogo porabil hitreje, kot naj bi mu predvidoma zadoščala (npr. benzodiazepini), ali pa zamuja, kar kaže na to, da je zdravilo jemal v manjšem odmerku (npr. antihipertenzivi). Pri svoji "vestnosti" moramo kljub vsemu upoštevati, da je bolnik celovita in samostojna osebnost in se ne smemo predajati avtoritarnemu slogu sporazumevanja in pretiravati z očetovskim karanjem neposlušnega bolnika (6). Imamo pa pravico in dolžnost z bolnikom o tem odkrito spregovoriti in ga tudi na ta način spodbujati k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje.

Oblike izboljševanja kakovosti predpisovanja

Pregovor Kdor dela, greši nas ne sme uspavati, da se ne bi zavedali pomena stalnega ocenjevanja in izboljševanja svojega dela (7). Ustrezna kombinacija lastnih izkušenj, ki jih oplemenitimo s teoretičnimi spoznanji med stalnim strokovnim izobraževanjem, predstavlja temeljni kamen kakovostnega dela (8). Ostale oblike izboljševanja kakovosti nam pomagajo, da lažje in sistematično odpravimo odstopanja in jih odpravljamo.

Avtomatska obdelava receptov

V Sloveniji imamo popoln zajem izdanih zdravil na recept iz programa zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja, ki navidezno omogoča popoln nadzor. Gre za izjemno obsežno bazo podatkov, ki omogoča izboljševanje kakovosti s pomočjo povratnih podatkov. Pomembna ovira pri uporabi teh podatkov je raznolikost skupin bolnikov, zlasti glede njihovega kliničnega stanja, ki jim posamezni zdravnik predpisuje zdravila, zato je enostavno primerjanje glede količine predpisanih zdravil močno oteženo in s tem okrnjena uporabnost tako zbranih podatkov. Prav tako gre za pomembno konceptualno neskladje pri pristopu k uporabi povratnih podatkov: plačnik zdravil se nagiba k izločanju gnilih jabolk (za katere ni niti ugotovljeno, če to so) in ne išče najboljših, od katerih bi se lahko učili ostali (zdrava jabolka) (9).

Nadzor

V veljavi je tudi nadzor nad predpisanimi zdravili, ki temelji na usposobljenosti in presoji posameznika, ki si ogleda izdane recepte in med njimi skuša najti neskladnosti s (lastnimi) pričakovanji. Ugotovljena odstopanja preveri pri zdravniku, ki je zdravila predpisal. Problem pri tovrstnem nadzoru je ohlapnost meril, ki se pri tem uporabljajo.

Nadzor nad predpisovanjem je lahko tudi del notranjega nadzora. Pri nadzoru postopka predpisovanja nas zanima, če je odločitev za določeno zdravilo mogoče utemeljiti iz zapisa o zdravstvenem stanju bolnika. Razen pri ponovnih receptih pričakujemo, da odločitev za določeno zdravilo temelji na izsledkih pogovora in eventualnega pregleda bolnika in da zapisani podatki potrjujejo tako oceno stanja (diagnozo) kot tudi predpisano zdravilo. Miselni proces odločanja bi moral biti praviloma zadovoljivo dokumentiran v zdravstvenem kartonu.

Poleg razvidnega zapisa odločanja o predpisanem zdravilu morajo biti v zdravstvenem kartonu ob vsakem predpisanem zdravilu jasni tudi sledeči podatki: ime zdravila, količina in oblika predpisanega zdravila, način in odmerek jemanja.

Pri kroničnih boleznih in/ali stalnem jemanju določenega zdravila v zdravstvenem kartonu pričakujemo tudi seznam stalnega zdravljenja (4), iz katerega lahko razberemo imena zdravil, obliko, način in odmere jemanja, stanje, zaradi katerega bolnik prejema zdravilo in dovoljeno število ponovnih receptov brez posveta z zdravnikom.

Primer: Na predpisovanje zdravil navadno gledamo skozi agregirane podatke o izdanih zdravilih in uporabljamo zdravnika kot enoto opazovanja. S pregledom naključnega vzorca zdravstvenih kartonov bolnikov, vpisanih pri zdravnikih v Zdravstvenem domu Jesenice, in vzorca zdravstvenih kartonov bolnikov, ki so v opazovanem obdobju obiskali tri zdravnike splošne medicine, sem ugotavljal, koliko bolnikom so v enem letu predpisali antibiotike, antihipertenzive, antilipemike in psihotropna zdravila.

Izmed 11.500 zdravstvenih kartonov bolnikov, vpisanih pri zdravnikih v Zdravstvenem domu Jesenice, smo izbrali naključni vzorec 583 kartonov bolnikov. Med 583 bolniki povprečno starimi 48 let je bilo 373 (64 %) žensk, ki so bile povprečno 8 let starejše (51 let) in 210 (36 %) moških povprečno starih 43 let ($p < 0,001$). V povprečju so bolniki svojega zdravnika v letu 1996 obiskali 3,6-krat.

127 (22 %) bolnikov je pri svojem zdravniku prejelo antihipertenzivna zdravila. Hipertonični so bili v povprečju 20 let starejši od ostalih, 63 let v primerjavi s 43 let ($p < 0,001$). Med njimi je bilo 21 % več žensk ($p = 0,01$). Pogosteje so v letu 1996 obiskali svojega zdravnika (5,2-krat v primerjavi s 3,1-krat; $p < 0,001$). Hipertonični so imeli 3-krat pogosteje predpisano psihotropno zdravilo od ostalih bolnikov ($p < 0,001$). Sistolične vrednosti krvnega tlaka pri hipertoničnih se gibljejo med 110 in 200 mmHg, povprečno 153 mmHg in kar 51 hipertoničnih (40 %) ima vrednosti v hipertenzivnem območju (160 mmHg in več), samo 26 (20 %) pa pod priporočenimi 140 mmHg. Diastolične vrednosti se gibljejo med 60 in 120 mmHg, v povprečju 91 mmHg in kar 48 (38 %) bolnikov ima vrednosti v hipertenzivnem območju (95 mmHg in več).

Hipertenzija predstavlja pomemben delež med kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Z 22 % predstavlja za zdravnika družinske medicine precejšnjo obremenitev. Bistveni problem pri uporabi antihipertenzivnih zdravil je še vedno pogosto nezadostno sodelovanje bolnikov, ki se kaže v neupoštevanju nefarmakoloških ukrepov, nenatančnem jemanju zdravil, kar ima za posledico slabo urejen krvni tlak.

22 (3,8 %) bolnikov je prejelo antilipemike. Bolniki so bili stari od 49 do 80 let, in so bili v povprečju 14 let starejši od ostalih (61 v primerjavi s 47 leti, $p < 0,001$). V spolu ni bilo razlik. Nekaj pogostejše obiskovanje bolnikov, ki so prejeli antilipemike, ni doseglo statistično pomembnih razlik. Med 22 uživalci antilipemikov je bilo 6 kardiovaskularnih bolnikov, kar 35 kardiovaskularnih bolnikov pa po dosegljivih podatkih ni prejelo antilipemikov.

Zanimivo je, da so antilipemike prejeli bolniki brez znane kardiovaskularne bolezni (primarna preventiva), medtem ko je le-te prejel le manjši del kardiovaskularnih bolnikov (sekundarna preventiva). Raziskave potrjujejo predvsem učinkovitost sekundarne preventive (10).

116 (20 %) bolnikov je v enem letu prejelo recept za vsaj eno kuro antibiotikov. Bolniki, ki so imeli v letu 1997 predpisan antibiotik, in ostali, se niso razlikovali po spolu in starosti, so pa pogosteje obiskovali svojega zdravnika (4,8-krat v primerjavi s 3,3-krat, $p < 0,001$). Veliko bolnikov s predpisanim antibiotikom se je v istem letu zdravilo zaradi akutnega respiratornega infekta, zato je pomembno poznati slog dela zdravnikov pri predpisovanju antibiotikov ob akutnih respiratornih infekcih in vplivati na spremembe, kjer je potrebno.

“Psihiatrično” diagnozo je imelo zapisanih le 43 (7,4 %) bolnikov, medtem ko je v zadnjih petih letih imelo predpisano psihotropno zdravilo 62 (11 %) bolnikov. Bolniki, ki so imeli predpisano psihotropno zdravilo, so bili v povprečju starejši (59 let) od ostalih (47 let) ($p < 0,001$), med njimi so bile več kot enkrat pogosteje ženske ($p = 0,005$), dvakrat pogosteje so imeli hipertenzijo ($p < 0,001$). V letu 1996 so v povprečju dvakrat več obiskali svojega zdravnika (5,3-krat v primerjavi s 3,3-krat) ($p = 0,001$), vendar je pogostejše obiskovanje zdravnika in predpisovanje psihotropnega zdravila statistično značilno povezano le pri ženskah ($p = 0,01$), medtem ko pri moških ni opaziti takšne povezave.

V letu 1994 so bili v Sloveniji psihofarmaki na četrtem mestu po številu izdanih receptov (7,7% vseh izdanih receptov) (11). Iz podatkov vidimo, da ima v skupini bolnikov zdravnika družinske - splošne medicine psihotropno zdravilo predpisanih 11 % bolnikov, kar je glede na ugotovljeno prisotnost anksioznih in depresivnih stanj v splošni populaciji (30 %) malo (12, 13). Prav tako ima v skupini bolnikov, ki obiskujejo zdravnika družinske - splošne medicine, le 24 % predpisano psihotropno zdravilo, kar je v primerjavi z v svetu in pri nas ugotovljeno pogostnostjo duševnih motenj med obiskovalci zdravnika družinske medicine (40 %) še vedno relativno nizko število bolnikov, zato se zastavlja vprašanje o kakovosti predpisovanja psihotropnih zdravil. Če na eni strani nekateri bolniki mogoče pretirano uživajo psihotropna zdravila, je verjetno na drugi strani velika skupina bolnikov, ki bi jim psihotropna zdravila, še zlasti antidepresivi, verjetno izboljšala kakovost življenja. Prav slednjim bo v prihodnosti veljalo posvetiti večjo pozornost, saj je na dolgi rok mogoče zmanjšati potrošnjo psihotropnih zdravil le s pravočasnim odkrivanjem duševnih motenj, razpoznavo somatoformnih motenj, njihovo pravilno obravnavo in ustreznim sporazumevanjem med zdravnikom in bolnikom. Zatiskanje oči pred tovrstno problematiko in potiskanje bolnika v somatsko medicino, daljša čakalne vrste zaradi nepotrebnih pregledov, večja stroške zaradi tega in večja škodljivosti zaradi jemanja jemanja nepotrebnih zdravil ter na koncu lahko zahteva veliko več psihofarmakov, kot bi jih sicer.

V treh ambulantah smo en teden zbirali podatke iz zdravstvenih kartonov in z anketiranjem zaporednih bolnikov, ki so imeli posvet z zdravnikom (12). Med 224 bolniki povprečno starimi 49 let je bilo 133 (59 %) žensk, ki so bile povprečno 6 let starejše (52 let) in 91 (41 %) moških povprečno starih 46 let ($p = 0,02$). V povprečju so bolniki svojega zdravnika v letu 1995 obiskali 6-krat.

V njihovih zdravstvenih kartonih je imelo zapisano “psihiatrično” diagnozo 57 (25 %) bolnikov, medtem ko je v zadnjih petih letih imelo predpisano psihotropno zdravilo 54 (24 %) bolnikov. Pri 25 bolnikih je bila ob posvetu pri 25 (11 %) bolnikih postavljena nova “psihiatrična” diagnoza. 114 (51 %) bolnikov je na ocenjevalni lestvici za prisotnost duševnih motenj Duke-AD doseglo več kot 4 točke. Bolniki, ki so imeli predpisano psihotropno zdravilo, so bili v povprečju starejši (58 let) od ostalih (47 let) ($p < 0,001$), med njimi je bilo 50 % več žensk ($p < 0,001$), in so imeli 60 % pogosteje neko kronično bolezen ($p = 0,004$). V letu 1995 so pogosteje obiskali svojega zdravnika (8,8-krat v primerjavi s 5,2-krat) ($p = 0,001$), vendar je pogostejše obiskovanje zdravnika in predpisovanje psihotropnega zdravila statistično značilno povezano le pri ženskah ($p < 0,001$), medtem ko pri moških ni opaziti takšne povezave. Za bolnike, ki so dosegli več kot 4 točke z Duke-AD vprašalnikom, je bila 1,76-krat večja verjetnost, da so imeli predpisano psihotropno zdravilo ($p < 0,001$).

Samoocenjevanje (samonadzor) kakovosti

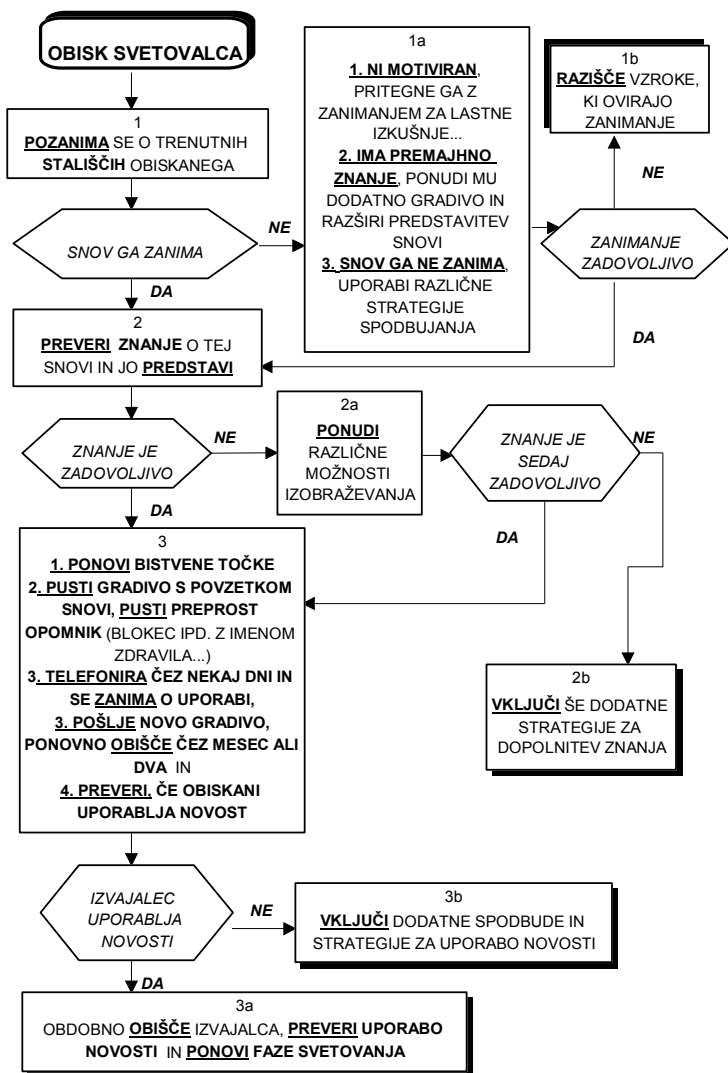
Če so našteje oblike nadzor od zgoraj, predstavlja samoocenjevanje obliko izboljševanja kakovosti od spodaj (14). Zdravnik sam je zainteresiran, da izboljša svoje delo in si pri tem pomaga s kolegi iste stroke, da zbira relevantne podatke, s katerimi odkrije slabosti pri svojem delu in jih odpravi.

Krožki kakovosti

Krožek kakovosti ali druge oblike strokovnih sestankov o predpisovanju zdravil lahko pomembno prispevajo k izmenjavi podatkov in izkušenj (15). Ključno vlogo pri prenosu spoznanj imajo vodilni kolegi v stroki.

Svetovanje

Svetovanje (individualno) je najuspešnejša oblika spodbujanja sprememb (16). To so že zdavnaj spoznali v farmacevtskem marketingu in ga s pridom uporabljajo. Svetovalci so strokovnjaki s področja, o katerem svetujejo z dodatno usposobljenostjo za ocenitev obiskanega in uspešno posredovanje usmerjenih sporočil. Temelj svetovanja je obisk svetovalca pri posameznem izvajalcu (slika 1). Svetovalec se na tak obisk temeljito pripravi. Opraviti mora predhodno raziskavo “tržišča” in ugotoviti, kakšne so potrebe in pripravljenost izvajalcev, ki jih namerava obiskati. Pri tem lahko uporablja administrativne podatke, podatke lekarn, opravi pogovore s posameznimi izvajalci. Oborožen s temi podatki lažje načrtuje vsebine obiska, ki je praviloma zelo kratek. Včasih svetovalec v pripravljalnem obdobju obiše cenjene strokovnjake in vodilne v stroki, da si pridobi njihovo mnenje o projektu in preveri njihovo “uporabnost” pri obiskih izvajalcev.

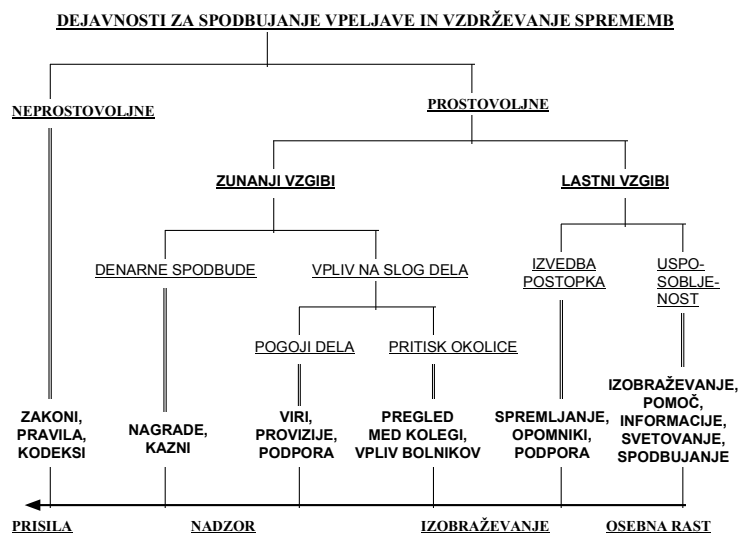


Slika 1. Potek obiska svetovalca poteka v treh korakih: 1. z vpletanjem izkušenj obiskanega poveča motivacijo za novost; 2. na podlagi preverjenega znanja oblikuje posredovanje sporočila; obiskanega ne pusti brez opomnikov na posredovano sporočilo, temveč ga (3.) z različnimi načini spomni na obisk in na predstavljeno novost.

V približno desetminutnem obisku se omeji na eno bistveno snov, ki ji ob odhodu, praktično med vrati, doda še eno, ki jo samo uvede. Metoda je zelo učinkovita zlasti pri tistih, ki so bolj dovzetni za sugestijo drugih. Zaradi znatnih stroškov jo pretežno uporabljajo tovarne zdravil, ki želijo povečati tržni delež svojim pripravkom. S pridom jo je moč uporabljati tudi v nekomercialne izobraževalne namene (16, 17). Zavedati pa se moramo omejitev, ki jih ima tudi ta način spodbujanja sprememb: korist mora biti vsaj enaka, če ne večja, kot so stroški. Zato je primerna le za področja, ki povzročajo velike stroške in so izrazito povezana s slogom dela (npr. predpisovanje določenih dragih in/ali pogosto predpisovanih skupin zdravil).

Spodbude

Za učinkovito izboljševanje kakovosti moramo vedno uporabiti primerno kombinacijo strategij za spodbujanje spremembe (slika 2) (16, 18).



Slika 2. Dejavnosti, ki so na razpolago za spodbujanje sprememb. Puščica kaže smer prizadevanj zdravstvene politike in plačnika zdravstvenih storitev, ki pričakujeta, da je z nadzorom izvajanja predpisov mogoče zagotoviti pričakovano raven kakovosti. Prednost imajo notranji vzgibi, ki se naslanjajo na osebno rast in izobraževanje.

Sklep

Predpisovanje zdravil je del zapletenega postopka odločanja. Težave v zvezi s predpisovanjem lahko nastopijo na različnih področjih. Zdravnik se mora zavedati možnih odstopanj in si stalno prizadevati za izboljšanje lastnega dela. Različne oblike nadzora, povratnih podatkov in spodbud so mu pri tem v pomoč, ne morejo pa nadomestiti lastnih vzgibov k čim boljšemu delu.

Literatura

1. Kersnik J. Kakovost oskrbe. V: Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998:3-34.
2. de Vries TPGM., R H Henning, H V Hogerzeil, D A Fresle. *Guide to good prescribing. A practical manual*. Geneva: World Health Organization, 1998.
3. Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. *Zdrav Var* 1996;35:193-9.
4. Kersnik J. Seznam zdravljenja v problemsko usmerjeni dokumentaciji. *Zdrav Var* 1996;35:335-8.
5. Gradišek T. Politika razvrščanja zdravil na liste. V: Švab I, Kersnik J, eds. *Predpisovanje zdravil v družinski medicini. 15. učne delavnice za zdravnike družinske - splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998:21-5.
6. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. V: Švab I, ed. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:33-40.
7. Kersnik J. Oblike sistematičnega izboljševanja kakovosti. V: Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998:73-86.
8. Kersnik J. Izobraževanje za kakovost. V: Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998: 275-292.
9. Kersnik J. Temeljna načela izboljševanja kakovosti pri nadzoru nad predpisovanjem zdravil. *Zdrav Var* 1996;35:333-4.

10. Scandinavian simvastatin survival study group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian simvastatin survival study (4S). *Lancet* 1994; 344:1383-9.
11. Oražem A, Pečar Čad S. Ambulantno predpisovanje nevroleptikov. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Nevroleptično zdravljenje. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1996:86-95.
12. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao Shanyang, Nelson CB, Hughes M, Shelman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from national comorbidity survey. *Arch Gen Psych* 1994;51:8-19.
13. Kersnik J. Preverjanje uporabnosti prilagojenega Duke-AD vprašalnika za ugotavljanje prisotnosti anksioznih in depresivnih stanj v splošni medicini. *Zdrav Var* 1998;37:11-4.
14. Kersnik J. Samoocenjevanje kakovosti pri predpisovanju antibiotikov pri akutnem respiratornem infektu. *Zdrav Var* 1996;35:365-7.
15. Kersnik J. Krožek kakovosti. V: Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998:177-88.
16. Soumerai SB, Avron J. Principles of educational outreach (“academic detailing”) to improve clinical decision making. *JAMA* 1990;263:549-56.
17. Kersnik J. Obvladovanje sprememb. V: Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino - SZD, 1998:253-74.
18. Williamson JW. Issues and challenges in quality assurance of health care. *International Journal for Quality in health Care* 1994;6:5-15.

SOČASNO PREDPISOVANJE ZDRAVIL V AMBULANTAH OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Irena Rupnik Ravnihar

Vloga farmacevta pri predpisovanju in porabi zdravil

Rezultati raziskave, ki jo je izvedlo Ameriško farmacevtsko združenje, so pokazali, da farmacevti svetujejo šestim od desetih bolnikov, in kar 72 % farmacevtov ponudi nasvet, preden bolnik sploh zanj zaprosi. Od udeleženih farmacevtov jih 72 % ugotavlja, da se je pomen njihovega svetovanja v zadnjih 25 letih povečal, kar 80 % pa bi si jih želelo, da bi bila njihova možnost svetovanja še večja. Nekaj več kot polovica farmacevtov bi za ustrezno svetovanje potrebovala več časa, skoraj 75 % pa ustnemu svetovanju doda tudi pisno informacijo. Glede na rezultate raziskave farmacevti bolnikom največkrat svetujejo, kako jemati zdravila, o stranskih učinkih ter o medsebojnem delovanju zdravil.

Anketirani farmacevti navajajo kot največje prednosti svetovanja (1, 2, 3):

- ⇒ izboljšanje pravilne uporabe zdravil (66 %),
- ⇒ boljše razumevanje zdravljenja (58 %),
- ⇒ hitrejše okrevanje (20 %).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 1993 v Tokiu podala smernice o izboljšanju in zagotavljanju kakovosti pri zdravljenju z zdravili, da bi se tako izognili številnim težavam, ki se pojavljajo pri zdravljenju z zdravili (4).

Leta 1994 so formirali raziskovalno mrežo Pharmaceutical Care Network in Europe (PCNE) z namenom, da bi razvijala farmacijo po načelih farmacevtske skrbi in bi povezovala v skupen projekt aktivnosti, ki so že simultano nastale po posameznih državah (5).

V prihodnosti vidim vse večje upoštevanje naštetih dejavnikov tudi zato, ker je Slovenija postala polnopravna članica EuroPharm Foruma, v katerega je vključenih 30 evropskih držav. Na četrtem letnem srečanju 18. in 19. junija 1995 na Dunaju je Slovenija (kot trideseta) postala polnopravna članica Foruma. Slovenijo predstavlja v Forumu Lekarniška zbornica, letnih srečanj pa se lahko udeležuje tudi predstavnik Slovenskega farmacevtskega društva. Forum je bil ustanovljen z namenom, vzpostaviti dialog in sodelovati z nacionalnimi farmacevtskimi organizacijami v Evropi in z Evropsko regijo Svetovne zdravstvene organizacije s ciljem, izboljšati zdravje prebivalstva. Forum si prizadeva izboljšati (6):

- ⇒ zdravljenje z zdravili in racionalno porabo zdravil,
- ⇒ zdravstveno prosvetljevanje,
- ⇒ zagotavljanje kakovosti zdravil in storitev,
- ⇒ sodelovanje farmacevtov v preventivnih programih,
- ⇒ tesnejše sodelovanje med zdravstvenimi delavci.

Smernice farmacevtske skrbi v Evropski Uniji

Prihodnost farmacije, kot jo določa evropska zdravstvena politika, je farmacevtsko varstvo in skrb za bolnika, gledana z vseh vidikov. Nov koncept farmacevtske skrbi zajema stalno farmacevtsko skrb, zagotoviti bolniku optimalno možno oskrbo in s tem izboljšati njegovo kakovost življenja.

Ob upoštevanju ideje in izkušenj s farmacevtsko skrbjo v ZDA je Farmaceutska skupina Evropske unije (Pharmaceutical Group of European Union (PGEU)) ta koncept izboljšala in izpopolnila z Dobro lekarniško prakso (GPP in Europe). To je danes osnovni dokument, ki bo vodil stroko v prihodnosti. Dobra lekarniška praksa postavlja farmacevta v vlogo, da daje bolniku splošna in posebna navodila, ki so življenjskega pomena za pravilno in varno uporabo zdravila. Pomanjkljiva informacija in slabo posredovana navodila vodijo k napačnemu zdravljenju, zapravljanju denarja, kar pomeni večje stroške zdravljenja (1-9).

Poraba zdravil

Poraba (utilizacija) zdravil po definiciji SZO pomeni distribucijo, trženje, predpisovanje in uporabo zdravil v družbi s poudarkom na medicinskih, socialnih in ekonomskih posledicah. ATC/DDD (anatomsko terapevtska razvrstitev zdravil/dnevno opredeljen odmerek zdravila) sistem je bil primarno zasnovan kot orodje za spremljanje porabe zdravil (10). Že dlje časa se uporablja za raziskave na področju porabe zdravil, kjer se je izkazal kot zelo primeren za primerjave v porabi zdravil tako na državni kot tudi mednarodni ravni in za vrednotenje dolgoročnih trendov pri porabi zdravil (11).

Po priporočilih SZO naj bi bili podatki o porabi in uporabi zdravil prikazani kot število DDD na tisoč prebivalcev na dan oziroma v primeru bolnišnične porabe zdravil v številu DDD na sto oskrbnih dni. Podatki o veleddrogerijski prodaji zdravil ali predpisovanje zdravil na recepte, podani kot številu DDD na tisoč prebivalcev na dan, predstavljajo grobo oceno o deležu izbrane populacije, ki se dnevno zdravi z določenim zdravilom.

Za zdravila za zdravljenje akutnih bolezni, ki se običajno uporabljajo le za krajše obdobje, kot so npr. antiinfektivi, je pogosto primernejše prikazovanje podatkov kot število DDD na prebivalca na leto, kar poda oceno, koliko dni v letu se s takim zdravilom v povprečju zdravi en prebivalec v populaciji (12).

Viri podatkov za spremljanje porabe zdravil:

- ⇒ podatki lekarn o izdaji zdravil (recepti, naročilnice, izdajnice, samozdravljenje)
- ⇒ podatki zdravstvenih zavarovalnic, ki se zbirajo predvsem zaradi povračila stroškov za zdravila
- ⇒ podatki iz zdravstvenih kartonov, s temperaturnih listov itd.
- ⇒ podatki farmacevtske industrije o proizvodnji zdravil
- ⇒ podatki veleddrogerij o prodaji zdravil

Podatke lahko dobimo tudi z vzorčenjem. Kot osnova za nekatere podatke o zdravilih služi Podatkovna zbirka za poslovne potrebe lekarn in avtomatska obdelava receptov. Spremljanje ambulantnega predpisovanja zdravil v Sloveniji poteka na osnovi avtomatske obdelave zdravniških receptov (AOR).

Receptni obrazec omogoča spremljanje porabe in uporabe zdravil po:

- ⇒ posameznem zdravilu
- ⇒ vrstah zdravil (gotova zdravila, magistralni, galenski pripravki)
- ⇒ starosti in spolu bolnikov
- ⇒ občini zavarovanja bolnika
- ⇒ številu vročitev (izdanih škatlic)
- ⇒ vrstah zavarovanja
- ⇒ zdravstveni organizaciji, kjer je predpisujoči zdravnik zaposlen
- ⇒ identifikacijski številki zdravnika
- ⇒ specialnosti zdravnika
- ⇒ vrednosti zdravil

Sočasno predpisovanje zdravil

V farmakoepidemioloških raziskavah v svetu so dokazali, da se z večanjem števila sočasno uporabljenih zdravil veča tudi verjetnost pojavljanja škodljivih stranskih učinkov zdravil. Sočasno predpisovanje različnih zdravil torej vpliva na varnost uporabe zdravil. Sodobna farmakoterapija zahteva, da moramo posebno skrb nameniti bolnikom, ki jemljejo več zdravil hkrati. V določenih primerih se lahko pojavijo tudi učinki, ki bolnika lahko ogrožajo, in sicer:

1. neustrezno predpisovanje zdravil - neskladno z diagnozo (neustrezno zdravilo, zdravilna oblika, odmerek, interval odmerjanja, trajanje zdravljenja, nepotrebno zdravljenje, neustrezen režim zdravljenja),
2. neustrezna vročitev - izdaja zdravila (npr. da zdravilo ni dosegljivo zaradi cene, motenj v preskrbi, zaradi družbenih ovir ali npr. napake ob izdaji vključno z napačnim svetovanjem),
3. nepravilen odnos in neodgovornost bolnika do zdravljenja oz. zdravil,
4. pomanjkljiv nadzor zdravljenja z zdravili.

V večini ameriških zveznih držav potekajo študije, povezane s projektom TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring - spremljanje izidov predpisovanja zdravil). To je strategija za uvajanje farmacevtske skrbi (Pharmaceutical care) v vsakdanjo prakso. Cilj projekta TOM je vzpostaviti nadzor nad uspešnostjo zdravljenja kot stalni postopek za izboljšanje kakovosti zdravljenja. Pri tem je osrednjega pomena sodelovanje med farmacevtom, bolnikom in zdravnikom (svetovanje in poučevanje bolnika, pogovor o zdravilu in ocenjevanje zdravljenja z njim, posvetovanje z bolnikom in lečečim zdravnikom, spremljanje poteka zdravljenja skozi pogovor z bolnikom v določenih časovnih razmikih) (1-9).

Hitro uvajanje velikega števila novih zdravilnih učinkovin v uporabo je sovpadalo z vse večjo zahtevo po zdravstvenih storitvah, kar je posledica naglega ekonomskega razvoja in s tem višanja življenjskega standarda, nastanka socialno varstvenih sistemov in nacionalnih zdravstvenih sistemov, ki praviloma vključujejo tudi povračilo stroškov za zdravila. Vedno močnejši je postajal tudi vpliv hitro razvijajoče se farmacevtske industrije, ki si je skušala zagotoviti čim večje tržišče.

Vsi naštetih dejavniki so povzročili naglo večanje porabe zdravil, ki je z leti eksponentno naraščala. Z vse večjo porabo zdravil pa se je pokazala tudi potreba po vrednotenju teh zdravil tako z vidika učinkovitosti, kot z vidika varne uporabe. Zaradi vse večjega zanimanja za varnost, učinkovitost, stroške in primernost zdravljenja z zdravili se je pokazala potreba po razumljivi in izčrpni analizi dejavnikov, ki določajo porabo zdravil.

Metoda za spremljanje ambulantnega predpisovanja zdravil v Sloveniji, ki jo uporabljamo v okviru nacionalnega programa, ne omogoča ugotavljanja sočasnega predpisovanja zdravil in dejavnikov, ki na takšno predpisovanje vplivajo (13, 14), zato smo zasnovali raziskavo, s katero smo prikazali obseg in pomen sočasnega predpisovanja zdravil.

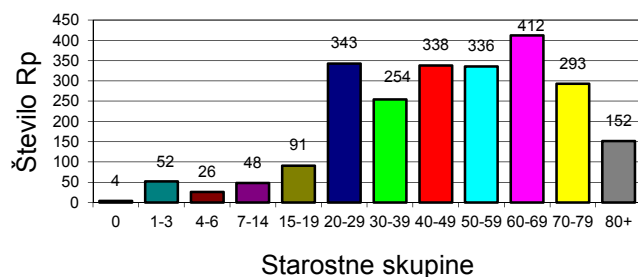
Raziskavo o porabi oz. uporabi in hkratnosti predpisovanja zdravil smo v Centralni lekarni Ljubljana radomizirano izbrali štiri dneve, vsak dan v različnem letnem času, upoštevali smo optimalno frekvenco obiskov (dan v sredini tedna, brez predhodnih praznikov in dopustov, nekje v sredini letnega časa).

Na dan se v Centralni lekarni Ljubljana izda povprečno 700 receptov. Iz vzorca sem izključila izdajo magistralnih in galenskih pripravkov, tako se je v vzorec uvrstilo 2345 receptov oz. 1489 bolnikov, ki jim je bilo izdano 361 različnih generičnih imen zdravilnih učinkovin. Od 489 bolnikov, zajetih v raziskavo, je bilo 1016 žensk (68,2 %) in 473 moških (31,8 %). Odstotni delež izdaje zdravil na zdravniški recept po FS na prvem in drugem mestu v CLL v raziskovanem obdobju ne razlikuje v primerjavi z izdajo zdravil iz FS 10 in FS 02 v Sloveniji v letu 1995.

Za vse izbrane bolnike sem z receptnih obrazcev zajela in zbrala naslednje podatke:

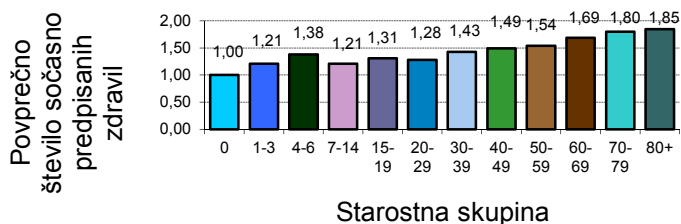
1. Splošni podatki o bolniku.
2. Podatki o predpisanih zdravilih:
 - ⇒ zaščiteno ime in oblika zdravila,
 - ⇒ generično ime zdravila,
 - ⇒ klasifikacijska šifra zdravila po klasifikacijah EKZ (Enotna Klasifikacija Zdravil - po Registru zdravil RS; 1995) in ATC (Anatomsko Terapevtsko Kemijska Klasifikacija, po italijanski ATC klasifikaciji; 51. izdaja, 1991) (15-17),
 - ⇒ število originalnih zavoječkov zdravil, ki jih je dobil bolnik,
 - ⇒ sočasnost predpisanih zdravil.

Predpisovanje zdravil prikazujemo po naslednjih starostnih skupinah: 0 let, 1-3 let, 4-6 let, 7-14 let, 15-19 let, 20-29 let, 30-39 let, 40-49 let, 50-59 let, 60-69 let, 70-79 let ter 80 let in več (slika 1).



Slika 1. Predpisovanje zdravil po starostnih skupinah. Največje število bolnikov z izdanim zdravilom je v starostni skupini 60-69 let, 20-29 let, na tretjem mestu sledijo starostne skupine 40-49 let, 50-59 let in 70-79 let.

Zanimivo je, da s starostjo narašča povprečno število sočasno predpisanih zdravil po starostnih skupinah, ravno tako je v porastu tudi polifarmakoterapija (slika 2).



Slika 2. Povprečno število sočasno predpisanih receptov po starostnih skupinah.

Predpisovanje zdravil po glavnih skupinah in podskupinah ATC in EKZ klasifikacije

Tabela 1 prikazuje predpisovanje zdravil razvrščenih po italijanski ATC klasifikaciji zdravil.

Tabela 1. Predpisovanje zdravil po glavnih skupinah ATC klasifikacije.

ATC skupina	Št. zdr.	Št. receptov		Št. Bolnikov	
		Št.	%	Št.	%
A Prebavni trakt in metabolizem	42	303	12,92	299	13,32
B Kri in krvotvorni organi	15	71	3,03	70	3,12
C Kardiovaskularni sistem	49	340	14,50	336	14,97
D Dermatologiki	37	221	9,42	203	9,04
G Urogenitalni sistem in spolni hormoni	31	257	10,96	202	9,00
H Sistemski hormonski preparati, razen spolnih hormonov	17	93	3,97	92	4,10
J Splošni antiinfektivni za sistemsko uporabo	32	234	9,98	231	10,29
L Antineoplastiki in imunomodulatorji	2	8	0,34	8	0,36
M Mišično-skeletni sistem	20	144	6,14	143	6,37
N Živčni sistem	61	383	16,33	376	16,75
P Antiparazitiki	3	5	0,21	5	0,22
R Respiratorni trakt	30	205	8,74	201	8,95
S Senzorni organi	22	81	3,45	79	3,52
V Ostalo	0	0	0,00	0	0,00
Skupaj	361	2345	100,0	2245	100,0

Tabela 2. Predpisovanje zdravil po glavnih skupinah EKZ klasifikacije.

EKZ skupina	Št. zdr.	Št. receptov.		Št. Bolnikov	
		Št.	%	Št.	%
01 Zdravila, ki delujejo na imunološke mehanizme	1	1	0,04	1	0,05
02,32 Zdravila, ki delujejo na infektivne in parazitarne bolezni	39	254	10,83	245	12,2
03 Zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje neoplazem	1	7	0,3	7	0,35
04,34 Zdravila, ki delujejo na endokrine bolezni	27	127	5,42	114	5,68
05 Zdravila, ki delujejo na bolezni metabolizma in prehrane	17	137	5,84	131	6,52
06 Zdravila, ki delujejo na bolezni krvi in krvotvornih organov	10	43	1,83	42	2,09
07 Zdravila, ki se uporabljajo pri duševnih motnjah	37	220	9,38	175	8,72
08 Zdravila, ki delujejo na živčevje	23	157	6,7	147	7,32
09 Zdravila, ki delujejo na očesne in ušesne bolezni	23	118	5,03	102	5,08
10,40 Zdravila, ki delujejo na bolezni kardiovaskularnega sistema	53	367	15,65	268	13,35
11 Zdravila, ki delujejo na bolezni respiratornega sistema	24	148	6,31	123	6,13
12 Zdravila, ki delujejo na bolezni digestivnega sistema	27	182	7,76	153	7,62
13 Zdravila, ki delujejo na bolezni urogenitalnega sistema	19	228	9,72	172	8,57
14 Zdravila, ki se uporabljajo pri porodu in komplikacijah med nosečnostjo, porodom in puerperijem	1	1	0,04	1	0,05
15 Druga zdravila, ki delujejo na bolezni kože in podkožnega tkiva	38	208	8,87	184	9,16
16 Zdravila, ki delujejo na bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva	19	143	6,10	139	6,92
17 Sredstva za nadomeščanje krvi in parenteralna prehrana	2	4	0,17	4	0,20
Skupaj	361	2345	100,0	2008	100,0

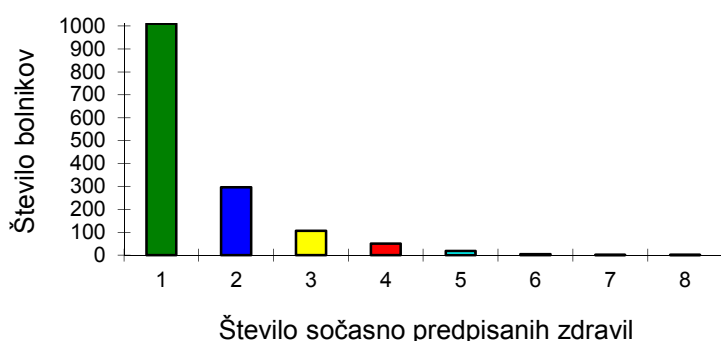
Frekvenca izdajanja zdravil na recept za posamezna zdravila oz. skupino zdravil nam pove, kolikokrat je bilo zdravilo ali skupina zdravil izdanih na recept v Centralni lekarni Ljubljana v celem opazovanem obdobju vsem bolnikom v izbrani populaciji. Zdravila, ki so se izdajala na recept le občasno, imajo zato nižjo frekvenco.

Največjemu številu bolnikov v opazovani populaciji so izdali v CLL pripravke z učinkom na živčni sistem 376 bolnikom oz. 16,75 % s frekvenco predpisovanja 383. Sledijo pripravki z delovanjem na srce in ožilje (336 bolnikom oz. 14,97 %, s frekvenco predpisovanja 340) in pripravki z delovanjem na bolezni prebavnih poti in metabolizma (299 bolnikom oz. 13,32 %, s frekvenco predpisovanja 303).

Tabela 2 prikazuje izdana zdravila, predpisana na zdravniški recept po III. EKZ klasifikaciji.

Izbranim bolnikom so v opazovanem obdobju izdali največ zdravilnih pripravkov iz FS 10 (zdravila, ki delujejo na bolezn kardiovaskularnega sistema), sledijo zdravila iz FS 02 (zdravila, ki delujejo na infektivne in parazitarne bolezni), FS 13 (zdravila, ki delujejo na bolezn urogenitalnega sistema) in FS 15 (druga zdravila, ki delujejo na bolezn kože in podkožnega tkiva) ter FS 07 (zdravila, ki se uporabljajo pri duševnih motnjah).

Sočasno izdana zdravila, predpisana na recept



Slika 3. Število sočasno predpisanih zdravil pri posameznih bolnikih.

Prikazani model za raziskovanje uporabe zdravil je primeren tudi za spremljanje sočasnega predpisovanja zdravil.

Opazovani populaciji so v povprečju sočasno predpisovali 1,53 zdravil. Največje število sočasno predpisanih zdravil je bilo 8 (izdano bolnici, stari 67 let), najmanjše pa 1 (slika 3).

Po ATC klasifikaciji izdanih zdravil v CLL sem izločila zdravila za vse bolnike, katerim so sočasno predpisali več kot eno zdravilo, izpisala v posebno tabelo ter jim dodala številko bolnika (iz osnovne baze podatkov). Tako sem s pomočjo PIVOT tabel v Excel programu ovrednotila podatke o časovno izdanih zdravilih v CLL, in sicer sem:

- ⇒ poiskala pet najpogosteje predpisanih zdravil po generičnih imenih oz. ATC oz. EKZ klasifikaciji,
- ⇒ določila število kombinacij, v katerih je bilo prisotno določeno zdravilo,
- ⇒ poiskala preko šifer bolnikov še generična imena zdravil, katera so istočasno nastopala s petimi najpogosteje sočasno predpisanimi zdravili.

Med izločenimi kombinacijami 2345 izdanih receptov v CLL so v opazovanem obdobju najpogosteje v kombinaciji vročili antihipertenziv ENALAPRIL; frekvenca enalapila v vseh sočasno izdanih kombinacijah je 98, dobilo ga je 47 bolnikov, predpisan pa je bil s 55 različnimi zdravili po generičnih imenih. Enalapril je najpogosteje nastopal v kombinaciji z antihipertenzivom nifedipinom (5), antiagregacijskim zdravilom acetilsalicilno kislino (5), antihipertenzivom amlodipinom (4), hipolipemikom lovastatinom (4), kardiotonikom medigoksinom (4), antihipertenzivom metoprololom (4), kar kaže na sočasno predpisovanje zdravil pri težjih bolnikih s kombinacijo kroničnih bolezni (zvišan krvni tlak, hiperlipemija, motnje srčnega ritma). Z ostalimi zdravilnimi pripravki je nastopal tri- in manjkrat.

Druga najpogosteje v kombinaciji nastopajoča zdravilna učinkovina je antiagregacijsko in antipiretično zdravilo ACETILSALICILNA KISLINA, ki se pojavi 83-krat. Sočasno z drugimi zdravili je bila izdana 36 bolnikom in sicer z 48 različnimi generičnimi imeni zdravil. Acetilsalicilna

kislina je bila največkrat v kombinaciji z naslednjimi: antihipertenziv enalapril (5), anksiolitik diazepam (4), antirevmatik diklofenak (4), antihipertenziv nifedipin (4), antiaritmik verapamil (4).

Naslednji je blokator H2 receptorjev RANITIDIN, ki se pojavi po frekvenci vseh sočasno predpisanih zdravil 76-krat. V CLL so ga izdali 33 bolnikom, v kombinaciji s 55 različnimi generičnimi imeni. Najpogosteje je nastopal skupaj s hidrotalcitom (8), anksiolitikom lorazepamom (3) in antiaritmikom verapamilom (3). Z ostalimi se je ranitidin sočasno pojavil dva- in manjkrat.

Četrta najpogosteje izdana zdravilna učinkovina je LORATIDIN. Frekvenca vseh sočasno izdanih kombinacij loratidina z ostalimi zdravili je 41. Predpisan je bil 26 bolnikom, vročili pa so ga 34-krat z različnimi zdravili po generičnih imenih.

Na petem mestu sledi HIDROTALCIT, ki se je pojavil v kombinaciji 54-krat. Izdali so ga 25 bolnikom v kombinaciji s 34 različnimi generičnimi imeni ostalih zdravil. Najpogosteje je bil hidrotalcit predpisan z ranitidinom (8), ketoprofenom (4), kalcijevim karbonatom (3) in lorazepamom (3). Z ostalimi zdravili po generičnih imenih se je hidrotalcit pojavil dva in manjkrat.

Analiza variance (F-test)

V primerjavi rezultatov spremljanja porabe zdravil v CLL smo v veliko primerih dobili pričakovane odzive s skupno slovensko porabo in porabo zdravil v vseh lekarnah, v drugih pa popolnoma nepričakovane. Ženskam so sočasno predpisovali povprečno 1.49 zdravil, moškim pa 1.57 zdravil; tabela 3, razlike niso statistično pomembne.

Ostale lastnosti bolnikov imajo značilen vpliv na število sočasni predpisanih zdravil. S starostjo se povprečno število sočasni predpisanih zdravil enemu bolniku večja.

Pri rezultatih, dobljenih s Pearsonovim koeficientom, smo ugotovili naslednje:

- ⇒ v starejših starostnih skupinah (zgornje meje) je tudi število bolnikov večje ($r=0.6453$). Tu gre za pomembno pozitivno korelacijo med parametroma.
- ⇒ z večanjem starosti bolnikov se večja tudi število izdanih receptov. Vrednost Pearsonovega koeficienta ($r=0.7316$) potrjuje visoko pozitivno korelacijo.
- ⇒ naraščanje starosti bolnikov je v visoki pozitivni korelaciji s številom izdanih zdravil na recept v CLL ($r=0.7316$).

Tabela 3 prikazuje porabo zdravil glede na spol. Ženske jemljejo več zdravil sočasno kot moški.

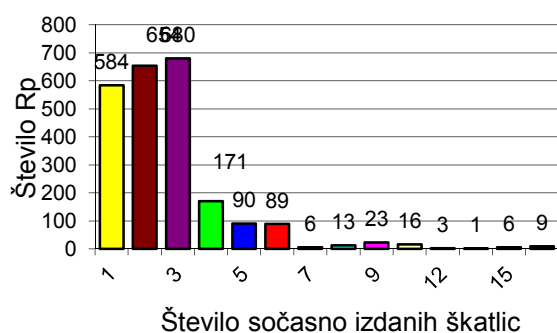
Tabela 3. Število sočasno izdanih receptov po spolu.

Število soč. izdanih Rp	Ženske		Moški		Skupa j	%
		%		%		
1	702	69,09	308	65,12	1010	67,83
2	198	19,49	99	20,93	297	19,95
3	68	6,69	38	8,03	106	7,12
4	32	3,15	19	4,02	51	3,43
5	11	1,08	7	1,48	18	1,21
6	3	0,3	2	0,42	5	0,34

7	1	0,1	0	0,00	1	0,07
8	1	0,1	0	0,00	1	0,07
Skupaj	1016	100,0	473	100,0	1489	100,0
Povp.št./bol	1,49		1,57			

Največje povprečno število različnih zdravil so sočasno uporabljali bolniki v starostni skupini 60-69 let, povprečno 1,78 različnih zdravil.

Število izdanih škatlic na posamezni recept prikazuje slika 4.



Slika 4. Število sočasno izdanih škatlic zdravil na en recept.

Predpisovanje zdravil na recept je omejeno s predpisi in za kronično zdravljenje ne sme presegati količine izdanih zdravil za tri mesece. Ker je bilo največ zavojčkov izdanih zdravil na recept za kontraceptive (bolnice 20-29 let, v rodnem obdobju), kjer se na zdravniški recept lahko napiše največ tri zavojčke kontraceptivov, prevladuje stolpec s tremi sočasno izdanimi škatlami zdravil.

Bolniki, ki so dobivali po šest ali več zavojčkov zdravil, večinoma prejemajo zdravila za zdravljenje kroničnih bolezni (kardiovaskularne bolezni, bolezni prebavnega sistema - hidrotalcit). Še zlasti izstopajo bolniki s sladkorno boleznijo s 15 ali 20 zavojčki zdravil.

Sklep

Zbiranje podatkov iz zdravniških receptov, izdanih v Centralni lekarni Ljubljana, nam lahko služi tudi kot informacija o predpisovanju zdravil oz. predpisovalnih navadah zdravnikov.

Če bi želeli ugotoviti resnično porabo zdravil pri izbranih bolnikih, bi v raziskavo morali vključiti tudi:

- ⇒ podatke iz zdravstvenega kartona (npr. diagnoza, za katero je bilo zdravilo predpisano, DDD za posameznega bolnika, dolžina zdravljenja s predpisanim zdravilom);
- ⇒ poleg tega bi bilo potrebno v takšne raziskave vključiti tudi podatke o sodelovanju bolnikov pri jemanju zdravil (patient compliance) in podatke o zdravilih, ki jih bolnik dobi na drugem mestu in jih tudi uporablja, kar bi nam omogočil le intervju z bolnikom.

Le na tak način bi lahko dobili pravilen vpogled o porabi zdravil pri izbrani populaciji, na osnovi katerega bi lahko načrtovali ustrezne ukrepe za izboljšanje zdravljenja z zdravili in s tem izboljšali kakovost življenja.

Literatura

1. Mitchell JL. Pharmaceutical Care in an Ambulatory Care Center. *Am Pharm* 1993; 33:31-5.
2. Šegedin D, Jermol A, Krsmanovič M, Žitnik D. Farmaceutvska skrb. *Farm Vestn* 1996;47:85-93.
3. Turk K. *Nova vloga farmacevta v zdravstvenem varstvu. Dermatiki*. Ljubljana: Zavod za farmacijo in za preizkušanje zdravil, 1994:73-86.
4. WHO second Meeting, Tokyo, Japan. The role of the pharmacist: Quality pharmaceutical services - benefits for governments and the public, 31 Avgust - 3. September 1993, Part II, 5 - 11.
5. The fortyseventh World Health Assembly. *The role of the pharmacist in support of the WHO revised drug strategy*. May 1994.
6. The Third Annual Meeting of the EuroPharm Forum. *Questions to ask about your medicines*. Workshop, 30 - 31 May 1994.
7. Schulz M, Brushwood DB. The Pharmacist's Role in Patient Care. *Pharm D* 1991;31:42-8.
8. Taylor D. Pharmacy in a new age. *The Phamaceutical Journal* 1995;254:543-6.
9. The second International Symposium on the Malta. *The role of the pharmacist in health promotion and disease prevention*. March 1996:21-3,32-6,40,41.
10. Vučko S. Anatomsko-terapevtično-kemijska (ATC) klasifikacija zdravil. *Farm Vestn* 1996;47:73-84.
11. Le Roux MGJ. The anatomical therapeutical chemical (ATC) drug classification system, possible new application. *Int Pharm J* 1990; 4:150-3.
12. Šmid-Korbar J. *Vrednotenje ustreznosti metod za spremljanje porabe zdravil. Raziskovalno delo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije, 1994.
13. Ambulantno predpisovanje zdravil v R Sloveniji in zdravstvenih regijah v letu 1995. *Zdrav Var* 1996;35(suppl 4).
14. *Zakon o zdravilih* (Ur.list RS št.9/96).
15. *Register zdravil R Slovenije*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo in Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995.
16. *Registar osnovnih podatka farmakoinformatike*. 33 izdaja., Zagreb: 1989.
17. *Italian directory of drugs and manufacturers. 51 edizione*. Milano: Organizzazione Editoriale Medico Farmaceutica, 1991.

PREDPISOVANJE ZDRAVIL V SEKUNDARNI PREVENTIVI PO AKUTNEM SRČNEM INFARKTU

Vlasta Vodopivec Jamšek

Uvod

Bolezni srca in ožilja so na prvem mestu med vzroki smrti v Sloveniji (1) in so tudi med tremi najpogostejšimi vzroki za prvi obisk pri zdravniku družinske - splošne medicine. Med njimi pa ostaja akutni srčni infarkt kljub izboljšani preventivi in zdravljenju poglavitni vzrok smrti.

Akutni srčni infarkt je večinoma akutni zaplet koronarne ateroskleroze. Tako kot ateroskleroza drugih arterij se pogosteje pojavi pri ljudeh z določenimi bolezenskimi stanji in dejavniki, ki povečajo verjetnost pojava ateroskleroze in jih zato imenujemo dejavniki tveganja.

Dejavnike tveganja lahko delimo po načinu delovanja in možnosti vpliva nanje v tri skupine (2):

- ⇒ Dejavniki tveganja, ki so posledica načina življenja in družbenih vplivov: kajenje, hrana z veliko nasičenimi maščobami in holesterola, prekomerna telesna teža ter telesna nedejavnost. Te dejavnike lahko odpravimo s spremembo življenjskih navad.
- ⇒ Dejavniki tveganja, ki so posledica bolezenskih stanj: zvišan krvni tlak, zvišana serumska koncentracija holesterola in zvišana koncentracija krvnega sladkorja. Na te dejavnike, ki jih lahko popravimo le do določene mere, pa skušamo vplivati z nefarmakološkimi ukrepi in s predpisovanjem zdravil.
- ⇒ Dejavniki tveganja, ki so pogojeni z dednostjo in drugimi biološkimi zakonitostmi: spol, starost, telesni ustroj, dedna nagnjenost k zgodnji aterosklerozi, in nanje ne moremo vplivati.

Čeprav na pomembno zmanjšanje umrljivosti zaradi koronarne bolezni v populaciji lahko vplivamo predvsem z uspešnimi primarnimi preventivnimi ukrepi, pa so zaradi večje zbolelosti in umrljivosti po prebolelem infarktu pomembni tudi sekundarni preventivni ukrepi. S sekundarno preventivo namreč lahko pomembno zmanjšamo umrljivost bolnikov po prebolelem srčnem infarktu.

Bolniki, ki so preboleli akutni srčni infarkt, so veliko bolj nagnjeni k akutnim koronarnim zapletom kot bolniki brez koronarne bolezni. Obsežne klinične raziskave zadnjih dveh desetletij so pokazale, da lahko na prognozo teh bolnikov vplivamo z nekaterimi zdravili in odstranjevanjem dejavnikov tveganja (3, 4, 5).

Ko bolniki po prebolelem srčnem infarktu zaključijo bolnišnično zdravljenje in rehabilitacijo v zdravilišču, se začenja vzdrževalno obdobje rehabilitacije, ki traja vse življenje oziroma do ponovnega akutnega koronarnega zapleta. V tem obdobju ima ključno vlogo zdravnik družinske - splošne medicine, ki bolnika redno spremlja in vodi njegovo zdravljenje.

Vodenje sekundarne preventive po srčnem infarktu, ki zajema odstranjevanje dejavnikov tveganja srčnožilnih bolezni in zdravljenje z nekaterimi zdravili, je namreč predvsem naloga zdravnika

družinske -splošne medicine. Zdravnik družinske - splošne medicine lahko med posvetom v splošni ambulanti ali na bolnikovem domu pomembno vpliva na spremembo bolnikovih življenjskih navad, ki pospešujejo bolezen.

Naloge zdravnika družinske - splošne medicine v sekundarni preventivi po srčnem infarktu

Med pomembne naloge v sekundarni preventivi nedvomno sodijo:

- ⇒ Nefarmakološko ukrepanje, s katerim želimo vplivati na nekatere dejavnike tveganja.
- ⇒ Predpisovanje zdravil, s katerimi želimo vplivati na nekatere dejavnike tveganja.
- ⇒ Predpisovanje nekaterih priporočenih zdravil po srčnem infarktu.

Nefarmakološko ukrepanje

Nefarmakološko ukrepanje, s katerim želimo vplivati na nekatere dejavnike tveganja, sicer ni predmet tega prispevka. Zaradi izjemnega pomena v sekundarni preventivi pa je vseeno potrebno navesti nekatera dejstva. Bolniki so po akutnem srčnem infarktu namreč bolj dovzetni za nasvete glede zdravega načina življenja, zato sta spodbuda in podpora zdravnika družinske - splošne medicine lahko odločilni pri spremembi življenjskega sloga.

Dejavniki tveganja za koronarno bolezen, na katere lahko vplivamo predvsem z nefarmakološkimi ukrepi, so kajenje, telesna nedejavnost, nezdrave prehranjevalne navade in prekomerna telesna teža. Raziskave so pokazale, da je za kadilce opustitev kajenja po srčnem infarktu najučinkovitejši ukrep, saj po petih letih zmanjša verjetnost ponovitve srčnega infarkta in umrljivost ob ponovitvi kar za 50 % (6). Pri spremembi življenjskega sloga ima vsekakor ključno vlogo bolnik, zdravnik pa ga pri tem lahko podpira in spodbuja.

Zdravnik družinske - splošne medicine pri ukrepih za odstranjevanje dejavnikov tveganja, ki so posledica življenjskih razvad, lahko uporabi naslednji model:

- ⇒ Najprej oceni dejavnik tveganja (na primer: kadilski status) in poda bolniku podatke o škodljivosti.
- ⇒ Nato oceni stopnjo bolnikove motivacije za spremembo vedenja.
- ⇒ Skupaj z bolnikom poskuša odkriti ovire za spremembo vedenja in svetuje.
- ⇒ Z bolnikom doseže dogovor o spremembi vedenja.
- ⇒ Redno spremlja bolnika in mu ob težavah ali ponovitvi razvade ponudi pomoč.

Z nefarmakološkimi ukrepi pa lahko delno vplivamo tudi na dejavnike tveganja, kot so povišan krvni tlak, zvišana koncentracija serumskega holesterola in zvišana koncentracija krvnega sladkorja. Med nefarmakološke ukrepe za zniževanje krvnega tlaka in holesterola prištevamo redno telesno dejavnost, vzdrževanje normalne telesne teže, omejitev soli, nasičenih masti in alkohola v prehrani. Zmanjšanje telesne teže pri debelih, pravilna prehrana in zadostna telesna dejavnost pa lahko bistveno vplivajo na koncentracijo krvnega sladkorja.

Raziskava o sekundarni preventivi po srčnem infarktu v Sloveniji je pokazala, da sta bila uspešno uravnana dejavnika tveganja: zvišan krvni tlak in kajenje. Telesna dejavnost in prisotnost varovalne prehrane sta bila zadovoljiva pri članih koronarnega kluba, ostali dejavniki tveganja, zlasti prekomerna telesna teža, zvečana koncentracija holesterola in krvnega sladkorja pa so bili pri vseh preiskovancih

slabše urejeni (7). Iz teh podatkov lahko sklepamo, da je na določenih področjih sekundarne preventive še vedno prisotna premajhna osveščenost bolnikov in zdravnikov.

Predpisovanje zdravil, s katerimi želimo vplivati na nekatere dejavnike tveganja

Dejavniki tveganja, na katere poskušamo poleg nefarmakoloških ukrepov vplivati tudi s predpisovanjem zdravil, so zvišan krvni pritisk, zvišana koncentracija holesterola in zvišana koncentracija sladkorja v krvi.

Bolniki z zvišanim krvnim tlakom po srčnem infarktu imajo slabšo prognozo, kot tisti z normalnim krvnim tlakom. Zdravljenje zvišanega krvnega tlaka znatno zmanjša celotno umrljivost (4).

Zadnje raziskave so potrdile, da zdravljenje pomembno povečanih, pa tudi samo mejno povečanih koncentracij holesterola z dieto in hipolipemičnimi zdravili (statini) pomembno zmanjša tveganje za ponovitev bolezni in umrljivost zaradi ishemične bolezni srca (8, 9).

Koronarna srčna bolezen je po 55. letu starosti vzrok smrti pri 35 % sladkornih bolnikov, kar je 4- do 5-krat več kot pri zdravih (10). Dobro urejena presnova glukoze in serumskih maščob pa je osnovni ukrep za preprečevanje ateroskleroze pri sladkornem bolniku.

Naloga zdravnika družinske - splošne medicine pri bolniku po akutnem srčnem infarktu je torej tudi predpisovanje zdravil, s katerimi skušamo vplivati na dejavnike tveganja, kot so zvišan krvni tlak, zvišana serumska koncentracija holesterola in zvišana koncentracija sladkorja v krvi. Ta zdravila ali pa vsaj nekatera med njimi je bolnik prejemal že pred infarkt, lahko so mu jih predpisali v bolnišnici med zdravljenjem ali pa mu jih zdravnik predpiše po odpustu iz bolnišnice.

Cilj predpisovanja teh zdravil je odstranjevanje ali pa vsaj zmanjšanje dejavnikov tveganja. Tega pa ne dosežemo le s preprostim izpolnjevanjem receptnega obrazca, ampak s celotnim procesom predpisovanja. Namen tega prispevka ni v opisovanju skupin zdravil in mehanizma njihovega delovanja, pač pa opis procesa vodenja zdravljenja, ki nas pripelje do želenega cilja.

Pri predpisovanju zdravil, ki so namenjena dolgotrajnemu jemanju, je pomembno, da bolnika vključimo v naš načrt vodenja zdravljenja kot dobro obveščene partnerja in si tako zagotovimo njegovo sodelovanje. Od sodelovanja bolnika je namreč odvisno, ali bodo predpisana zdravila obležala v predalu ali pa jih bo bolnik res zaužil. Ko predpisujemo zdravila, s katerimi želimo vplivati na dejavnike tveganja, moramo imeti v mislih učinkovitost zdravila, varnost, primernost za posameznega bolnika in seveda tudi ceno zdravila.

Proces vodenja zdravljenja lahko razdelimo v tri stopnje:

- ⇒ Izbira zdravila
- ⇒ Začetek zdravljenja
- ⇒ Spremljanje zdravljenja

Izbira zdravila

Izbira zdravila je postopek, ki se odigra v zdravnikovih mislih, preden predpiše zdravilo, in ga lahko predstavimo z naslednjim modelom:

- ⇒ Na podlagi poznavanja in stalnega spremljanja novosti ter priporočil glede uporabe posameznih zdravil zdravnik pomisli na vse možne učinkovite skupine zdravil, ki so na razpolago za določen dejavnik tveganja.
- ⇒ Nato zdravnik primerja učinkovite skupine zdravil med seboj glede na učinkovitost, varnost, primernost in ceno. Razmisliti mora o učinkovitosti posamezne skupine za bolnika, ki ga ima trenutno pred seboj. Pri varnosti mora upoštevati morebitne kontraindikacije (na primer: beta adrenergični zaviralci pri astmi), določene bolezni in stanja (alergija na zdravilo, ledvična ali jetrna odpoved, starostniki) in možne interakcije z drugimi zdravili ali hrano. Shema odmerjanja je odločilna pri primernosti za bolnika, ki ga ima pred seboj. Pomembno je vedeti, da najdražje zdravilo ni nujno najboljše. Vsekakor pa je boljše predpisati dražje zdravilo, ki ga bolnik redno jemlje in doseže želeni cilj, kot pa cenejše zdravilo, ki zaradi neprimerne sheme odmerjanja ostane v predalu.
- ⇒ Sledi izbira najprimernejše skupine zdravil.
- ⇒ Nato iz skupine zdravil izbere najprimernejše zdravilo za bolnika in razmisli o shemi odmerjanja, ki se pri tem bolniku lahko razlikuje od standardne sheme zaradi določenih bolezni ali stanj, ki vplivajo na farmakodinamiko in farmakokinetiko zdravila.

Začetek zdravljenja

Začetek zdravljenja nujno vključuje tudi vpletanje bolnika v zdravnikov načrt vodenja in zahteva bolnikovo sodelovanje. Tudi pri dolgotrajnem zdravljenju ni odveč, če zdravnik od časa do časa ponovi naslednji model:

- ⇒ Predpiše primeren in čitljiv recept.
- ⇒ Bolniku poda informacije o naravi zdravila, ga opozori o možnih stranskih učinkih zdravila in ga pouči o primernem odmerjanju. Bolniku tudi razloži, zakaj naj zdravilo jemlje, kako bo potekalo zdravljenje in kakšne rezultate želimo z njim doseči.
- ⇒ Preveri, če je bolnik razumel informacije, opozorila in navodila. Vse prepogosto se namreč dogaja, da zdravnik poda informacije prehitro in v preveč strokovnem jeziku.
- ⇒ Dovolj, da mu bolnik postavlja vprašanja glede zdravljenja.

Spremljanje zdravljenja

Spremljanje zdravljenja vključuje skrb za redno predpisovanje zdravil, skrb za bolnikovo dobro počutje ob jemanju zdravil in spremljanje kakovosti svojega dela. Zdravnik družinske - splošne medicine lahko spremlja zdravljenje na sledeč način:

- ⇒ Naroči bolnika na kontrolo. Nekateri avtorji ugotavljajo, da je tudi kronične bolnike dobro kontrolirati vsaj štirikrat letno.
- ⇒ Bolnika vpraša o jemanju zdravil in morebitnih stranskih učinkih.
- ⇒ Prilagaja odmerek glede na rezultate zdravljenja in morebitne nove spremljajoče bolezni.
- ⇒ Ob neuspešnem zdravljenju poišče možne ovire, jih poskuša odstraniti ali izbere novo zdravilo in ga predpiše po istem modelu kot prejšnje.
- ⇒ Občasno spremlja kakovost svojega dela s projekti samoocenjevanja kakovosti. Glede na cilje si izbere kazalce kakovosti, jim določi merila in izbere standard (smernico), ki ga hoče pri delu doseči (11).

Primer: Cilj: Bolniki po akutnem srčnem infarktu imajo koncentracijo serumskega holesterola pod 5,2 mmol/l.

Kazalec: Koncentracija serumskega holesterola.

Merilo: Vsi bolniki (100 %) po akutnem srčnem infarktu imajo koncentracijo serumskega holesterola pod 5,2 mmol/l.

Standard (dobre oskrbe): 80 % bolnikov ima koncentracijo serumskega holesterola pod 5,2 mmol/l.

Rezultat takšnega ocenjevanja zdravniku pove, kakšno je v resnici njegovo delo in mu nudi možnost primerjave lastnega dela z delom drugih zdravnikov.

Predpisovanje nekaterih priporočenih zdravil po akutnem srčnem infarktu

Po akutnem srčnem infarktu strokovnjaki priporočajo preventivno jemanje določenih skupin zdravil, kot so beta adrenergični zaviralci, zaviralci angiotenzinske konvertaze in antiagregacijska ter antikoagulacijska zdravila. S številnimi raziskavami so namreč dokazali, da uporaba teh zdravil pomembno zmanjša umrljivost po prebolelem srčnem infarktu.

Določenim bolnikom so sicer priporočena še nekatera druga zdravila, kot so digitalis, antiaritmiki, dolgo delujoči nitrati in drugo, kar pa ni predmet tega prispevka.

Beta adrenergični zaviralci

Imajo antiaritmični, antiishemični in antihipertenzivni učinek. Strokovnjaki priporočajo predpisovanje beta adrenergičnih zaviralcev v preventivne namene pri vseh bolnikih po srčnem infarktu, če zanje ni kontraindikacij. Kontraindikacije pa so naslednje:

- ⇒ Srčna frekvenca pod 60/minuto ob pričetku zdravljenja ter med 50 in 60/minuto med zdravljenjem
- ⇒ Sistolični arterijski tlak pod 100 mmHg
- ⇒ Hudo srčno popuščanje
- ⇒ Znaki periferne hipoperfuzije
- ⇒ Doba PR daljša kot 0,24 s
- ⇒ A-V blok II. ali III. stopnje
- ⇒ Huda kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB)
- ⇒ Astma
- ⇒ Huda periferna žilna bolezen
- ⇒ Sladkorna bolezen tipa I

Glede trajanja zdravljenja pa ni enotnosti. Nekateri avtorji priporočajo jemanje beta adrenergičnih zaviralcev vsaj pet let (12), drugi pa šest mesecev (3).

Zaviralci angiotenzinske konvertaze

Ugodni učinki zaviralcev angiotenzinske konvertaze po akutnem srčnem infarktu so znani šele iz raziskav zadnjih let (13, 14, 15). Dokazano je, da ta zdravila ob zgodnji uporabi zmanjšajo smrtnost v prvih 4 do 6 tednih (16, 17).

Rezultati študije AIREX pa so celo razširili prejšnja spoznanja in kažejo na zelo ugoden dolgotrajen učinek jemanja zaviralcev angiotenzinske konvertaze pri bolnikih, kjer je bilo prisotno prehodno ali trajno srčno popuščanje po akutnem srčnem infarktu. Na podlagi te študije je bilo ugotovljeno

absolutno izboljšanje preživetja za 11,4 %, kar pomeni, da enoletno zdravljenje 9 bolnikov podaljša življenje enemu za 5 let (18).

Strokovnjaki priporočajo dolgotrajno jemanje teh zdravil pri bolnikih s srčnim popuščanjem ali okvarjeno funkcijo levega prekata, če zanje ni naslednjih kontraindikacij:

- ⇒ Hujša ledvična odpoved s kreatininom več kot 220 mmol/l
- ⇒ Obojestranska stenoza ledvičnih arterij ali stenoza ledvične arterije pri solitarni ledvici
- ⇒ Sistolični tlak pod 90 mmHg

Antiagregacijska in oralna antikoagulacijska zdravila

Antiagregacijska zdravila

Antiagregacijska zdravila služijo preprečevanju komplikacij ateroskleroze in skušajo vplivati predvsem na arterijske strdke. Najpogosteje uporabljeno antiagregacijsko zdravilo je acetilsalicilna kislina.

Strokovnjaki Ameriškega kolegija zdravnikov za bolezni prsnega koša na podlagi velikega števila raziskav priporočajo acetilsalicilno kislino kot zdravilo izbora pri bolnikih po prebolelem srčnem infarktu, ker je učinkovit, varen, poceni in ne zahteva posebnega spremljanja (19). Priporočen odmerek v sekundarni preventivi je 75 do 100 mg na dan.

Kontraindikacije za predpisovanje acetilsalicilne kisline so naslednje:

- ⇒ Alergija na zdravilo
- ⇒ Nepravilnosti v hemostazi
- ⇒ Hude jetrne bolezni
- ⇒ Aktivna krvaveča razjeda prebavil

Pri dolgotrajnem zdravljenju z acetilsalicilno kislino so možni tudi nekateri zapleti. Glavni zapleti antiagregacijskega zdravljenja z acetilsalicilno kislino so povečini gastrointestinalni in so odvisni od odmerka (20). Po kratkotrajni uporabi pride lahko do erozij in krvavitev iz želodčne sluznice. Dolgotrajna uporaba pa lahko privede do pojava ulkusne bolezni, anemije ali gastrointestinalnih krvavitev. Na možnost zapletov vplivajo odmerek, spremljajoče bolezni in spremljajoča zdravila.

Poleg acetilsalicilne kisline uporabljamo še tiklopidin. Predpisujemo ga bolnikom, ki so alergični na acetilsalicilno kislino ali ga slabo prenašajo, v odmerku 250 mg dvakrat na dan.

Najvažnejši stranski učinek antiagregacijskega zdravljenja s tiklopidinom je nevtropenija, ki se lahko pojavi v 2 % (21). Poleg tega se lahko pojavijo še trombocitopenija, driska ali izpuščaj. Tiklopidina ne smemo dajati bolnikom, ki prejemajo varfarin.

Oralna antikoagulacijska zdravila

Po priporočilih strokovnjakov uporabljamo oralna antikoagulacijska zdravila za preprečevanje sistemskih embolizmov po infarktu sprednje stene ali po infarktu s hujšo disfunkcijo levega prekata, sistemskimi trombembolijami ali ultrazvočno dokazanim muralnim strdkom. Zdravljenje traja od 1 do 3 mesece, INR pa naj se giblje med 2,5 in 3,5 (22, 23, 24).

Zdravilo izbire med oralnimi antikoagulacijskimi zdravili je varfarin. Odmerek prilagajamo glede na antikoagulacijski učinek, ki ga merimo s protrombinskim časom oziroma njegovim mednarodno umerjenim razmerjem (INR), ki omogoča varnejše vodenje.

Glavni zadržki za uporabo antikoagulacijskega zdravljenja so hemoraška diateza, možganska krvavitev, nedavna možganska operacija ali poškodba, aktivna peptična razjeda, krvavitev iz sečil, prebavil, rodil, dihal, neurejena hipertenzija in neurejen bolnik (neredno in nezanesljivo jemlje zdravila). Zadržki so redko absolutni, pogosto tehtamo med nujnostjo indikacije in težo kontraindikacije (25).

Najpogostejši zapleti antikoagulacijskega zdravljenja so krvavitve. Delimo jih na večje in manjše. Za večjo krvavitev štejemo intrakranialno, retroperitonealno, tako, ki vodi v smrt, ali je zaradi nje potrebna hospitalizacija ali transfuzija (26). Vse ostale krvavitve štejemo za manjše.

Dejavniki, ki vplivajo na nastop krvavitve, so: starost, intenzivnost antikoagulacijskega zdravljenja, spremljajoče bolezni, sočasno jemanje zdravil, ki vplivajo na hemostazo, in trajanje antikoagulacijskega zdravljenja.

Sklep

Predpisovanje zdravil v sekundarni preventivi po akutnem srčnem infarktu je obsežno področje, ki od zdravnika družinske - splošne medicine zahteva dobro poznavanje priporočil in stalno spremljanje novosti. Predpis posameznega zdravila ni le izpolnitev receptnega obrazca, ampak je postopek, ki zahteva izbiro zdravila glede na posameznega bolnika, vključevanje bolnika v zdravljenje in zagotovitev njegovega sodelovanja ter spremljanje zdravljenja.

Literatura

1. Šelb J. Umrljivost v Sloveniji v letu 1996. *Zdrav Vestn* 1998;67:349-53.
2. Poredoš P. Ateroskleroza. V: Kocjančič A, Mrevlje F, eds. *Interna medicina*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993:144-6.
3. Smith CS, Blair NS, Crigui MH et al. Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *J Am Coll Cardiol* 1995;26:292-4.
4. Bittner V. Primary and secondary prevention of ischemic heart disease. *Curr Op Cardiol* 1994;9:417-27.
5. Flapan DA. Management of patients after their first myocardial infarction. *BMJ* 1994;309:1129-34.
6. Aberg A, Bergstrand R, Johansson S et al. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *Br Heart J* 1983;49:416-22.
7. Keber I, Gužič B, Škof E, Špan M. Učinki nadzorovane rehabilitacije v koronarnem klubu na izvajanje sekundarne preventive po srčnem infarktu. *Zdrav Vestn* 1997;66:289-92.
8. Scandinavian simvastatin survival study group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian simvastatin survival study (4S). *Lancet* 1994; 344:1383-9.
9. Sacks FM, Pfeffer MA, Lemuel AM et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *NEJM* 1996;335:1001-9.
10. Koselj M. Kronični zapleti pri sladkorni bolezni. V: Kocjančič A, Mrevlje F, eds. *Interna medicina*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993:520-5.
11. Kersnik J. Oblikovanje priporočil za kakovostno delo zdravnika splošne medicine. *Zdrav Vestn* 1996;65:413-5.

12. Olsson G. How long should post-MI β -blocker therapy be continued? *Primary Cardiol* 1991;17 44-9.
13. The acute infarction ramipril efficacy (AIRE) study investigators. Effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. *Lancet* 1993;342 821-8.
14. Results of the survival and ventricular enlargement trial. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *NEJM* 1992;327:669-77.
15. Swedberg K on behalf of the CONSENSUS II study group. Effects of the early administration of enalapril on mortality in patients with acute myocardial infarction. *NEJM* 1992;327:678-84.
16. Latini R, Maggioni AP, Flather M, Sleight P, Tognoni G. ACE-inhibitor use in patients with myocardial infarction: summary of evidence from clinical trials. *Circulation* 1995;92:3132-7.
17. Ambrosioni E, Borghi C, Magnani B. The effect of the angiotensin-converting enzyme inhibitor zofenopril on mortality and morbidity after anterior myocardial infarction: the Survival of Myocardial Infarction: Long-Term Evaluation (SMILE) Study Investigators. *NEJM* 1995;332 80-5.
18. Hall AS, Murray GD, Ball SG on behalf of the AIREX Study Investigators. *Lancet* 1997;349:1493-97.
19. Hirsh J, Dalen JE, Fuster V, Harker LB, Patrono C, Roth G. Aspirin and other platelet-active drugs. *Chest* 1995;108:Suppl:247S-257S.
20. Levy M. Aspirin use in patients with major upper gastrointestinal bleeding and peptic ulcer disease. *NEJM* 1974;290:158-62.
21. Janzon L, Bergquist D, Boberg J, et al. Prevention of myocardial infarction and stroke in patients with intermittent claudication; effects of ticlopidin: results from STIMS, the Swedish Ticlopidin Multicentre Study. *J Intern Med* 1990;227:301-8.
22. Assessment of short-term anticoagulant administration after cardiac infarction: report of the Working Party on Anticoagulant Therapy in Coronary Thrombosis to the Medical Research Council. *BMJ* 1969;1:335-42.
23. Drapkin A, Merskey C. Anticoagulant therapy after acute myocardial infarction: relation of therapeutic benefit to patient's age, sex and severity of infarction. *JAMA* 1972;222:541-48.
24. Veterans Administration Cooperative Study. Anticoagulants in acute myocardial infarction: results of a cooperative clinical trial. *JAMA* 1973;225:724-29.
25. Peternel P. Antikoagulacijsko zdravljenje. V: Keber D, Fras Z eds. Zdravljenje notranjih bolezni – algoritmi odločanja in ukrepanja. *Med Razgl* 1993;5-16 - 5-22.
26. Levine MN, Hirsh J, Landefeld S, et al. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. *Chest* 1995;108(suppl):276S – 290S.

PREDPISOVANJE PSIHOFAKOV V AMBULANTI SPLOŠNE MEDICINE

Marjeta Zupančič

Uvod

Zdravnik družinske - splošne medicine skrbi za zaokroženo, dobro poznano populacijo. Bolnika obravnava v ambulanti in na domu. Zaradi stalnosti dobro pozna svoje bolnike in njihovo osebno, družinsko in delovno anamnezo. Z leti si izgradi zaupen odnos, ki mu pomaga pri sporazumevanju (1). Še posebej mu veščina sporazumevanja pomaga v stiku z bolniki, ki v ambulanto pridejo z odkritimi ali prikritimi znaki duševnih motenj.

Duševne težave v populaciji so pogoste. Okoli 40 % bolnikov, ki se posvetujejo s svojim zdravnikom, kaže določeno mero duševnih motenj (1, 2). Pogosto prihajajo z različnimi telesnimi znaki, katerih ozadje so lažje ali težje duševne motnje.

Sporazumevanje pri obravnavi duševnih motenj v splošni medicini je dokaj težavno: zdravniki smo večinoma »somatiki«, fakulteta nas bolj malo seznanja s pogostimi, vendar malo pomembnimi težavami naših bolnikov in v glavnem prevladuje mnenje, da se na področje duševnih motenj ne spoznamo najboljše. Največ rezerve imamo prav gotovo pri učenju sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom (1, 3).

Za dobro strokovno delo pa je pomembno tudi vsaj okvirno slediti naglemu razvoju farmakoterapije na področju psihofarmakov ter razvoju različnih tehnik psihoterapije. V farmakoterapiji psihofarmakov moramo poznati osnove farmakokinetike, indikacije za zdravljenje posameznih duševnih motenj, stranske učinke posameznih skupin zdravil, interakcije z najbolj pogosto predpisovanimi zdravili in znake zastrupitve.

Pogostnost predpisovanja psihofarmakov

Psihofarmake delimo v registru zdravil na 9 podskupin: nevroleptiki, anksiolitiki, antidepresivi, psihostimulansi, sedativi, zdravila za zdravljenje alkoholizma, zdravila, ki se uporabljajo pri nevrocirkulatorni distoniji, hipnotiki in ostala zdravila, ki se uporabljajo pri duševnih motnjah.

V letu 1994 so bili v Sloveniji psihofarmaki na četrtem mestu po številu izdanih receptov (7,7 % vseh izdanih receptov). Med samimi psihofarmaki so najpogosteje predpisovana skupina anksiolitiki (kar 64,4 %), sledijo jim nevroleptiki (14,3 %) in hipnotiki (10,4 %), šele na četrtem mestu so antidepresivi (8,8 %) (4).

Obravnava duševne motnje v ambulanti splošne medicine

Pomembno vlogo v obravnavi bolnika z duševno motnjo ima ustrezen pristop zdravnika, ki mora že ob prvem stiku z bolnikom ustvariti vzdušje empatije, obenem pa hitro prepoznati motnjo (5, 6). Pri prepoznavi mu lahko pomaga dotedanje (dobro) poznavanje bolnika, pa tudi natančno vodena medicinska dokumentacija. Že ob prepoznavi motnje je potrebno napraviti okvirni načrt potrebnih preiskav in zdravljenja, potrebne ukrepe moramo na jasn in razumljiv način razložiti bolniku in doseči z njim potrebno soglasje. Sem sodi tudi odločitev o tem, ali bo zdravnik sam predpisal katerega od psihofarmakov. Ob tem je potrebno bolnika opozoriti na način delovanja, na stranske učinke in na interakcije z ostalimi predpisanimi zdravili. Upoštevati moramo tudi obremenitve na delovnem mestu in v vsakdanjem življenju, ki niso združljive z jemanjem psihofarmakov (npr. delo na višini, vožnja motornih vozil) (7).

V ambulanti splošne medicine zdravimo predvsem nevrotske, stresne in somatoformne motnje, lažje depresije in demence pri starejših bolnikih.

Hitra prepoznavna duševne motnje v ambulanti splošne medicine bi v številnih primerih zelo poenostavila diagnostiko in skrajšala zdravljenje, bolniku pa prihranila začaran krog različnih preiskav. Ena od metod, ki smo jih v Sloveniji začeli testirati in je dala primerljive rezultate z ameriško literaturo, je vprašalnik Duke - AD (8).

Glede na resnost motnje se zdravnik odloči za morebitno napotitev k psihiatru in se bo nato s takim bolnikom srečeval le ob poslabšanju bolezni, ob urejanju pravic iz delovnega razmerja, ob zdravljenju morebitnih drugih somatskih bolezni ali pa ob prihodu v družino. Dobro sodelovanje s psihiatrom lahko bistveno izboljša kakovost zdravljenja.

Lažje in manj zapletene duševne motnje pa ostanejo v ambulanti splošne medicine, prav iz te skupine bolnikov izhaja veliko število pogostih obiskovalcev ambulante, t.i. »težavnih bolnikov«, ki iščejo vedno nove napotitve in so pogosto tudi odvisni od analgetikov, psihotropnih snovi in drugih zdravil (1). Ustrezen pristop do takega bolnika lahko zelo zmanjša število takih bolnikov in olajša delo.

Nevroleptiki

Nevroleptiki so skupina zdravil, ki se pretežno uporabljajo pri zdravljenju psihoz - shizofrenija, paranoidna stanja, shizoafektivne psihoze, psihotične depresije, organske psihoze - večinoma se uvajajo v psihiatričnih ambulantah ali bolnišnicah (9). Izjema so le starejši bolniki na domu, pri katerih so v ospredju klinična slika vznemirjenosti, motoričnega nemira in/ali vedenjskih problemov v sklopu starostne demence.

Pri zdravljenju z njimi moramo dobro poznati njihove stranske učinke:

- ⇒ ekstrapiramidni stranski učinki - akatizija, distonija, diskinezija, parkinsonizem,
- ⇒ ostali stranski učinki na centralni živčni sistem - sedacija, nevroleptični maligni sindrom, centralni antiholinergični učinki, vpliv na znižanje konvulzivnega praga,
- ⇒ periferni antiholinergični učinki - suha usta, motnje očesne akomodacije, midriaza, zaprtje, zastoj urina, sinusna tahikardija...
- ⇒ spremembe v EKG,
- ⇒ hematološke spremembe - agranulocitoza, trombocitopenična purpura, hemolitična anemija - pri zdravljenju s klopazinom so potrebne redne mesečne kontrole bele krvne slike (10).

Poznati moramo tudi interakcije s pogosto predpisovanimi zdravili. Ob razvitih ekstrapiramidnih stranskih učinkih moramo nevroleptikom dodati tudi antiparkinsonik, vendar naj ga ne bi predpisovali rutinsko, ampak le, če ga bolnik glede na klinično sliko zares potrebuje (9).

Z režimom jemanja zdravil in možnimi zapleti zdravljenja je potrebno seznaniti tudi družinske člane, ki lahko pomembno vplivajo na uspeh zdravljenja. Zdravnik družinske - splošne medicine navadno ne vodi sam zdravljenja z nevroleptiki, lahko pa predstavlja oporo bolniku in celotni družini.

Antidepresivi

Antidepresivi so široka skupina zdravil: delimo jih v »klasične« trciklične antidepresive in novejšo selektivne inhibitorje ponovnega privzema serotonina. Indikacije za zdravljenje z antidepresivi so depresije, panične motnje, nekatere oblike fobij, uporabljajo pa se tudi pri zdravljenju bolečinskih sindromov (bolnik ob sočasnem jemanju antidepresivov potrebuje nižji odmerek analgetika) ter odtegnitvenih sindromov (11).

Ob depresijah je pomembna zlasti pravočasna ustrezna diagnostika in prepoznavna motnje, saj se pogosto depresije predolgo zdravijo le z anksiolitiki, pri tem pa se depresivna motnja poglablja (12).

Od stranskih učinkov so pri tricikličnih antidepresivih v ospredju antiholinergični učinki, sedacija in ortostatska hipotenzija, pri selektivnih inhibitorjih pa učinki na gastrointestinalni trakt, nemir, nespečnost, pretirano znojenje (13). Tudi pri zdravljenju z antidepresivi je pomembno, da poznamo interakcije z najbolj predpisovanimi zdravili (ostali psihofarmaki, zdravila, ki delujejo na srce in ožilje) (14).

Bolnika moramo v začetku zdravljenja z antidepresivi vedno opozoriti na to, da bo zaželeni učinek prišel počasi (najmanj 14 dni), za uspeh zdravljenja je pomemben tudi zadosti visok odmerek zdravila (11, 12). Pri uvajanju je pomemben izbor ustreznega zdravila: ob blagih in zmernih nepsihotičnih depresivnih epizodah priporočajo selektivne inhibitorje, pri resnih nepsihotičnih in psihotičnih depresijah pa triciklične antidepresive (13).

Antidepresivi so v svetu med najbolj pogostimi vzroki zastrupitev z zdravili, najbolj pogosti simptomi zastrupitve so motnje zavesti, antiholinergični sindrom, kardiotoksičnost (podaljšanje Q-T dobe, široki kompleksi QRS, vse vrste AV blokov), hipotenzija in konvulzije. Trciklični antidepresivi so pri predoziranju bistveno bolj nevarni kot selektivni inhibitorji.

Anksiolitiki

Med anksiolitike prištevamo benzodiazepine in nebenzodiazepine - buspiron in analoge. Ob tem se v zdravljenju anksioznosti lahko uporabljajo še antidepresivi, beta adrenergični blokatorji in nevroleptiki.

Indikacije za predpisovanje benzodiazepinov so anksiozna stanja, panične motnje, fobije in obsesivno-kompulzivne motnje. Zdravljenje z njimi naj bi vedno vodil zdravnik, zaradi stranskih učinkov in hitrega razvoja odvisnosti to niso zdravila za samozdravljenje. Ob indikacijah je potrebno redno jemanje zdravila, prenizki odmerki nimajo želenega učinka, prav tako je neustrezno predpisovanje »po potrebi«. Zdravljenje z benzodiazepini je potrebno uvajati in ukinjati postopoma. Imajo anksiolitični, sedativni, hipnotični, antikonvulzivni in miorelaksantni učinek (15, 16).

Pri nekontrolirani in neindicerani uporabi pogosto prihaja do razvoja odvisnosti, ta je odvisna od vrste zdravila, odmerka in trajanja jemanja zdravila ter osebnostne strukture bolnika (15). Pri nagli odtegnitvi lahko pride do abstinenčnega sindroma. Zelo nevarna je v vsakdanji praksi tudi kombinacija z alkoholom, ki se lahko zaradi depresije dihalnega centra konča tudi s smrtnim izidom. Pri zastrupitvah z benzodiazepini se uporablja benzodiazepinski antagonist flumazenil (Anexate).

Benzodiazepini pomembno vplivajo na psihofizične sposobnosti, zato moramo bolnika pred predpisovanjem zdravila na to opozoriti (vožnja motornih vozil, delo na višini...).

Med nebenzodiazepinske anksiolitike sodijo buspiron in njegovi derivati, ki ne povzročajo razvoja tolerance in odvisnosti. Nimajo pa vpliva na panične motnje. Polni klinični učinek dosežejo šele v 2 - 4 tednih, številni so tudi stranski učinki. Glavne indikacije za predpisovanje so anksiozne motnje v sklopu depresije, ki zahtevajo dolgotrajno zdravljenje in se moramo izogniti sedaciji (15).

Hipnotiki

Nespečnost je subjektivni občutek slabega spanja, ki je povezan z različnimi nočnimi težavami. Skupna prevalenca nespečnosti pri celotni populaciji je po podatkih iz literature 20 - 50 % in narašča s starostjo. Bolniki, ki trpijo za nespečnostjo, pričakujejo, da jih bo zdravnik s predpisom recepta v nekaj minutah odrešil vseh težav, vendar je pri postavitvi diagnoze nespečnost (insomnija) potrebno predhodno vzeti zelo natančno anamnezo (včasih tudi heteroanamnezo). Zlasti pri starejših bolnikih je nespečnost pogosto povzročena z zdravili, najbolj pogosto gre za predolgo in vztrajno jemanje hipnotikov, ki porušijo arhitekturo spanja. Motnje spanja, zlasti zbujanje sredi noči, so pogosto eden znakov depresije. Pri vsakem bolniku, ki potoži o nespečnosti, moramo ta podatek uporabiti kot izhodišče za pogovor o možni prisotnosti depresije in drugih duševnih motnjah (1, 5). Pri nekaterih bolnikih moramo napraviti splošni status ter po potrebi napotiti bolnika na dodatne specialistične preglede (internist, otorinolaringolog, nevrofiziološke preiskave - polisomnografija).

Zdravljenje s hipnotiki je le ena od metod zdravljenja (na prvem mestu bi morala biti higiena spanja), zdravljenje bi moralo trajati največ 3 - 4 tedne, hipnotiki pa niso primerni za zdravljenje kronične nespečnosti. Antidepresivi odpravijo motnje spanja, ki se pojavljajo v sklopu depresije.

Ločimo benzodiazepinske in nebenzodiazepinske hipnotike. Benzodiazepinski po daljši uporabi porušijo organizacijo spanja in povzročajo posledično nespečnost ter rezidualne učinke (somnia, zapoznele reakcije, spremembe razpoloženja), razvije se toleranca. Nebenzodiazepinski hipnotiki organizacijo spanja le malenkostno spremenijo, ne razvijejo tolerance, rezidualnih učinkov ni. Kljub temu se tudi pri nebenzodiazepinskih hipnotikih priporoča le krajše zdravljenje. Ob koncu je potrebno poudariti, da idealnega hipnotika ni (16). Nespečnost, ki je posledica depresije, se popravi ob jemanju antidepresivov. Bolniki navadno zanajo prvo izboljšanje depresije prav po boljšem spancu.

Sklep

Zdravnik družinske - splošne medicine se pri vsakodnevnem delu pogosto sreča z duševnimi motnjami. Hitra prepoznavna motnje ter dosledna in doktrinarna uporaba psihofarmakov lahko pomembno izboljšata potek in prognozo duševne motnje. Ne nazadnje je prav pri duševnih motnjah tudi zdravnik "zdravilo".

Literatura

1. Kersnik J. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulanti zdravnika družinske - splošne medicine in v dežurni ambulanti. V: Brinšek B, Stamos V, eds. *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997:92-104.
2. Armstrong D, Bird J, Fig J, Armstrong P. Perceptions of physiological problems in general practice: a comparison of general practitioners and psychiatrists. *Fam Pract* 1992;9: 73-6.
3. Kersnik J. Okoliščine sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. V: Švab I, ed. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:79-90.
4. Oražem A, Pečar - Čad S. Ambulantno predpisovanje nevroleptikov. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Nevroleptično zdravljenje. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1996:86-95.
5. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. V: Švab I, ed. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:33-40.
6. Škraba D. Učenje v Balintovih skupinah - pot k celostnemu zdravljenju bolnika. *Med Razgl* 1988;27:517-36.
7. Zupančič M, Kersnik J. Ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov v splošni medicini. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Duševne motnje in zmožnost za delo. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1998:135-41.
8. Kersnik J, Zupančič M, Svete A. Preverjanje uporabnosti Duke - AD vprašalnika za ugotavljanje prisotnosti anksioznih in depresivnih stanj v splošni medicini. V: Kores - Plesničar B, eds. *Psihiatrija v spreminjanju. 1. slovenski psihiatrični kongres*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1997: 53 -5.
9. Žvan V. Indikacije za nevroleptično zdravljenje. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Nevroleptično zdravljenje. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1996:40-53.
10. Resman J. Stranski učinki nevroleptične terapije. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Nevroleptično zdravljenje. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1996:96-118.
11. Žvan V. Indikacije za zdravljenje z antidepresivi. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Zdravljenje z antidepresivi. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997:82-96.
12. Jakovljević M. Klinična farmakologija antidepresivov: dileme, miti, dejstva. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Zdravljenje z antidepresivi. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997:57-81.
13. Resman J. Stranski učinki antidepresivne terapije. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Zdravljenje z antidepresivi. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997:109-25.
14. Pečar M. Medsebojno delovanje antidepresivov in drugih učinkovin. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Zdravljenje z antidepresivi. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997:130-44.
15. Schmitzer Z. Anksiolitiki. V: Brinšek B, Stamos V, eds. *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1996:138-44.
16. Dolenc L. *Nespečnost*. Ljubljana: Klinični oddelek za nevrofiziologijo. SPS Nevrološka klinika. Klinični center Ljubljana, 1997:17-43.

SAMOOCENJEVANJE PREDPISOVANJA ANTIBIOTIKOV

Janko Kersnik

Uvod

Antibiotiki sodijo med pogosteje predpisovano skupino zdravil. Zlasti pri akutnih respiratornih infekcijah so po mnenju nekaterih predpisani pre pogosto. Rutinsko zbiranje podatkov o predpisovanju antibiotikov za avtomatsko obdelavo izdanih zdravil na zdravniški recept ne omogoča niti primerjave med izdanimi zdravili in oceno bolnikovega stanja niti primerjave med izdanimi zdravili in postopkom oskrbe. S prispevkom želim na primeru predpisovanja zdravil pri akutnem respiratornem infektu pokazati zapletenost presoje kakovosti dela zdravnika.

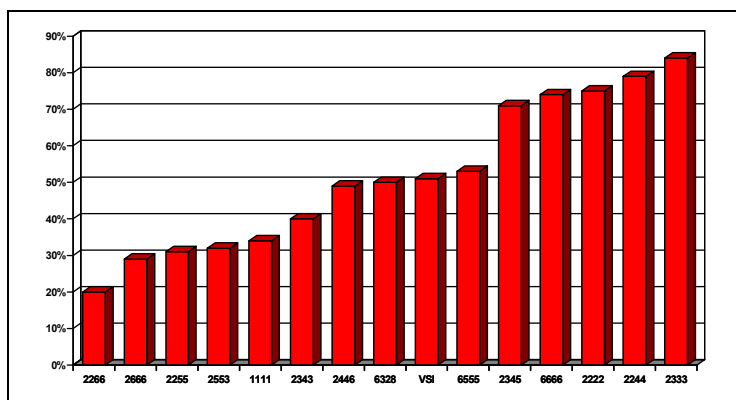
Metode in preiskovanci

Da bi ugotovili slog dela zdravnikov družinske splošne medicine, smo jih prosili, da za vsaj trideset zaporednih bolnikov, ki so jim ugotovili diagnozo akutnega respiratornega infekta, na poseben obrazec zapišejo podatke o bolniku, postopku oskrbe, diagnozo in predpisanih zdravilih (1, 2). Med opazovane bolezni smo vključili: vnetje srednjega ušesa, sinusitis, prehlad, angino, faringitis, bronhitis, pljučnico in druge akutne respiratorne infekcije (1). Metoda je bila že obširno predstavljena (2) in predstavlja priredbo oblike izboljševanja kakovosti, ki se je uveljavila v skandinavskih deželah (1).

Zdravniki, ki so pristali na sodelovanje, so za vsaj 30 zaporednih bolnikov, ki so se pri njih zdravili zaradi enega izmed akutnih respiratornih infektov, vnesli podatke na poseben obrazec (2).

Rezultati

Izpolnjene obrazce je vrnilo 14 zdravnikov, ki so skupno prispevali 471 primerov bolnikov z akutnim respiratornim infektom. 247 (52,4 %) je bil predpisan antibiotik. 114 (24,2 %) bolnikov ni dobilo niti antibiotika niti drugega zdravila za lajšanje težav, povezanih z akutnim respiratornim infektom. Posamezni zdravniki so antibiotike predpisali zelo različnemu odstotku bolnikov, od 20 % do 81 % bolnikom z akutnim respiratornim infektom (slika 1).



Slika 1. Delež posvetov zaradi akutnih respiratornih infektov, ki so se končali s predpisanim antibiotikom.

Zdravniki so pri akutnem respiratornem infektu predpisali največ polysintetskih penicilinov (v 29,0 %), sledil je penicilin (v 15,7 %) in kombinirani antibiotiki ali cefalosporini (v 10,8 %) (tabela 1). Pri povprečnem in skromnem predpisovalcu prevladuje penicilin, medtem ko se je pretiran predpisovalec pogosteje odločal za kombinirane antibiotike (amoksicilin s klavulonsko kislino idr.) oziroma cefalosporine (tabela 1).

Tabela 1. Delež bolnikov pri povprečnem, pretiranem in skromnem predpisovalcu, ki so zaradi akutnega respiratornega infekta dobili recept za antibiotik. Okrajšave: ZD/SM - zdravnik družinske - splošne medicine, št. bol. - število bolnikov, pen. - penicilinski antibiotik, am. - amoksicilin ali ampicilin, eri. - eritromicin, azit. - azitromicin, tet. - tetramicin, drug AB - druga oblika antibiotika (cefalosporin, amoksicilin s klavulonsko kislino idr.), AB - bolniki, ki so dobili recept za antibiotik, drugo zdr. - drugo zdravilo za lajšanje znakov akutnega respiratornega infekta, brez zdr. - bolniki, ki niso dobili nobenega zdravila.

ZD/SM	št. bol.	pen.	am.	eri.	azit.	tet.	drug AB	AB	drugo zdr.	brez zdr.
povprečen	34	9	5	1	1	1	0	17	8	10
	%	26,5	14,7	2,9	2,9	2,9	0	50	23,5	29,4
pretiran	32	6	7	0	1	0	12	26	10	1
	%	18,8	21,9	0	3,1	0	37,5	81,3	31,3	3,1
skromen	35	4	0	0	2	0	1	7	8	19
	%	11,4	0	0	5,7	0	2,9	20,0	22,3	54,3
SKUPAJ	471	74	94	10	16	2	51	247	141	114
	%	15,7	29,0	2,1	3,4	0,4	10,8	52,4	30,0	24,2

Zdravniki so se v 52,4 % akutnih respiratornih infekcih odločili za antibiotično zdravljenje, pri pljučnici so antibiotik predpisali vedno, pri lakunarni angini v 96,8 % in pri sinusitisu v 96,3 %. Faringitis so zdravili z antibiotiki pri 72,6 % bolnikov in bronhitis kar pri 67,6 % bolnikov in celo 6,3 % bolnikov s prehladom je dobilo antibiotik (tabela 2).

Tabela 2. Delež bolnikov po boleznih, ki so zaradi akutnega respiratornega infekta dobili recept za antibiotik. Okrajšave: št. bol. - število bolnikov, pen. - penicilinski antibiotik, am. - amoksicilin ali ampicilin, eri. - eritromicin, azit. - azitromicin, tet. - tetraciklin, drug AB - druga oblika antibiotika (amoksicilin s klavulonsko kislino idr.), AB - bolniki, ki so dobili recept za antibiotik, drugo zdr. - drugo zdravilo za lajšanje znakov akutnega respiratornega infekta, brez zdr. - bolniki, ki niso dobili nobenega zdravila.

	št. bol.	pen.	am.	eri.	azit.	tet.	drug AB	AB	% AB	drugo zdr.	brez zdr.
prehlad	155	1	4	0	1	0	5	11	6,3	63	80
otitis	25	4	8	0	1	1	3	17	68,0	7	6
sinusitis	27	1	18	2	2	0	3	26	96,3	6	1
angina	31	27	2	0	1	0	0	30	96,8	0	0
faringitis	117	37	26	5	7	0	10	85	72,6	21	19
bronhitis	74	2	26	0	2	0	21	51	67,6	13	8
pljučnica	11	1	3	0	2	0	5	11	100	3	0
drugo	31	1	7	3	0	1	4	16	41,9	18	4
SKUPAJ	471	74	94	10	16	2	51	247	52,4	141	114
%		15,7	29,0	2,1	3,4	0,4	10,8	52,4		30,0	24,2

Razprava

Prikazani rezultati so del analize predpisovanja antibiotikov pri akutnih respiratornih infekcih in jih bodo sodelujoči zdravniki dobili kot povratne podatke (tabela 1) (3, 4). Posameznemu zdravniku predstavljajo primerjavo z lastnim delom in pomagajo pri oblikovanju smernic. Odpirajo številna vprašanja, začenši s postavljanjem diagnoze, ki je pri večini primerov temeljila na klinični sliki in ki zlasti pri faringitisu ne predstavlja potrebne kretnice v nadaljnjem razmišljanju o obliki zdravljenja (tabela 2). Faringitis je bil namreč skoraj v treh četrtinah primerov zdravljen z antibiotikom, iz česar bi lahko sklepali, da so zdravniki tej diagnozi pripisali tako bakterijsko kot virusno etiologijo. Preseneča tudi visok odstotek bolnikov z akutnim bronhitisom, ki jim je bil predpisan antibiotik (tabela 2). Pri klinično jasnih diagnozah (lakunarna angina) je bilo tudi zdravljenje blizu pričakovanj. Zdravniki so se le poredko odločali za predpisovanje eritromicina, azitromicina ali tetraciklina, preseneča pa velik odstotek kombiniranih antibiotikov oziroma cefalosporinov, še zlasti za zdravljenje akutnega bronhitisa (tabela 2). Naslednje dilemo predstavljajo precejšnje razlike med zdravniki (tabela 1). Del razlik lahko pojasnimo z razlikami v boleznih, ki jih zdravijo zdravniki, velik del pa je povezan s slogom dela.

Sklep

Razlike pri predpisovanju zdravil so povezane z razlikami v boleznih, ki jih zdravijo zdravniki, del razlik pa tiči v slogu dela vsakega posameznega zdravnika. Z ugotavljanjem razlik se dileme šele nakazujejo in pot do poenotenja, oziroma izboljšanja kakovosti je še dolgotrajna.

Literatura

1. *Audit project Odense*. Odense: University Odense, 1994:1-10.
2. Kersnik J. Samoocenjevanje kakovosti pri predpisovanju antibiotikov pri akutnem respiratornem infektu. *Zdrav Var* 1996;35:365-7.
3. Kersnik J. Temeljna načela izboljševanja kakovosti pri nadzoru nad predpisovanjem zdravil. *Zdrav Var* 1996;35:333-4.
4. Kersnik J. Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti. V: Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995:137-42.

ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILNIMI RASTLINAMI

Marko Kolšek, Vincenc Logar

Uvod

Zgodovina medicine je zgodovina zdravljenja z različnimi metodami za pomoč ljudem v težavah. Mnoge od teh metod uporabljajo z večjim ali manjšim uspehom še danes v raznih delih sveta (1), o mnogih zadnje čase vse več govorimo in pišemo tudi v Sloveniji.

Ena izmed takšnih starih metod zdravljenja je zdravljenje z zdravilnimi rastlinami - fitoterapija. O takšnem zdravljenju so poznani zapisi skoraj vseh starih kultur: babilonske, staroegipčanske, židovske, indijske in kitajske (2).

Nauk o zdravljenju z zdravilnimi rastlinami se seveda ne začne s temi starimi zapisi. Lahko trdimo, da so bile rastline za človeka zdravilo, odkar obstaja človeštvo, saj so bile že od vsega začetka človekova hrana. Domnevamo lahko, da je človek že kmalu na začetku svojega razvoja vedel, katera rastlina mu pomaga zoper določeno težavo, rano, bolezen, bolečino, tako kot je to še danes pri živalih. Vprašanje, od kod izvira to znanje - če gre res za znanje in ne le za instinktivno slutnjo (npr. po pijanski noči si človek želi vodo ali sok, saj telo skuša "popraviti mačka"), je seveda brez popolnega odgovora. Zagotovo si je vsaj del tega vedenja pridobil z izkušnjami, ko si je ob težavah poskušal pomagati na različne načine in tudi z uživanjem različnih sadežev in rastlin. Ker takšna medicina temelji na izkušnjah, jo imenujemo empirična (2).

Znanje in veščine so se širile z ustnim izročilom. Kasneje je primitivni človek začel iskati vzroke svojih težav v nekih višjih silah - v duhovih, demonih. To je obdobje demonizma (2). Takrat je umetnost zdravljenja postopoma postajala vse bolj tajna in prevzele so jo določene skupine ljudi - vrači, čarovniki, medicineri. Po drugi strani se je instinktivno znanje o tem, kaj človeku ob določeni bolezni pomaga, vedno bolj izgubljalo.

Prvi zapisi o medicini in o posebnem stanju - "zdravnikih", ki so se z njo ukvarjali, so stari več kot štiri tisoč let (Hamurabijev kodeks, pribl. 2250 let pr.n.št.). Mnogo imen je poznanih iz zgodovine. Hipokrat (5. in 4. stoletje pr. n. št.) je eden izmed najbolj znanih, saj so poznani številni njegovi spisi in spisi njegove šole. Njegovo znanje je temeljilo na izkušnjah opazovanja bolnikov, njegovo zdravljenje (ki temelji na zdravilnih rastlinah v raznih oblikah) podpira organizem v boju proti bolezni, zavedal se je, da ima medicina svoje meje; razvil je visoko stanovsko etiko. Naslednji zelo znan zdravnik iz zgodovine je Galen (1. stoletje po. n. št.), ki je uskladiel posamezne discipline v takratni medicini in strnil takratno znanje v enoten sistem, v samo zdravljenje pa ni prinesel pomembnih novosti - tako tudi ne v zdravljenje z zdravilnimi rastlinami. Na prestolu medicine je ostal vse do 16. stoletja, ko se je pojavil Paracelsus (1502-1541), ki je v lekarne in medicino uvedel kemijo. Prvi je napravil preobrat, saj ni več zdravil samo z rastlinami, ampak je iz rastlin delal izvlečke posameznih učinkovin. Postavil je temelje sodobni farmakologiji. Zdravljenje z zdravilnimi zelišči je bilo nekako postavljeno v ozadje, vendar vse do sedaj ni bilo nikoli povsem pozabljeno.

Kje smo sedaj?

Zdravilne rastline štejemo k pomožnim zdravilnim sredstvom. Njihove učinke oziroma učinkovine v njih proučuje farmakološka disciplina farmakognozija (3). Ljudje uporabljajo zdravilne rastline v skladu z izkušnjami starih mam, s predlogi prijateljev in tudi s strokovnimi nasveti. Nekateri bolniki preveč zaupajo čajem, obkladkom, kopelim ter rokam zdravilcev, tako da včasih po nepotrebnem zamudijo ustrežnejše strokovno medicinsko zdravljenje. Po drugi strani imamo tudi bolnike, ki pretirano zaupajo v tablete, ki naj bi jim odpravile vse mogoče težave, in tako neredko zanemarijo več tisočletne izkušnje in lasten trud, ki je potreben za rešitev težav.

Med zdravilne rastline ne uvrščamo samo tistih nekaj zelišč, ki jih posušene kupimo v lekarni, da si iz njih pripravimo nekaj čajev. Veliko sadežev in rastlin, ki jih uživamo kot sadje in zelenjavo, prav tako uvrščamo med rastline, ki ugodno vplivajo na zdravje. Mnogo preveč ljudi spregleda, da je med drugim človek zdrav toliko, kolikor zdravo se prehranjuje. Zdravje lahko pogosto ohranjamo s pravilno prehrano, z zdravim načinom življenja, pa tudi s pravilnim dihanjem, s pravilnimi predstavami in s pozitivnimi mislimi; z napačno prehrano in predstavami in tudi z nekritično rabo zdravilnih zelišč pa lahko zdravju škodujemo veliko bolj, kot je videti na prvi pogled.

Kakšno vlogo imajo torej zdravilne rastline v sodobni medicini? Za težave, na katere ima sodobna medicina učinkovit in ustrezen odgovor, je fitoterapija le dodatno sredstvo, ki bolj ali manj prispeva k lajšanju bolnikovih težav. Podobno je pri težavah, za katere pozna medicina le omejeno pomoč; v teh primerih lahko zdravilne rastline včasih pripomorejo k zdravljenju, včasih lahko tudi nadomestijo medicinska sredstva. Največji problem so težave, pri katerih medicina ne pozna niti delnih rešitev. Takrat je pogosto vprašljiva tudi učinkovita pomoč zdravilnih rastlin.

Zdravnik mora poznati prepričanja in pričakovanja svojih bolnikov glede zdravilnih rastlin, saj je od tega odvisno, ali bo o tem spregovoril z njimi ali ne. Bolniki, ki verjamejo v učinke zdravilnih rastlin, jih bodo tako ali tako sami tudi uporabljali (1). Če zdravnik z njimi tudi o tem spregovori nekaj besed brez podcenjevanja, bodo ti bolniki najverjetneje bolj upoštevali tudi druge zdravnikove besede in navodila, saj bodo pri zdravniku sprejeti kot celovite osebnosti s svojimi prepričanji. Po drugi strani je po navadi odveč beseda o zeliščih pri tistih bolnikih, ki ne verjamejo v njihovo učinkovitost.

Tu se srečamo z vprašanjem placeba - koliko je učinkovitost zdravilnih rastlin povezana s prepričanjem bolnika, koliko pa pomagajo učinkovine, ki so v njih. Učinek prepričanja bolnika na učinkovitost nekega sredstva je enako pomemben tudi pri zdravilih iz uradne medicine. Če bolnik sledi našim strokovnim navodilom, in si pri tem pomaga še z rastlinami ali drugimi nekonvencionalnimi metodami, ga zaradi tega ne smemo zavračati in smo mu dolžni pojasniti, kakšne so njegove možnosti ozdravitve. Če ne sledi našim priporočilom in uporablja samo neuradne oblike pomoči, mu moramo jasno povedati, da medicina pozna odgovor za njegove težave, ki ne ustreza nujno njegovim željam in predstavam, in da mu ne morete svetovati, naj uporablja samo komplementarne metode. Po svojih močeh mu lahko lajšate težave in mu pomagata varovati se pred morebitnim izkoriščanjem nekaterih zdravilcev, ki zlorabljajo nekonvencionalne metode pomoči za svoje osebne interese.

Zdravilne učinkovine v rastlinah

S Paracelsusom je kemija stopila v lekarne. Veliko znanja o naravnem zdravilstvu je bilo tako potisnjena v ozadje - nekaj upravičeno. Spomnimo se na primer puščanja krvi, ki je v številnih primerih povzročilo smrt bolnikov, saj so z neposrednim puščanjem krvi tako oslabili bolnika, da le-ta

ni umrl zaradi bolezni, temveč zaradi izgube krvi. Prisotnost kemije v lekarnah pa kljub temu ni pomenila, da je bilo znanje o zdravljenju z zdravilnimi rastlinami popolnoma pozabljeno. Lekarnarji in alkimisti so vedno znova poskušali pridobivati rastlinske učinkovine umetno, torej v laboratorijih in ne naravnost iz rastlin, prav zato pa so morali najprej analizirati učinkovine, ki so v rastlinah.

Pri tem se je pokazalo, da rastline ne vsebujejo le ene učinkovine, temveč da je v njih praviloma večje število različno delujočih snovi. Merilo za uvrstitev v določeno skupino je bila prevladujoča snov v rastlini. Večina teh učinkovin je aromatskih snovi (npr. čreslovine, glikozidi, eterična olja), nekatere pa so ogljikovi hidrati (npr. sluzi) (3):

ČRESLOVINE so polifenolne spojine, ki so v rastlinah vezane na beljakovine. Čreslovine koagulirajo beljakovine celic; koagulirane plasti celic tako varujejo tkiva pod seboj pred dražljaji, kar uporabljamo v primeru zdravljenja driske. Seveda smemo uporabljati le nizke koncentracije čreslovin, saj bi prevelike koagulirale tudi globlje plasti sluznice, kar bi pa stanje samo poslabšalo. Pod njihovim vplivom koagulirajo tudi beljakovine bakterij. Na poškodovani koži ali sluznici (npr. dlesen) čreslovine tako preprečujejo okužbo; niso primerne za večje površine, saj bi resorbirane polifenolne spojine okvarile jetra. Čreslovine torej lahko uporabljamo, npr. pri zdravljenju driske pijemo čaj, pri stomatitisu s čajem spiramo usta in ga grgramo, pri vnetih hemoroidalnih vozličih pa napravimo obloge. Za zdravljenje uporabljamo npr. liste žajblja, liste in sadeže brusnic, liste pravega čaja, borovnice, orehove liste, hrastovo lubje.

FLAVONOIDE prištevamo med glikozide; so nehlapljive, trdne, ponavadi v vodi in alkoholu topne spojine, ki jih najdemo v številnih rastlinah. So antioksidanti; varujejo oksidacijo vitamina C. Preprečujejo krhkost kapilar in zavirajo propustnost ven, ker zavirajo hialuronidazo in s polimerizacijo stabilizirajo kolagen. Nekateri flavonoidi (npr. antociani) prodirajo v bakterije in s tem preprečujejo njihovo rast in razmnoževanje. Flavonoidi koristijo pri krčnih žilah, zmanjšujejo možnost krvavitev iz kapilar in izboljšujejo stanje ožilja, npr. pri sladkornih in hipertenzivnih bolnikih. Za zdravljenje uporabljamo npr. limonin sok, cvetove gloga, borovnice in črni ribez, pegasti bandelj, plodove sabala.

SAPONOZIDI so posebna vrsta glikozidov, ki se v vodi koloidno topijo in se pri stresanju penijo - od tod tudi njihovo ime. Saponozidi zmanjšujejo površinsko napetost, tako delujejo kot emulgatorji; s tem zavirajo razvoj gliv. V zdravilstvu se uporabljata predvsem dve lastnosti saponinov: draženje sluznice (npr. pri respiratornih boleznih pospešuje izločanje sluzi, hkrati pa se sluz zaradi manjše površinske napetosti utekočinja; v prebavilih okrepijo peristaltiko, žleze izločajo več prebavnih sokov) in zvečanje prepustnosti membran (npr. izboljša prodiranje snovi v kožo). Za zdravljenje uporabljamo npr. timijan, liste ognjiča, koreniko sladkega korena in jegliča, brezove liste, plodove divjega kostanja.

ETERIČNA OLJA so večinoma zmesi raznih spojin alifatske in ciklične oblike; so hlapljive, dišeče snovi, ki jih najdemo pri številnih rastlinah v cvetnih listih, plodovih, semenih ali koreninah; topne so v alkoholu. Ker gre za hlapljive snovi, jih je treba hraniti v nepropustnih zaprtih posodah. Različna eterična olja imajo zelo različne učinke: delujejo antiseptično, ker motijo celično presnovo bakterij in kvarijo citoplazmatsko membrano (npr. eterična olja sivke, rožmarina, evkaliptusa); delujejo kot rubefaciensi, ker iz tkiv sproščajo histamin, kinine in prostaglandine (npr. eterična olja poprove mete - mentol, kafe, arnike, rožmarina, timijana); delujejo antiflogistično (npr. azulen in bisabolol v cvetovih kamilice); imajo pomirjevalni in uspavalni učinek (npr. eterična olja melise, angelike, timijana, baldrijana, sivke, dobre misli); učinkujejo tudi stimulatивно (npr. eterična olja poprove mete, rožmarina); delujejo proti napenjanju in karminativno (npr. eterična olja kumine, janeža, koriandra); antitusično delujejo s pomirjanjem krčev bronhiol (npr. eterično olje timijana, koprca); kot

ekspektoransi delujejo z draženjem sluznice, da migetalke hitreje utripajo in se izloča več sluzi (npr. eterična olja borovca, jelke, evkaliptusa); z izboljševanjem prekrvavitve ledvic in draženjem epitela pospešujejo izločanje seča (npr. eterična olja brina, peteršilja).

RASTLINSKE SLUZI (mucilaginoza) so ogljikovi hidrati, zato v stiku z vodo nabreknejo in dajejo koloidne, viskozne raztopine. Zato jih uporabljamo kot emolijens za zaščito sluznic dihal ob kašlju (npr. liste in korenike sleza in liste slezenovca), sluznice črevesja ob driski (npr. seme kutine). Po drugi strani pa nekatere rastline uporabljamo kot odvajalo, ker učinkujejo kot drsljivci črevesne vsebine (npr. laneno seme).

FITONCIDI so različne kemične spojine (npr. naftokinoni, saponinski alkaloidi, eterična olja z žveplom, kisline lišajev), ki že v majhnih količinah zavirajo razvoj ali celo ubijajo viruse, bakterije, glive ali enoceličarje. Mnogi vsebujejo hlapno frakcijo, ki učinkujejo že s svojimi hlapi brez neposrednega stika med mikroorganizmom in fitoncidi. Nekatere rastline s takšnimi snovmi lahko uporabljamo kot pomožno sredstvo ob infekcijah ali za preprečevanje infekcij. Najbolj znane rastline, ki vsebujejo fitoncide, so: česen, hren, breza, črni ribez, pomarančev, timijan, zelje.

VITAMINI so zelo različne kemične spojine, ki so življenjskega pomena za živa bitja. Potrebni so za normalen metabolizem celic, sodelujejo pri številnih kemičnih procesih v telesu. Različni vitamini so sestavni del različnih rastlin, ki jih ljudje uporabljamo za prehrano, so pa tudi v številnih zdravilnih zeliščih.

Nabiranje zdravilnih rastlin

Pred nabiranjem moramo rastline, ki jih bomo trgali, najprej dobro poznati, sicer je bolje, da jih kupimo v lekarni ali dobimo pri nekom, ki jih dobro pozna. Vedeti moramo, kdaj nabiramo posamezne rastline in kateri deli so uporabni. Nabiramo lahko samo rastline, ki niso zaščitene. Rastlin ne smemo nabirati na zaščitene območjih. V gozdu in na travniku moramo upoštevati, da je tako rekoč vsako zemljišče last nekoga in njegova last so tudi rastline, ki tam rastejo. Zdravilnih rastlin ne smemo nabirati v velikih količinah, ker jih ni dobro dolgo skladiščiti.

Ko rastline pripravljamo za uporabo, moramo upoštevati, da je treba za vsako rastlino točno vedeti, kako jo pravilno sušimo. Hranimo jih v obarvanih posodah, v hladnem in temnem prostoru.

Pri zdravljenju uporabljamo različne rastlinske dele pri različnih rastlinah: lubje, poganjke, liste, cvetove, cvetne brazde, plodove, popke, sveže plodove, olupljene plodove, plodove s semeni, plodove brez semen, lupine, semena, zel, sok, lišaje, storže, olje.

Pripravki iz zdravilnih rastlin

Zdravilne rastline za uporabo pripravimo na različne načine, kar je bistvenega pomena, saj z napačno pripravo uničimo učinkovine, ali pa zdravilno rastlino napravimo celo strupeno. Najpogosteje uporabljamo napitke, najbolj priljubljeni so:

- ⇒ preliv (npr. korenine baldrijana) pripravimo tako, da zelišče prelijemo s hladno vodo in pustimo stati dve uri (včasih kar celo noč), nato ga precedimo;
- ⇒ poparek (npr. cvet kamilice ali bezgovo cvetje) pripravimo tako, da zelišče prelijemo z vrelo vodo in pustimo stati deset minut; tako pripravimo čaj iz nežnih zelišč in cvetov;

- ⇒ zavretek (npr. liste poprove mete) pripravimo tako, da damo zelišče v hladno vodo, zavremo, odstavimo, pokrijemo in pustimo stati, dokler se ne ohladi; tako pripravimo čaj iz rastlinskih stebel in listov;
- ⇒ prevretek (npr. plodove šipka, borovnice) pripravimo tako, da damo zelišče v hladno vodo, zavremo, pustimo vreti nekaj minut, nato ohladimo in popijemo; tako pripravimo čaj iz korenin in plodov.

Zdravilne rastline uporabljamo tudi za tinkture, raztopine, kopeli, obloge, mazila, in še kaj:

- ⇒ sirup (npr. smrekove vršičke) pripravimo iz zelišč in sladkorja, vsebino postavimo na sonce, pokrijemo s folijo in pustimo, dokler se sladkor na raztopi; namesto sladkorja lahko uporabimo tudi med;
- ⇒ obloge (npr. orehove liste) pripravimo iz sesekljanih svežih ali poparjenih zelišč, ki jih zavijemo v gazo, po potrebi segrejemo in položimo na prizadeto mesto.

Uporaba zdravilnih rastlin

Če želimo doseči zdravilni učinek čaja, moramo poznati pravilni način uporabe, ki pa je lahko za isto zdravilno rastlino pri različnih boleznih ali težavah popolnoma različen. Hkrati moramo vedeti, da imajo tudi čaji lahko stranske učinke in da so nekateri čaji lahko pri določenih boleznih ali pa v večjih količinah tudi škodljivi. Pogosto uporabljamo čajne mešanice, kot pa čaje z eno samo učinkovino, saj je že v posamezni rastlini ponavadi več različnih učinkovin. Z ustrezno izbrano mešanico rastlin zmanjšamo ali celo izničimo morebitne stranske učinke posameznih učinkovin ali pa poudarimo delovanje ene izmed njih. Za začetnike je priporočljivo, da si kupijo že pripravljene čaje in njihove mešanice. Tako si zagotovijo, da so zelišča pravilno nabrana in posušena, hkrati pa tudi v ustreznih medsebojnih razmerjih. Poleg tega je za čim boljši učinek potrebno vedeti, kdaj in kako pogosto se takšna čajna mešanica uporablja, kako se pripravi, v kolikšni količini in koliko časa se uporablja.

Kdor ima več izkušenj, lahko začne tudi sam pripravljati zelene mešanice. Pri tem velja načelo treh delov. Vsak čaj ima glavno učinkovino, ki ji pravimo tudi osnovna učinkovina. Z latinskim izrazom jo imenujemo *remedium cardinale*. Tej se pridruži *remedium adjuvans*, kar pomeni pomožna ali dodatna učinkovina, ki je lahko ena ali pa jih je lahko tudi več. Njihova naloga je, da dopolnjujejo ali zaokrožajo učinek osnovne učinkovine. Umetnost tistega, ki zdravi, je v tem, da s ciljno uporabo pomožnih učinkovin okrepi osnovni učinek glavne učinkovine. Čim natančnejša sta diagnoza bolezni in ugotovitev, kateri organi so prizadeti, tem učinkovitejše so tudi čajne mešanice. Tema dvema učinkovinama lahko dodajamo še druge, s katerimi izboljšamo videz, vonj ali okus čaja; to je *remedium corrigens*.

Nekaj zdravilnih rastlin, ki jih uporabljamo v medicini

Borovnice (*Vaccinium myrtillus*) vsebujejo čreslovine, vitamine; pripravljamo jih kot prevretek iz posušenih plodov; čaj uporabljamo pri driskah in gastričnih težavah (3).

Kamilica (*Chamomilla recutita*) vsebuje eterično olje bisabolol, flavonoide; pripravljamo poparek iz posušenih cvetov; uporabljamo ga sveže pripravljenega za pomirjanje krčev v trebuhu, ob gastričnih težavah, ob dismenoreji, ohlajenega uporabljamo za obloge pri vnetju kože (3, 4).

Poprova meta (*Mentha piperita*) vsebuje eterično olje z mentolom, čreslovine; pripravljamo ga kot poparek; uporabljamo ga pri zadahu iz ust, pri bolečinah v želodcu in za pomirjanje. Pri nespečnosti ga lahko uporabljamo skupaj z meliso in lipovimi cvetovi ali listi rožmarina (3).

Česen (*Allium sativum*) vsebuje fitoncidi alicin, vitamine; uživamo lahko surove čebulice ali pa učinkovine v posebej izdelanih izvlečkih; uporabljamo ga za preprečevanje in zdravljenje virusnih in bakterijskih okužb, znižuje tudi holesterol v krvi, deluje proti visokemu krvnemu tlaku (3, 5, 6, 7).

Janež (*Pimpinella anisum*) vsebuje eterično olje; pripravljamo ga kot prevretek iz posušenih plodov (če so plodovi zmleti, ga pripravljamo kot poparek); pogosto ga uporabljamo v mešanici s kamilico in kumino pri napenjanju ter pri krčih v trebuhu (3).

Šentjanževka (*Hypericum perforatum*) vsebuje eterično olje, flavonoide; prevretek iz zeli in cvetja pripravljamo kot prevretek proti nespečnosti in depresivnemu razpoloženju, eterično olje iz cvetja in listov pa uporabljamo zunanje kot protivnetno sredstvo in za boljše celjenje ran (8, 9, 10).

Njivska preslica (*Equisetum arvense*) vsebuje flavonoide, saponozide; pripravljamo ga kot zavretek iz zeli; deluje blago diuretično in pomirja bolečine pri urolitiazii (3).

Baldrijan (*Valeriana officinalis*) vsebuje eterično olje, alkaloidi; pripravljamo ga kot preliv korenin ali tinkturo; učinkuje kot pomirjevalo in uspavalo (11).

Gornik (*Arctostaphylos uva-ursi*) vsebuje čreslovine, flavonoide, eterično olje; pripravljamo ga kot preliv iz listov; uporabljamo ga pri blagih vnetjih sečnice in sečnega mehurja (3).

Sena (*Cassia augustifolia*) vsebuje antrakinonske glikozide; pripravljamo ga kot preliv iz listov in plodov; deluje kot odvajalo, katerega delovanje se razvije z draženjem sluznice debelega črevesa; pogostejša uporaba ni priporočljiva, boljša je uporaba lanenega semena (3, 13).

Rudbekija (*Echinacea augustifolia*) vsebuje glikozide, eterično olje; pripravljamo tinkturo iz korenin; učinkuje imunostimulativno (13).

Ingver (*Zingiber officinalis*) vsebuje eterično olje, ki učinkuje proti slabosti, tudi proti slabosti pri vožnji; pripravljamo tinkturo iz korenin (14).

Žajbelj - travniška kadulja (*Salvia pratensis*) vsebuje eterično olje, čreslovine, flavonoide; pripravljamo poparek iz listov; uporabljamo ga pri vnetjih v ustni votlini in v žrelu, pri zadahu iz ust (3).

Pegasti badelj - mlečni osat (*Silybum marianum*) vsebuje flavonoide, eterična olja; pripravljamo poparek iz plodov; uporabljamo ga kot hepatoprotektiv (15).

Ginko (*Ginkgo biloba*) vsebuje flavonoide; pripravljamo izvleček iz listov; izboljša prekrvavitev in spomin (16).

Žen-šen (*Panax ginseng*) vsebuje glikozide, eterično olje, saponozide; izvleček iz korenin deluje kot imunostimulant (17).

Slez (*Althaea officinalis*) vsebuje sluzi; pripravljamo preliv iz korenin; uporabljamo ga za umirjanje kašlja in za lažje izkašljevanje (3).

Nekaj težav, pri katerih koristno uporabljamo zdravilne rastline

Driska: Za zdravljenje akutnega enterokolitisa je najpomembnejše zadostno nadomeščanje tekočine v zelo pogostih, a majhnih odmerkih. Za to uporabljamo rehidracijske tekočine in/ali pa čaj iz suhih borovnic.

Zaprtje: Pri kroničnem zaprtju je pomembna hrana z zadosti vlaknin, tekočine in telesno gibanje. Če nismo uspešni s higiensko dietnim režimom življenja, lahko bolniku občasno predpišemo odvajalo - grenko sol, laneno seme ali preparate z laktulozo, včasih pa tudi sena čaj.

Napenjanje: Proti napenjanju lahko pomaga ustrezna hrana z malo stročnicami, pa tudi kapusnicami in telesno gibanje. Pomagati poskusimo lahko s simetikonom ali čajem iz janeža, kumine in kamilic.

Slabost: Slabost (nauseo) lahko umirimo z nekaterimi farmacevtskimi snovmi (npr. tietilperazin), lahko pa tudi s tinkturo iz ingverja.

Okvara jeter: Pri virusnem hepatitisu ali ob zdravljenju s hepatotoksičnimi zdravili lahko varujemo jetra s čajem iz pegastega badlja.

Prehlad: Zdravimo ga simptomatsko, ker proti virusom, ki ga povzročajo, v medicini nimamo učinkovitih zdravil. Protivirusno ali imunostimulativno pa delujejo česen, tinktura iz žen-šena in rudbekije.

Kašelj: Suh kašelj blažimo s toplimi čaji in pripravki npr. iz timijana ali sleza, produktivnega pa npr. s smrekovim sirupom, toplimi čaji iz sleza, slezenovca in jegliča.

Nespečnost: Uspavala (hipnotiki) pomagajo pri nespečnosti, vendar vedno obstaja nevarnost, da se razvije odvisnost. Te nevarnosti praktično ni, če uporabljamo pripravke iz zdravilnih rastlin, npr. šentjanževke, melise, lipe, poprove mete, baldrijana, rožmarina.

Anksioznost: Anksiolitiki so bolj ali manj učinkoviti, vendar vedno obstaja nevarnost zasvojenosti. Te nevarnosti ni pri pripravkih, npr. iz baldrijana, timijana, poprove mete, sivke.

Sklep

Zdravilne rastline so eno prvih sredstev, po katerem med samozdravljenjem posežejo naši bolniki. Tudi socialni podporni sistem je v naši družbi pod vplivom ljudskega izročila in vplivom sodobnih gibanj naklonjen ti. naravnim metodam zdravljenja. Šele, ko zdravstvene težave presežejo prag znosnosti, se oseba odloči za pomoč zdravstvene službe. Zdravnik družinske - splošne medicine, ki se prvi srečuje z bolnikom, je dolžan bolniku, ki se za to zanima, pojasniti vlogo zdravilnih rastlin kot pomožnega zdravilnega sredstva. Bolniku, ki se odreka načinu zdravljenja, ki mu ga priporoča, je dolžan pojasniti, kakšne so njegove možnosti zdravljenja in ozdravitve ob uporabi različnih sredstev in metod zdravljenja. Prav v teh primerih, ko se bolnikove želje in potrebe ne skladajo z bolnikovimi pogledi, je odnos med zdravnikom in bolnikom v največji preizkušnji.

Literatura

1. Gaylord S. Complementary therapies in family medicine. In: Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, Ebell MH eds. *Essentials of family medicine*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998:191-200.
2. Pintar I. *Kratka zgodovina medicine*. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1950.
3. Bohinc P. *Farmakognozija II*. Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, 1983.
4. Mowrey DB. *The scientific validation of herbal medicine*. New Canaan, CT: Keats Publishing, 1986.
5. Adetumbi MA, Lau BH. *Allium sativum* (garlic) - a natural antibiotic. *Med Hypotheses* 1983;12:227-37.
6. Silagy CA, Neil HA. A meta-analysis of the effect of garlic on blood pressure. *J Hypertension* 1994;12:463-8.
7. Warshafsky S, Kamer RS, Sivak SL. Effect of garlic on total serum cholesterol. A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1993;119:599-605.
8. Linde K, Ramirez G, Murlow CD, et al. St John's wort for depression - An overview and meta-analysis of randomized clinical trials. *BMJ* 1996;313:253-8.
9. Schulz H, Jobert M. Effects of Hypericum extract on the sleep EEG of older volunteers. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 1994;7(suppl 1):S39-43.
10. Diwwu Z. Novel therapeutic and diagnostic applications of hypocrellins and hypericins. *Photochem Photobiol* 1995;61:529-39.
11. Lindahl O, Lindwall L. Double blind study of a valerian preparation. *Pharmacol Biochem Behav* 1989;32:1065-6.
12. Passmore AP, Wilson-Davies K, Stoker C, Scott ME. Chronic constipation in long-stay elderly patients: a comparison of lactulose and a senna-fibre combination. *BMJ* 1993;307:769-71.
13. Melchart D, Linde K, Worku F, Bauer R, Wagner H. Immunomodulation with echinacea: a systematic review of controlled clinical trials. *Phytomedicine* 1994;1:245-54.
14. Mowrey DB, Clayson DE. Motion sickness, ginger, and psychophysics. *Lancet* 1982;1(8273):655-7.
15. Ferenci R, Dragorisics B. Randomized controlled trial of silymarin treatment in patients with cirrhosis of the liver. *J Hepatol* 1989;9:105-13.
16. Rai G, Shovlin C, Wesnes K. A double-blind, placebo controlled study of Ginkgo biloba extract (tanakan) in elderly out-patients with mild to moderate memory impairment. *Curr Med Res Opin* 1991;12:350-5.
17. Scaglione F, Ferrara F, Dugnani S. Immunomodulatory effects of Panax ginseng. *Drugs Exp Clin Res* 1990;16:537-42.

ŠTUDENTOVA PRIČAKOVANJA NA VAJAH IZ DRUŽINSKE MEDICINE

Andrej Kunstelj

Pričakovanja

Vaje iz Družinske medicine so v sklopu kliničnih vaj v šestem letniku nekaj posebnega, saj se v ambulanti zdravnika družinske - splošne medicine obravnava širok spekter bolnikov z akutnimi in s kroničnimi težavami iz različnih medicinskih specialnosti. Mnogo teh zdravstvenih težav pa študent ne more spoznati drugje kot prav v splošni ambulanti in na bolnikovem domu. Tako je tudi raznolikost in količina zdravil, ki jih predpišejo zdravniki družinske - splošne medicine velika. Študent pred vajami iz družinske medicine pričakuje predvsem, da bo izvedel kaj več o odnosu med bolnikom in zdravnikom ter o vlogi zdravnika pri celostni obravnavi družine, odnosov znotraj družine in vplivanje le-teh na pojavnost določenih bolezenskih stanj. Tako na pomembnost predpisovanja zdravil ter na učinek, ki jih le-ta imajo na odnos med bolnikom in zdravnikom, sprva sploh ne pomisli.

Vaje

Kot se izkaže med vajami, je pomembno poznati farmakodinamiko zdravil, njihova prodajna imena, aktivno učinkovino, način jemanja ter stranske učinke zdravil, vendar pa to ni vse. Bolnikovega pričakovanja, da bo zdravilo dobil in zdravnikove pripravljenosti ustreči bolnikovim željam ne gre zanemarjati. Študentu se postavlja vprašanje, kako pravilno uravnotežiti včasih precej ostro napisana priporočila za predpisovanje zdravil z bolnikovimi željami in pričakovanji. Kdaj popustiti na račun bolnika? Najboljši primer za to je bolnikovo pričakovanje, da mu bo zdravnik pri akutnem respiratornem infektu virusne etiologije predpisal antibiotik, ki je bolniku ali znancem že večkrat pomagal pri podobnih, a ne enakih bolezenskih stanjih. Morda ne gre zanemarjati govoric, ki jih študent sliši že pred prihodom na vaje, da so zdravniki družinske - splošne medicine pri predpisovanju anksiolitikov in zdravil proti bolečinam preveč "radodarni", vendar kot se izkaže na vajah, je tesnoba in bolečino, ki jo občuti oziroma prestaja bolnik, težko izmeriti.

Vprašanja

To pa ni vse, študent pride na vaje predvsem s teoretičnim znanjem, ki ga skuša zamenjati za praktične izkušnje. Tako ga zanima, kdaj pri bolniku uvesti medikamentozno terapijo, koliko časa lahko določena bolezenska stanja obvladujemo samo z nemedikamentoznimi sredstvi in katera od njih dajejo najboljše rezultate. Zanima ga tudi, kdaj naj se v procesu zdravljenja določene kronične bolezni obrne po nasvet k specialistu in kako mu lahko le-ta pomaga pri uvajanju in spremljanju dolgotrajnega zdravljenja, ki ga bolnik potrebuje. Ne najbolj nepomembno vprašanje, ki si ga študent zastavi, je verjetno, koliko svobode ima zdravnik družinske - splošne medicine pri zdravljenju, ki ga predpiše zdravnik specialist, in kdaj se lahko odloči za prekinitev oziroma za neupoštevanje le-te.

V zadnjem času, ko vsi merijo učinkovitost zdravnikovega dela ne samo po zadovoljstvu bolnika in kakovosti opravljenega dela, temveč tudi po tem, kako potraten je zdravnik, skuša študent zvedeti, katera zdravila in kateri načini zdravljenja so v določenih bolezenskih stanjih najbolj ugodni, saj

popolnih tako ali tako ni. Da bi v pičlih sedmih tednih spoznal in obvladal tudi to, katera zdravila so na negativni oziroma vmestni listi, je utopija, ki se je študent zaveda že pred prihodom na vaje.

Sklep

Študentova pričakovanja so velika, in težko je zahtevati, da mu bo zdravnik družinske - splošne medicine lahko vedno ponudil pravi odgovor, ki bo zadovoljil študentovo radovednost. Vendar kot se izkaže ob koncu vaj iz Družinske medicine, je večina študentov zelo zadovoljnih s količino uporabnega znanja o predpisovanju zdravil, ki ga dobijo.