

Kazalniki kakovosti zdravljenja z zdravili pri obstruktivni boleznii pljuč

Jurij Šorli

1 Uvod

Kronične bolezni dihal, ki so povezane z stalno ali menjajočo se zaporo dihalnih poti prizadenejo pomemben del populacije v večini držav sveta (astma do 15% otrok in do 6% odraslih, kronična obstruktivna bolezen pljuč - KOPB do 6% odraslih). Razen obolevnosti je pomembno tudi bistveno skrajšanje pričakovane dolžine življenja (za KOPB napovedujejo, da bo do leta 2015 drugi najpomembnejši razlog smrti). Dobro vodenje zdravljenja teh bolezni je zagotovo pomemben kazalec razvitosti in uspešnosti vsakega zdravstvenega sistema. V terapevtski skupini je ob zdravniku, medicinski sestri, fizioterapevtu, nutricionistu, psihologu, socialnem delavcu eden bolj pomembnih članov tudi farmacevt.

2 Splošna načela zagotavljanja kakovosti

Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu razumemo kot pregleden način nadzora nad tremi osnovnimi elementi: pogoji, postopki in izidom vsake obravnave posameznika ali skupin oseb (bolnikov), ki pridejo v stik z zdravstvenim sistemom (1). Pri tem je s pogoji ali strukturo mišljeno: sestava in izobrazba zdravstvenega tima, prostori, kjer se odvija zdravstvena dejavnost, laboratoriji in funkcionalne diagnostične enote, ipd. Postopek ali proces predstavlja način in potek obravnave, izid pa predstavlja končni ali vmesni rezultat te obravnave. Zagotovo bolnika najbolj zanima izid, vendar si pri tem želi tak način izvajanja oz. obravnavo, ki bo najmanj moteč in najbolj skrben, v prijaznem okolju in, ki ga bodo izvedli izvežbani strokovnjaki s primerno mero sočutja in skrbi. Današnji, osveščen bolnik želi, da je zdravstvena oskrba v skladu z najnovejšimi dognanji, da je prilagojena njegovim potrebam in ima najmanj škodljivih posledic. Pri vsem tem je njegova obveščenost o ustrezni oskrbi bistveno večja kot nekoč, jasno se zaveda svojih pravic in pričakuje od vseh, ki pri njegovi obravnavi sodelujejo, da mu bodo v vsakem trenutku lahko postregli s podatki, ki zagotavljajo, da je njegova oskrba blizu ali enaka najboljši možni. Zato se danes morajo zagotoviti razvidni okviri (načela, postopki, pričakovan izid) v katerih poteka njegova obravnava.

3 Kazalci kakovosti obravnave bolnikov z obstruktivnimi boleznimi dihal

Za večino bolezni je medicinska stroka pripravila algoritme ukrepov in postopkov, ki naj zagotovijo najboljši izid posamezni skupini bolnikov s to boleznijo. Ti dokumenti nosijo največkrat ime smernice. V teh dokumentih so bolj ali manj podrobno opisani postopki, njihovo zaporedje in pogostnost v odnosu do posamezne kategorije bolezni ali bolnika. Ti ukrepi morajo danes temeljiti na podatkih študij, ki so obravnavale postopek ali del postopka in so dale veljaven rezultat za ustrezno skupino bolnikov. Največkrat so te smernice pisane precej splošno in nimajo specifičnih meril za ustreznost postopka. Ta merila (kazalce kakovosti) je potrebno izvesti za vsak primer posebej (2, 3).

4 Kazalci kakovosti - astma

Astmo označuje posebna vrsta vnetja v dihalnih poteh. Vnetje povzroči zmanjšanje premera dihalnih poti: neposredno zaradi zadebelitve sluznice, preko posrednikov (mediatorjev) pa s povečanim krčenjem gladkih mišic v steni dihal. Zato je zdravljenje z zdravili uperjeno v oba mehanizma. Žal popolnega ozdravljenja današnji nabor zdravil ne omogoča. Zdravljenje je tako običajno doživljensko. Intenziteta bolezni se zaradi različnih dejavnikov zelo spreminja, zato se mora zdravljenje temu tudi ves čas prilagajati (4). Želeni cilji zdravljenja so: ni potrebe po olajševalcu (kratko delujoči agonist beta2 receptorjev), bolnik je brez znakov bolezni tako čez dan kot tudi ponoči, poslabšanja bolezni so zelo redka ali jih sploh ni, telesna dejavnost ni omejena, ni izostajanja z dela oz. šole. Te cilje je običajno mogoče doseči z redno in pravilno rabo zdravil in izogibanju sprožilcem bolezni. Najbolj uspešno je lahko zdravljen le obveščen bolnik (5). Zato mora ob odpustu iz bolnišnice ali po diagnostičnem postopku v ambulantni dobiti podroben načrt zdravljenja, ki opredeli stopnjo težavnosti bolnikove astme in določi vzorec zdravljenja z zdravili. Pogosto so potrebne dodatne vzpodbude in informacije, ki jih dobi v posebej organizirani »astma šoli« ali pa od posameznega člana terapevtskega tima (6). Farmaceutova vloga v tem je dokaj specifična. Njegove naloge so: pouk o zdravlilih za astmo, preverjanje in ponoven pouk o pravilni rabi posamezne farmacevtske oblike zdravil za astmo (pršilniki za aerosol in prah, tablete, sirupi), monitoriranje pogostnosti nabave posameznega zdravila, nasvet bolniku, da

v primeru neuspeha zdravljenja ponovi obisk pri zdravniku, preverjanje in ponoven pouk o pravilni rabi merilca največjega pretoka zraka, pomoč pri razumevanju načrta zdravljenja po odpustu iz bolnišnice.

Iz teh nalog je mogoče izvesti tudi merila-kazalce kakovosti dela farmaceuta. Ta bi lahko bila: delež bolnikov, ki zna pravilno uporabljati pršilnik, delež bolnikov z zmerno astmo, ki uporablja le olajševalec, delež bolnikov s povečano rabo zdravil, ki jim ni svetovan ponoven obisk pri zdravniku.

5 Kazalci kakovosti - KOPB

Za razliko od astme je KOPB bolezen, ki jo sicer tudi označuje slabo definirano vnetje v dihalnih poteh, ki ima za posledico prizadetost dihalnih poti in propad pljučnega parenhima (emfizem). Posledica teh procesov je pretežno ireverzibilna zapora dihalnih poti, ki se slabo odziva na zdravljenje z zdravili. Značilna za KOPB so pogosta poslabšanja, ki jih pogosto spremlja okužba. Zdravljenje z zdravili je le del programa rehabilitacije bolnikov s KOPB. Namen tega zdravljenja je predvsem preprečevanje in kontrola simptomov bolezni, zmanjšanje števila in teže eksacerbacij, izboljšanje tolerance za napor in izboljšanje kakovosti življenja (7). Merila kakovosti dela so podobna kot pri astmi, dodati je potrebno svetovanje o cepljenju proti gripi in nadzor nad zdravili, ki so kontraindicirana pri KOPB.

6 Literatura

1. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of Health Care. Part 2: Measuring Quality of Care. NEMJ 1996;335(13):966-70
2. Aveyard, P. Assessing the Performance of General Practices Caring for Patients with Asthma. British Journal of General Practice, 1997;47:423-26
3. Fang E, Mittman BS, Weingarten, S. Use of Clinical Practice Guidelines in Managed Care Physician Groups. Archives of Family Medicine 1996;5:528-31
4. Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, et al. Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo odraslega bolnika z astmo. Zdrav Vestn 2002;71:563-569
5. Headrick L, Crain E, Evans D, et al. National Asthma Education and Prevention Program Working Group Report on the Quality of Asthma Care. AJRCCM 1996;154:S96-S118
6. Boulet LP, Becker A, Berube D, et al. Canadian Asthma consensus report 1999. Canadian Medical Association Journal, 1999; 161: Suppl 11:S15-S19
7. Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, et al. Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo bolnika s KOPB. Zdrav Vestn 2002;71:697-702