

Kakovost v zdravstvu/Quality in health service

OBRAVNAVA BOLNIKOV Z ARTERIJSKO HIPERTENZIJO: DOSEDANJE IZKUŠNJE IN MOŽNOSTI ZA IZBOLJŠANJE

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION: CURRENT
EXPERIENCE AND IMPROVEMENT STRATEGIES

Jerneja Farkaš,¹ Lijana Zaletel-Kragelj,¹ Rok Accetto²

¹ Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta Ljubljana, Zaloška cesta 4, 1000 Ljubljana

² Klinični oddelek za hipertenzijo, Bolnišnica dr. Petra Držaja, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Vodnikova ulica 62, 1000 Ljubljana

Izvleček

Izhodišča *Povezanost med arterijsko hipertenzijo (AH) in ogroženostjo za razvoj srčno-žilnih bolezni (SŽB) so potrdile številne velike epidemiološke raziskave. Pogostost in nadzor AH lahko izboljšamo s kombinacijo javnozdravstvenih in posamezniku prilagojenih ukrepov, ki zajemajo spremembo življenjskega sloga in udejanjanje rezultatov raziskav v klinični praksi. Kljub temu se z neustrezno obravnavo AH srečujemo po vsem svetu, kar je pomemben javnozdravstveni problem. V Sloveniji imamo na voljo sorazmerno malo kakovostnih podatkov o epidemiologiji in nadzoru AH. Namen članka je celosten pregled epidemioloških raziskav nadzora AH v Sloveniji in po svetu ter najpogostejših razlogov za neustrezno obravnavo bolnikov z AH. Predstavljena sta dva modela rešitev za izboljšanje obravnave bolnikov z AH in možnosti za udejanjanje v Sloveniji.*

Zaključki *Prizadevanja za kakovostnejšo obravnavo bolnikov z AH morajo biti celostna, kar vključuje dejavno udeležbo bolnika v partnerskem odnosu z zdravnikom, strokovno delo zdravnika, ki sledi smernicam za obravnavo bolnikov z AH, in navsezadnje dinamično sposobnost sistema zdravstvenega varstva, zlasti na primarni ravni, za prilagajanje.*

Ključne besede *arterijska hipertenzija; epidemiologija; obravnava; smernice; sistem zdravstvenega varstva*

Abstract

Background *An association between arterial hypertension (AH) and risk for cardiovascular diseases (CVD) has been confirmed in many large scale epidemiological studies. Prevalence and control of AH can be improved with both public health and individually tailored actions. These include lifestyle modifications and implementation of results in clinical practice. However, suboptimal management of AH is a worldwide public health problem. In Slovenia, there is limited data on epidemiology and AH control. This review aimed to comprehensively summarize epidemiological studies of AH control and to discuss most frequent reasons for suboptimal management of AH. Finally, two models on improvement of management of AH are presented and potential applications for Slovenia are discussed.*

Conclusions *Actions for better management of AH need to be comprehensive. This includes active patient involvement in partnership with a doctor, implementation of clinical guidelines in clinical practice, and flexibility of healthcare system, in particular in primary care.*

Key words *arterial hypertension; epidemiology; management; guidelines; healthcare system*

Avtor za dopisovanje / Corresponding author:

Asist. Jerneja Farkaš, dr. med., specializantka javnega zdravja, Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Zaloška cesta 4, 1000 Ljubljana, e-mail: jerneja.farkas@mf.uni-lj.si

Uvod

Zaradi srčno-žilnih bolezni (SŽB) umre tretjina svetovnega prebivalstva, kar pomembno prispeva h globalnemu bremenu bolezni.¹ Z ustreznimi ukrepi na različnih ravneh preventive lahko SŽB uspešno preprečujemo. Najučinkovitejša je kombinacija javnozdravstvenih ukrepov in ukrepov, usmerjenih v posameznike z različno ocenjenim tveganjem za SŽB. Prva vrsta ukrepov je povezana zlasti s spremembo življenjskega sloga, druga pa usmerjena v prepoznavanje zdravstvenih stanj, ki so lahko neposredna posledica nezdravih življenjskih navad (npr. arterijska hipertenzija [AH], motena toleranca za glukozo, hiperlipidemija). Pomembna komponenta celostnega pristopa k preprečevanju in nadzoru SŽB so tudi strategije za ustrezno obravnavo že zbolelih za različnimi oblikami SŽB.²

Visok krvni tlak igra v razvitem svetu pomembno etiološko vlogo v razvoju koronarne bolezni, možganske kapi, periferne arterijske okluzijske bolezni, srčnega popuščanja in ledvične odpovedi.³ Vedno bolj pogost dejavnik tveganja pa postaja tudi v razvijajočem se svetu, še zlasti v tamkajšnjih urbanih okoljih.⁴ Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) umre vsak osmi prebivalec sveta zaradi zapletov AH, ki jo tako uvrščamo med velike javnozdravstvene probleme.¹

Povezanost med AH in ogroženostjo za razvoj SŽB so potrdile številne velike epidemiološke raziskave. Izkazalo se je tudi, da je mogoče z ustrezno obravnavo zvišanih vrednosti krvnega tlaka breme SŽB pomembno zmanjšati.³ Dokazano je bilo, da je ustrezno zdravljenje AH povezano s 40-odstotnim zmanjšanjem tveganja za razvoj možganske kapi in 15-odstotnim zmanjšanjem tveganja za razvoj miokardnega infarkta.⁵ Kljub temu se z neustrezno obravnavo AH srečujejo po vsem svetu, kar dokazujejo rezultati raziskave pod okriljem SZO iz leta 2001. Od 167 vključenih držav jih 61 % ni imelo nacionalnih smernic za obravnavo bolnikov z AH, v 45 % držav zdravstveni delavci niso bili dovolj usposobljeni za ustrezno obravnavo bolnikov z AH, v 25 % držav so bila zdravila za zniževanje krvnega tlaka predraga, v 8-12 % držav pa na primarni ravni zdravstvenega varstva ni bilo osnovne opreme in zdravil za obravnavo teh bolnikov.⁶

V Sloveniji imamo na voljo relativno malo kakovostnih podatkov o epidemiologiji in nadzoru AH. Namen članka je celosten pregled epidemioloških raziskav nadzora AH v Sloveniji in po svetu ter najpogostejših razlogov za neustrezno obravnavo bolnikov z AH. Predstavljen sta dva modela rešitev za izboljšanje obravnave bolnikov z AH in možnosti za njuno udejanjanje v Sloveniji.

Epidemiologija in nadzor arterijske hipertenzije v Sloveniji

V Sloveniji lahko posledicam AH vsako leto pripišemo 2400 do 4500 smrti. Umrljivost zaradi bolezni, povezanih z visokim krvnim tlakom in zaradi srčnega popuščanja, je najvišja v regijah Nova Gorica, No-

vo mesto, Celje in Murska Sobota.⁷ Glede na rezultate epidemiološke raziskave iz leta 1985 je pogostost AH med populacijo, staro od 40 do 70 let, znašala 18,9 %.⁸ Kasnejše raziskave, ki so v letih 1990/91, 1996/97 in 2002/03 potekale pod okriljem CINDI Slovenija, pa kažejo, da se je pogostost AH med odraslimi prebivalci ljubljanske regije gibala od 37,9 %, preko 43,3 % do 39,5 %.⁹ Pri tem se moramo zavedati dejstva, da so se mejne vrednosti krvnega tlaka, nad katerimi govorimo o AH, z leti zniževale. V epidemiološki raziskavi iz leta 1985 je bila meja postavljena pri vrednosti krvnega tlaka 160/95 mm Hg, v raziskavah, izvedenih pod okriljem CINDI Slovenija, pa pri vrednosti 140/90 mm Hg. V slednjih je bila pogostost AH določena le na podlagi izmerjenih vrednosti krvnega tlaka in brez upoštevanja jemanja zdravil za zniževanje krvnega tlaka.

Kljub zmanjšanju umrljivosti zaradi SŽB v drugi polovici 20. stoletja, kar je deloma pripisati tudi izboljšanju zdravljenja AH, se je urejenost AH na prehodu v 21. stoletje ponovno poslabšala.¹⁰ Po podatkih anket o nadzoru AH v Sloveniji, ki so jo Accetto in sodelavci izvedli med zdravniki splošne medicine leta 1999, je imelo le 9,1 % bolnikov z AH nadzorovan krvni tlak, kar je pomenilo vrednost krvnega tlaka pod 130/85 mm Hg oziroma pod 140/90 mm Hg za starejše od 65 let.¹¹ Raziskava, ki so jo med zdravniki splošne oziroma družinske medicine leta 2006 izvedli Petek-Šter in sodelavci, pa je pokazala, da je nadzorovan krvni tlak imelo kar 40,1 % bolnikov z AH (vrednost krvnega tlaka pod 140/90 mm Hg, pod 130/80 mm Hg za bolnike s sladkorno boleznijo ali prisotno proteinurijo, manjšo od 1 g/dan, in pod 125/75 mm Hg pri proteinuriji, enaki ali večji od 1 g/dan). Vrednost krvnega tlaka, ki so jo uporabili v raziskavi, je bila opredeljena kot povprečje meritev ob zadnjih dveh obiskih v ambulanti pred obiskom, ki je služil za izbor bolnikov. Visok odstotek bolnikov z AH, ki so imeli nadzorovan krvni tlak, verjetno ni povsem stvaren odraz dejanskega stanja v populaciji bolnikov z AH, o čemer so razpravljali že avtorji. Dobljeni rezultati o nadzoru AH tako veljajo le za tiste bolnike z AH, ki obiskujejo ambulante splošnih oziroma družinskih zdravnikov in ne za celotno populacijo oseb z visokim krvnim tlakom.¹²

Odstotek bolnikov z nadzorovano AH se razlikuje med državami in znaša do 10 % v petih evropskih državah (Velika Britanija, Nemčija, Švedska, Španija in Italija), okrog 17 % v Kanadi in 29 % v Združenih državah Amerike (ZDA), pri čemer o nadzorovani AH govorimo pri vrednosti krvnega tlaka pod 140/90 mm Hg.¹³

Vzroki za neustrezno obravnavo arterijske hipertenzije

Vzrokov za neustrezno obravnavo AH je več. Najdemo jih na strani bolnika, zdravnika in sistema zdravstvenega varstva. Bolniki z AH se v veliki večini ne bojijo dolgo asimptomatske bolezni, ko pa utrpijo katero od posledic, večinoma težko pristajajo na spremembo življenjskega sloga in vztrajnost pri jemanju zdravil. Zdravnike številna izobraževanja morda niso

uspela prepričati v bolj zavzeto obravnavo bolnikov z AH in v to, da se ne smejo zadovoljiti s prehodnimi rezultati.¹⁴ Sistem zdravstvenega varstva mora poleg znanstvenih dokazov upoštevati tudi ekonomski vidik, kar lahko vodi v različne omejitve pri udejanjanju smernic v klinični praksi.

V slovenski anketi o nadzoru AH iz leta 1999 so vzroke iskali v pogostih neželenih stranskih učinkih zdravil za zniževanje krvnega tlaka, ki so jih spontano navajali bolniki, v neustreznem ukrepanju zdravnikov ob visokih vrednostih krvnega tlaka ali neželenih učinkih in slabem poznavanju smernic za obravnavo bolnikov z AH.¹¹ Burke in sodelavci so v raziskavi med zdravniki na primarni ravni zdravstvenega varstva v Veliki Britaniji ugotovili, da eden od petih na novo prepoznanih in zdravljenih bolnikov z AH prekine jemanje zdravil do 6 mesecev, eden od dveh pa do 3 let po pričetku jemanja.¹⁵ Različna zdravila, ki jih uporabljamo v zdravljenju AH, imajo značilno drugačno tveganje za prekinitev njihovega jemanja. Najmanj pogosto bolniki z AH prenehajo jemati blokatorje angiotenzinskih receptorjev in zaviralcev angiotenzinske konvertaze, sledijo kalcijevi antagonisti, blokatorji receptorjev beta in diuretiki.^{15,16} Iz opazovanega lahko sklepamo, da ima nadzor nad jemanjem zdravil za zniževanje krvnega tlaka v prvem letu po pričetku jemanja pomembno vlogo v kakovostni obravnavi bolnika z AH. V primerjavi nadzora AH med ZDA in petimi zahodnoevropskimi državami se je pokazalo, da je bil nadzor v ZDA boljši na račun nižjih arbitrarno določenih praznih vrednosti krvnega tlaka za pričetek zdravljenja in na račun intenzivnejšega zdravljenja.¹⁷ Pogostost AH narašča s starostjo in je posebno velika pri starejših od 65 let. Ta populacijska skupina najpogosteje neredno jemlje zdravila za zniževanje krvnega tlaka ali jih celo opušča, ker ob odsotnosti simptomov in znakov AH ne vidi smisla v dolgotrajnem jemanju.^{18,19} K voljnosti (compliance) do jemanja zdravil za zniževanje krvnega tlaka prispeva tudi dnevni režim jemanja.²⁰

Vzroke za neustrezno obravnavo bolnikov z AH pa lahko iščemo tudi na strani zdravnikov. Prav tako kot pri bolnikih lahko tudi pri zdravnikih govorimo o voljnosti do zdravljenja AH. Pri tem imajo pomembno vlogo izbrani osebni zdravniki, specialisti splošne oziroma družinske medicine, na katere pade največji del bremena obravnave bolnikov z AH. Hagemester in sodelavci so voljnost do zdravljenja AH v raziskavi iz leta 2000, ki je zajela 24.899 nemških zdravnikov, ocenjevali preko njihovega poznavanja smernic za obravnavo bolnikov z AH in uporabo le-teh v klinični praksi.²¹ Raziskava, ki so jo med slovenskimi zdravniki splošne oziroma družinske medicine izvedli leta 2006, pa je pokazala, da so zdravniki pri treh četrtinah bolnikov z AH, ki so imeli nenadzorovan krvni tlak, poizkušali izboljšati nadzor krvnega tlaka, vendar so le pri 43,5 % bolnikov z nenadzorovanim krvnim tlakom spremenili zdravljenje z zdravili.¹² Ta odstotek je višji, kot so ga ugotovili Accetto in sodelavci,¹¹ in ga morebiti lahko pripisujemo prizadevanjem za izvajanje smernic za obravnavo bolnikov z AH med zdravniki splošne oziroma družinske medicine.

Smernice za obravnavo arterijske hipertenzije in uporaba v klinični praksi

Od leta 1977,²² ko so bile izdane prve smernice za obravnavo bolnikov z AH, je bilo objavljenih veliko posodobitev mednarodnih in nacionalnih smernic z namenom, da bi zagotovili najustreznejšo in najbolj kakovostno obravnavo vseh bolnikov z AH.^{23,24} Podlaga za smernice so na dokazih temelječa medicinska spoznanja, katerih sporočilo je, da se odločitev o obravnavi bolnika z AH ne naslanja le na izmerjene vrednosti krvnega tlaka, ampak na sočasno prisotnost drugih dejavnikov tveganja za SŽB, prizadetost tarčnih organov in morebitna pridružena klinična stanja. V Sloveniji imamo nacionalne smernice za obravnavo bolnikov z AH od leta 1999,²⁵ leta 2004 pa so bile objavljene posodobljene smernice.²⁴

Tako na primarni kot tudi na sekundarni ravni zdravstvenega varstva se soočamo z velikim razkorakom med načeli smernic ter njihovo uporabo v praksi. Ko so na Nizozemskem med 61 splošnimi oziroma družinskimi zdravniki proučevali uporabo navodil iz 10 različnih nacionalnih smernic, so ugotovili, da so le-ti v 67 % sledili navodilom iz tistih smernic, ki so bile napisane natančno, jedrnato in jasno, in le v 36 %, če so bile manj jasne ali celo dvoumne.²⁶ Dopolnjevanje obstoječih smernic, ko so te že nekaj časa v uporabi in se pokažejo njihove morebitne pomanjkljivosti, velja za eno od najpreprostejših in najbolj učinkovitih metod za povečevanje njihove uporabe.²⁷ Med ključne dejavnike, ki naj bi pomembno vplivali na neuporabo smernic, štejemo nejasnosti v vsebini smernic, nepravočasno posodabljanje smernic, različnost mednarodnih in nacionalnih smernic in njihovo nezadostno promocijo.^{28,29} Raziskave, ki so med splošnimi oziroma družinskimi zdravniki ovrednotile uporabo smernic preko računalniško podprtega odločevalskega sistema, niso pokazale izboljšanja v obravnavi bolnikov z AH. K temu naj bi največ prispeval uporabnik, tj. zdravniku, neprijazen računalniški program z zamudnim vnašanjem zahtevanih podatkov.³⁰ Z namenom povečati poznavanje ter uporabo smernic in posledično izboljšati obravnavo bolnikov z AH so Hagemester in sodelavci predlagali kontinuirano podiplomsko izobraževanje o obravnavi bolnika z AH, zlasti za specialiste splošne oziroma družinske medicine, interne medicine in kardiologije. V raziskavi med nemškimi zdravniki so ugotovili, da je le četrtina vseh sodelujočih zdravnikov zadostno poznala smernice. Slednje je bilo zlasti slabo pri starejših zdravnikih, kar so pripisovali njihovi majhni motivaciji za nadaljnje izobraževanje in izpopolnjevanje ter zanašanju na pridobljene spretnosti in dolgoletne izkušnje. Specialisti kardiologije so veliko bolje poznali smernice kot specialisti interne medicine in splošne oziroma družinske medicine. Zaključili so, da bo potrebno spremeniti strategijo informiranja zdravnikov in se posebej usmeriti v določene skupine zdravnikov z manjšo motivacijo za uporabo smernic.²¹ Mosca in sodelavci menijo, da za vse smernice o obravnavi bolnikov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi velja, da jih je potrebno predstavljati ciljano, glede na specialnost

zdravnikov.²⁸ Hyman in Pavlik opozarjata, da bo za boljšo obravnavo bolnikov z AH potrebna celo vedenjska sprememba zdravnikov v odnosu do AH.²⁹ Cabana in sodelavci so kot oviri pri uporabi smernic v klinični praksi prepoznali tudi nestrinjanje z vsebino smernic in nepripravljenost slediti spremembam na področju klinične obravnave.³¹ Leta 2003 je bila opravljena raziskava o poznavanju in uporabi smernic za obravnavo bolnikov z AH med slovenskimi splošnimi oziroma družinskimi zdravniki, v kateri je bilo ugotovljeno, da ima le 36,8 % vključenih zdravnikov ustrezno znanje o njih. Tisti zdravniki, ki so pravilno odgovarjali na najpomembnejša vprašanja glede poznavanja smernic in njihove vsebine, so pogosteje pravilno odgovarjali tudi na druga vprašanja, kar kaže na dejstvo, da dobro poznavanje ključnih sporočil smernic pogosteje pomeni tudi poznavanje smernic v celoti. 72 % v raziskavo vključenih zdravnikov si je želelo dodatnega izobraževanja v obliki delavnic na temo prepoznavanja, zdravljenja in sledenja bolnikov z AH.³²

Kljub mednarodnim in nacionalnim smernicam za obravnavo bolnikov z AH in kljub prepoznavanju napak, ki so se v preteklosti pojavljale ob predstavljanju smernic strokovni javnosti, ostaja število neprepoznanih in neustrezno obravnavanih bolnikov z AH veliko. V Veliki Britaniji so v letih 1994, 1998 in 2003 na reprezentativnem nacionalnem vzorcu odraslih prebivalcev izvedli presečne pregledne raziskave o pogostosti zavedanja, zdravljenja in nadzora AH. Skozi leta se pogostost zavedanja, zdravljenja in nadzora AH dviguje; leta 2003 se je tako 61,7 % preiskovancev zavedalo AH, 47,7 % jih je prejelo zdravlila za zniževanje krvnega tlaka in 21,8 % je imelo ustrezno nadzorovano AH.³³⁻³⁶ Ameriški raziskovalci poročajo, da so največji napredek v zavedanju, zdravljenju in nadzoru AH dosegli v letih 1976-1980 in 1988-1991.³⁷ Po podatkih raziskave NHANES 1999-2002 se 63,4 % preiskovancev zaveda AH, 45,3 % jih prejema zdravlila in 29,3 % jih ima krvni tlak ustrezno nadzorovan.³⁸ Glede na obstoječe stanje bo tako cilj strategije SZO za ameriško regijo »Healthy people 2010«, tj. je nadzor AH pri 50 % bolnikov z AH, le stežka dosegljiv.³⁹ Fras in sodelavci so v letu 2003 pri odraslih prebivalcih ljubljanske regije beležili 39,5-odstotno pogostost AH (določena z meritvijo krvnega tlaka), 18,9-odstotno zavedanje AH in 14,8-odstotni nadzor nad AH.⁴⁰

Številne države so se bremena neustrezne obravnave bolnikov z AH lotile zmanjševati, pri čemer so poleg poznanih metod ozaveščanja strokovne in laične javnosti vključile sistemske ukrepe na ravni organizacije sistema zdravstvenega varstva. Pogostost nadzorovane AH lahko uporabimo tudi kot kazalec učinkovitosti delovanja sistema zdravstvenega varstva.²⁹ Znano je namreč dejstvo, da je neprepoznavanje AH in neustrezno obvladovanje le-te lahko posledica organiziranosti sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Ljudje, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja ali pa so iz raznih drugih razlogov prikrajšani za ustrezno zdravstveno oskrbo, manj ali sploh ne obiskujejo zdravnika, kar vodi v neprepoznavanje in nenadzorovanje AH.⁴¹ Po drugi strani

pa se danes soočamo z neobvladovanjem AH tudi pri tistih, ki imajo dostop do zdravstvenih storitev. V Sloveniji naj bi bila poglavitna razloga za neustrezno vodenje bolnikov z AH na primarni ravni zdravstvenega varstva pomanjkanje časa za posameznega bolnika in prepogosto menjavanje zdravnikov.¹³

Modela rešitev za izboljšanje obravnave bolnikov z arterijsko hipertenzijo

Opisana modela rešitev za izboljšanje obravnave bolnikov z AH predstavljata različna pristopa v obvladovanju problematike nadzora AH. Primer prvega modela so dejavnosti, ki so jih v začetku tega desetletja v Kanadi pričeli izvajati v sklopu programa »Canadian Hypertension Education Program«. Pripravljen je bil nacionalni akcijski načrt za izboljšanje nadzora AH z letnim posodabljanjem smernic za obravnavo bolnikov z AH. Smernice so v skrajšani obliki letno objavili v 12 različnih strokovnih revijah in v celoti kot supplement ene od nacionalnih strokovnih revij. Izdane so bile žepne kartice in plakati z vsebino smernic, smernice pa so bile predstavljene na številnih strokovnih srečanjih. Iz lokalnih skupnosti so pritegnili zdravnike, ki so vodili delavnice o nadzoru AH za strokovno in laično javnost.^{42, 43}

Drugi model rešitev za izboljšanje obravnave bolnikov z AH postopno vpeljuje spremembe v sami organiziranosti sistema zdravstvenega varstva. V Veliki Britaniji so se med letoma 2003 in 2004 kakovostnejše obravnave bolnikov s kroničnimi boleznimi lotili s spremembami na področju financiranja ambulant na primarni ravni zdravstvenega varstva (Investing in General Practice) v sklopu t.i. »novih pogodb« (The New General Medical Services Contract) med Nacionalno zdravstveno službo (National Health Service) in Komitejem splošnih zdravnikov pri Britanskem zdravniškem društvu (General Practitioners Committee of the British Medical Association).⁴⁴ V naslednjih dveh letih so se ta sredstva po posebnih obrazcih povečevala za ambulante s t. i. »novo usmeritvijo« v kakovost in ne obseg obravnave (Rewarding Quality and Outcomes), pri čemer so bili uvedeni trije načini finančne stimulacije (Preparation, Aspiration and Achievement Payments). Sredstva za pripravo ambulante na kakovostnejšo obravnavo bolnikov z AH so tako vključevala finančno pomoč pri nakupu merilnikov krvnega tlaka, nabavi posebnega računalniškega programa za pomoč pri vodenju bolnikov z AH, izobraževanje zdravstvenih delavcev o obravnavi bolnikov z AH in podobno.^{44, 45} Nacionalna zdravstvena služba in Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (National Institute for Health and Clinical Excellence) sta v sodelovanju z Britanskim združenjem za hipertenzijo (British Hypertension Society) pripravila prenovljene smernice za obravnavo bolnikov z AH, ki temeljijo na randomiziranih kliničnih raziskavah in analizah stroškovne učinkovitosti.^{3, 46, 47} Dokument so izdali junija 2006 in ga posebej predstavili zdravnikom na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki nosijo največji delež obravnave bolnikov z AH.⁴⁷

Zaključki

Da bi zmanjšali ogroženost za SŽB, je potrebno AH prepoznati, jo primerno zdraviti in bolnika s povišanim krvnim tlakom celostno obravnavati, kar vključuje posredovanje informacij o zdravem načinu življenja, režimu jemanja zdravil za zniževanje krvnega tlaka in rednega nadzorovanja vrednosti krvnega tlaka v zdravstveni ustanovi.

Opisana modela rešitev za izboljšanje obravnave bolnikov z AH predstavljata različna pristopa v obvladovanju problematike nadzora AH. Prvi se usmerja zlasti na področje izobraževanja in ozaveščanja zdravnikov in laične javnosti. Drugi zazna možnost ukrepanja skozi postopno uvedbo sprememb v sami organiziranosti sistema zdravstvenega varstva in v želji po učinkovitejšem obvladovanju AH vpelje tudi finančno stimulacijo ambulant na primarni ravni. V Sloveniji je glede na način financiranja sistema zdravstvenega varstva izvedljiv prvi model, za drugega pa bi morali sprejeti sistemske spremembe. Nekaterim ciljem boljše obravnave AH bi morebiti lahko zadostili že z rezultati potekajoče nacionalne epidemiološke raziskave o AH, ki bo dala podatke za načrtovanje nadaljnjih, usmerjenih ukrepov.⁴⁸

Prizadevanja za kakovostnejšo obravnavo AH morajo biti celostna, kar vključuje aktivno udeležbo bolnika v partnerskem odnosu z zdravnikom, strokovno delo zdravnika, ki sledi smernicam za obravnavo bolnikov z AH, in navsezadnje dinamično sposobnost sistema zdravstvenega varstva za prilagajanje, zlasti na primarni ravni. Vloga zdravnika in njegovo zavedanje razsežnosti ter posledic neustrezne obravnave bolnika z AH predstavlja ključno mesto v izboljšanju obravnave bolnikov z AH. Seveda pa del rešitve AH kot velikega javnozdravstvenega problema leži tudi v ustreznih preventivnih dejavnostih tako vladnih kot nevladnih organizacij, društev in lokalnih skupnosti, zlasti s področja uveljavljanja zdravega življenjskega sloga v vseh življenjskih obdobjih.

Literatura

1. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization and International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1983-92.
3. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *BMJ* 2004; 328: 634-40.
4. Vorster HH. The emergence of cardiovascular disease during urbanisation of Africans. *Public Health Nutr* 2002; 5: 239-43.
5. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebich NH, Eberlein KA. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2: Short term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-38.
6. Aiwan A, Maclean D, Mandil A. Assessment of National Capacity for Noncommunicable Disease Prevention and Control. The report of a global survey 2001. Geneva: World Health Organization; 2001.
7. Šelb-Šemerl J. Umrljivost zaradi zvišanega krvnega tlaka in njegovih posledic. Slovenija v obdobju 1997-2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2006. Dosegljivo na: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=865>. Zadnji dostop 24.8.2007.
8. Jezeršek P, Accetto R, Cibic B, Dobovišek J, Kolšek B, Lapanja Z, et al. Epidemiološka študija arterijske hipertenzije v SR Sloveniji. *Zdrav Vestn* 1988; 57: 403-5.
9. Bulc M, Fras Z, Zaletel-Kragelj L. Twelve-year blood pressure dynamics in adults in Ljubljana area, Slovenia: contribution of WHO Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program. *Croat Med J* 2006; 47: 469-77.
10. Meissner I, Whisnant JP, Sheps SG, Schwartz GL, O'Fallon MW, Covalt JL, et al. Detection and control of high blood pressure in the community. Do we need a wake-up call? *Hypertension* 1999; 34: 466-71.
11. Accetto R, Žemva A, Dolenc P. Nadzor hipertenzije v Republiki Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 279-83.
12. Petek-Šter M, Švab I. Nadzor krvnega tlaka pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2007; 76: 397-403.
13. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Gianpaoli S, Joffres MR, et al. Hypertension treatment in five European countries, Canada and the United States. *Arch Intern Med* 2004; 43: 10-7.
14. Dobovišek J. Nadzor krvnega tlaka v Sloveniji - zgodba o neuspehu ali samo pričakovani odsev stanja v svetu. *Zdrav Vestn* 2002; 71: 213-4.
15. Burke TA, Sturkenboom MC, Lu S, Wentworth CE, Lin J, Rhoads GG. Discontinuation of antihypertensive drugs among newly diagnosed hypertensive patients in UK general practice. *J Hypertens* 2006; 24: 1193-200.
16. Van Wijk BLG, Klungel OH, Heerdink ER, de Boer A. Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. *J Hypertens* 2005; 23: 2101-7.
17. Wang YR, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. *Arch Intern Med* 2007; 167: 141-7.
18. Brindel P, Hanon O, Dartigues JF, Ritchie K, Lacombe JM, Ducimetiere P, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study. *J Hypertens* 2006; 24: 51-8.
19. Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC, Filippi A, Trifiro G, Cricelli C, et al. Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy: a retrospective cohort study in primary care. *J Hypertens* 2005; 23: 2093-100.
20. Poluzzi E, Strahinja P, Vargiu A, Chiabrando G, Silvani MC, Motola D, et al. Initial treatment of hypertension and adherence to therapy in general practice in Italy. *Eur J Clin Pharmacol* 2005; 61: 603-9.
21. Hagemester J, Schneider CA, Barabas S, Schadt R, Wassmer G, Mager G, et al. Hypertension guidelines and their limitations - the impact of physicians' compliance as evaluated by guideline awareness. *J Hypertens* 2001; 19: 2079-86.
22. Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. A cooperative study. *JAMA* 1977; 237: 255-61.
23. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2007; 28: 1462-536.
24. Accetto R, Dobovišek J, Dolenc P, Salobir B. Slovenske smernice za obravnavo arterijske hipertenzije 2003. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 507-17.
25. Accetto R, Dobovišek J. Slovenske smernice za obravnavanje bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD; 1999.
26. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: an observational study. *BMJ* 1998; 317: 858-61.
27. Michie S, Johnston M. Changing clinical behaviour by making guidelines specific. *BMJ* 2004; 328: 343-5.

28. Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 2005; 111: 499-510.
29. Hyman DJ, Pavlik VN. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians. Blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2281-6.
30. Hetlevik I, Holmen J, Kruger O. Implementing clinical guidelines in the treatment of hypertension in general practice. Evaluation of patient outcome related to implementation of a computer-based clinical decision support system. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17: 35-40.
31. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-65.
32. Petek-Šter M, Kersnik J. Knowledge and acceptance of hypertension guidelines in clinical practice: Experience from Slovenia. *Wien Klin Wochenschr* 2005; 117: 534-40.
33. Colhoun HM, Dong W, Poulter NR. Blood pressure screening, management and control in England: Results from the health survey for England 1994. *J Hypertens* 1998; 16: 747-52.
34. Primatesta P, Brookes M, Poulter NR. Improved hypertension management and control: Results from the health survey for England 1998. *Hypertension* 2001; 38: 827-32.
35. Primatesta P, Poulter NR. Hypertension management and control among English adults aged 65 years and older in 2000 and 2001. *J Hypertens* 2004; 22: 1093-8.
36. Primatesta P, Poulter NR. Improvement in hypertension management in England: Results from the health survey for England 2003. *J Hypertens* 2006; 24: 1187-92.
37. Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys, 1960-1991. *Hypertension* 1995; 26: 60-9.
38. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Manolio T, Zheng ZJ, et al. Heart disease and stroke statistics - 2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2006; 113: 85-151.
39. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006; 47: 345-51.
40. Fras Z, Bulc M, Maučec-Zakotnik J, Zaletel-Kragelj L. Prevalence of arterial hypertension, its awareness and control in the adult population of the Ljubljana area of Slovenia. Results of WHO's Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Program Survey 2002/2003. *Slov Kardiol* 2006; 3: 106-14.
41. Stockwell D, Madhavan S, Cohen H, Gibson G, Alderman M. The determinants of hypertension awareness, treatment, and control in an insured population. *Am J Public Health* 1994; 84: 1768-74.
42. Campbell NRC, McAlister FA, Brant R, Levine M, Drouin D, Feldman R, et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. *J Hypertens* 2003; 21: 1591-7.
43. Campbell NRC, Tu K, Brant R, Duong-Hua M, McAlister FA for the Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. The impact of the Canadian Hypertension Education Program on antihypertensive prescribing trends. *Hypertension* 2006; 47: 22-8.
44. Investing in General Practice. The New General Medical Services Contract. Dosegljivo na: http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/PrimaryCareContracting/GMS.Zadnji_dostop_1.9.2007.
45. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care: partial update. London: Royal College of Physicians; 2006.
46. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care: partial update. Costing report. Implementing NICE guidance in England. London: Royal College of Physicians; 2006.
47. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care: partial update. Understanding NICE guidance. London: Royal College of Physicians; 2006.
48. Accetto R. Arterial hypertension as a public health issue in Slovenia. *Blood Press* 2005; 14 Suppl 2: 22-4.

Prispelo 2007-09-25, sprejeto 2007-11-06