

Pismo uredništvu/Letter to the editor

ALI SMO V ZADNJIH PETIH LETIH DOSEGLI NAPREDEK PRI OBRAVNAVI ARTERIJSKE HIPERTENZIJE?

Jurij Dobovišek

Klinični oddelek za hipertenzijo, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Vodnikova 62,
1000 Ljubljana

Z zanimanjem sem prebral članek o obravnavi bolnikov z arterijsko hipertenzijo kolegov Z. Farkaš, L. Zaletelj-Kragelj in R. Accetta, ki je izšel v letošnji februarški številki Zdravniškega vestnika v sklopu Kakovost v zdravstvu. Žal sem prišel do zaključka, da smo še vedno približno tam, kjer smo bili leta 2002, ko sem se zadnjič s to temo oglasil v uvodniku Zdravniškega vestnika.¹ Dobro smo obveščeni o rezultatih številnih epidemioloških in kliničnih raziskav iz tujine, ki lahko bolj ali manj veljajo tudi za Slovenijo, vendar jih ne moremo nekritično prenašati v naš prostor, zlasti ne z druge strani Atlantika in še manj npr. iz Afrike ali z Daljnega vzhoda. Sami pravzaprav nismo napravili kaj dosti. Še vedno govorimo in pišemo o več kot 20 let stari, vendar doslej edini pravilno izpeljani epidemiološki raziskavi pri nas, pa še ta je potekala samo v eni od nekdanjih ljubljanskih občin z mestnim in podeželskim prebivalstvom in bila omejena na starostno skupino 40-70 let.² Vse, kar je bilo objavljeno kasneje, nima dosti opraviti z resno epidemiologijo. Temu primerno so nezanesljivi tudi rezultati, ki si jih lahko tolmačimo ali jih javno predstavljamo, kakor nam pač v določenem trenutku pride prav. Druga resna slovenska epidemiološka raziskava še vedno poteka in ker v njej ne sodelujem, ne vem, kdaj bodo rezultati predvidoma zagledali luč sveta. Od nje, če bo v vseh pogledih uspela, si v strokovnem pogledu po zastavljenih ciljih lahko precej obetamo. Po drugi strani pa močno dvomim, da bodo njeni rezultati v naši državi pomembno vplivali na načrtovanje nadaljnjih, usmerjenih ukrepov, kot med zaključki predvidevajo avtorji članka. Slovenska zdravstvena in siceršnja oblast ne glede na barvo doslej ni imela prav veliko poslušna za te stvari, najbrž manj kot prejšnja socialistična.

Brez resne epidemiološke raziskave torej ne moremo veljavno razpravljati, kaj šele soditi o prevalenci hipertenzije v Sloveniji. Nekoliko drugače je z nadzorom, to je uspešnostjo obravnavanja bolnikov s hipertenzijo. Na tem področju je epidemiologija zaradi znane velike variabilnosti krvnega tlaka in individualno različnega trajanja učinka zdravil manj zanesljiva kot pri prevalenci. Kolikokrat moramo izmeriti krvni tlak in kdaj, da lahko ocenimo uspešnost nadzora? Kolikor vprašanih, toliko odgovorov! Zato lahko uporabimo za oceno uspešnosti nadzora posredne kazalce, saj ne zdravimo hipertenzije zaradi krvnega tlaka samega, ampak zaradi njenih posledic. Splošno je sprejeto, da je arterijska hipertenzija najtesneje povezana

z možganskožilnimi zapleti, vključno s prehodno možgansko ishemijo. V mislih imam seveda zbolewnost, ne umrljivost. Umrlijivost zaradi srčno-žilnih zapletov povsod v razvitem svetu upada, vendar ne toliko zaradi nadzora dejavnikov tveganja zanje kot zaradi učinkovitejšega zdravljenja: revaskularizacijski posegi v akutni fazi miokardnega infarkta in v drugih delih ožilja, tromboliza pri akutni ishemični možganski kapi, bolj dostopna srčna in žilna kirurgija, masivna uporaba zdravil, ki učinkujejo na renin-angiotenzinski sistem ne le pri hipertenziji ampak tudi pri srčni oz. ledvični odpovedi, doslednejša sekundarna preventiva miokardnega infarkta in možganske kapi itd. Zato zgolj gibanje umrljivosti zaradi t. i. srčno-žilnih končnih stanj danes ne pove dovolj o obvladovanju dejavnikov tveganja zanje. Povsem drugo sliko daje zbolewnost, kjer pa smo statistično v tehničnem pogledu precej šibkejši. Dvomim namreč, da naša zdravstvena statistika, ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja, zajame npr. vse primere možganskožilnih zapletov. Če ugotovimo, da se zbolewnost za možganskožilnimi zapleti ne zmanjšuje, ampak celo narašča, to zanesljivo kaže na nezadovoljiv nadzor hipertenzije in obratno. Podobno velja za incidenco maligne hipertenzije in hipertenzijske krize.

Vendar žal o incidenci teh zapletov pri nas nimamo dovolj zanesljivih statističnih podatkov, če pa že, jih dobivamo s preveliko zamudo (za več let nazaj). Tu se srečamo z zajemanjem podatkov ne samo v bolnišnicah, kjer je to razmeroma enostavno, ampak tudi v ambulantah. Vemo namreč, da nevrologi nasprotno kot internisti, ki hospitaliziramo vse bolnike z nestabilno angino pectoris, praviloma ne hospitalizirajo bolnikov s prehodno možgansko ishemijo ali blago možgansko kapjo, ampak bolnike obravnavajo ambulantno oz. jih, ker imajo pretežno tudi bolj ali manj zvišan krvni tlak, kar preusmerijo v internistično službo. Tam pa nevrološka diagnoza skoraj nikoli ni na prvem mestu. Najbrž je tudi kar nekaj bolnikov s kratkotrajno prehodno možgansko ishemijo, ki sploh ne pridejo niti do svojega izbranega zdravnika, kaj šele do nevrologa.

Izkazalo se je, da je pri nas mogoče v majhnih serijah doseči dober nadzor hipertenzije, tudi do 50 % uspešno nadzorovanih bolnikov. To uspeva, kjer je zdravstveni tim, v katerem zavzeto sodelujeta zdravnik splošne/družinske medicine in medicinska sestra ter morda občasno tudi internist, če so posebej usmerjeni na

to področje.^{3,4} Anketne raziskave, ki temeljijo na eni ali dveh izmerjenih vrednostih krvnega tlaka iz zdravstvenega kartona bolnika, žal ne zdržijo resne strokovne presoje. Krvni tlak je preveč variabilna količina, da bi se lahko zanašali na te občasno izmerjene vrednosti, ki so izmerjene pretežno v času, ko je učinek zdravlil največji, da se ne spuščam še v ustrezno opremo, pravilno tehniko in natančnost meritev. Praktično nikoli v ambulanti za hipertenzijo ne naletim na zapis napotnega zdravnika, v katerem bi bile vrednosti krvnega tlaka navedene s točnostjo na 2 mm Hg, kakor priporoča klinika za uporabo sfigmomanometra ali aneroida. Zaokroževanje na 0 in 5 je žal še vedno ustaljena praksa. No, največkrat na napotnico sploh ne napišejo ničesar, razen diagnoze, kar je bolj pošteno kot napisati samo eno vrednost krvnega tlaka. Na srečo so natančnejši bolniki, ki uporabljajo skoraj izključno avtomatske merilnike in pogosto prinašajo v ambulanto zapiske o svojih meritvah.

Avtorji predstavljajo dva modela za izboljšanje obravnave bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Prvi temelji na izobraževanju in ozaveščanju. To delamo, vsaj tako pravimo, bolj ali manj zavzeto že ves čas, rezultati pa niso zadovoljivi. Ne trdim, da to ni potrebno, vendar ne zadošča. Z modelom, ki ga avtorji priporočajo, se bodo sami čez 5 ali 10 let spet pritoževali, da nadzor hipertenzije ni dober. Ustanov, kot so katedre na Medicinski fakulteti, klinični vrhovi posameznih strok ali strokovna združenja, tisti, ki v Sloveniji oblikujejo zdravstveno politiko, kaj dosti ne upoštevajo. Ko bi jih, bi se že davno lotili sistemskih sprememb v osnovnem zdravstvu, saj problemi, kot je hipertenzija, niso od včeraj. V britanskem socializiranem zdravstvu so dosegali zelo slabe rezultate pri nadzoru kroničnih bolezni. Za hipertenzijo skoraj anekdotično kroži dobrih 10 let star podatek o le 6 % uspešnega nadzora v Angliji, pri katerem smo si vsi oddahnili, češ saj nismo najslabši. Britanci so morali nekaj napraviti. Organizacijski in finančni del njihovih sprememb je smisel in bo verjetno uspešen, medtem ko so njihove nove smernice⁵ v primerjavi z evropskimi preveč shematizirane. Morda so Britancem pisane na kožo. Nam, ki imamo bolj balkansko kot t. i. evropsko mentaliteto, pa najbrž ne bi bile. Evropski strokovni združenji za hipertenzijo in kardiologijo jih nista sprejeli. Meni tudi niso všeč. V medicini je še vedno vsaj malo umetnosti, čeprav iz leta v leto manj.

Lahko je pisati ali predavati o dejavni udeležbi bolnikov, partnerskem odnosu z zdravnikom, upoštevanju strokovnih smernic in dinamični sposobnosti zdravstvenega sistema za prilagajanje, zlasti na primarni ravni. Ker imam dovolj let, osebnih in strokovnih, ter nekaj zgodovinskega spomina, vem, da smo o večini teh stvari pisali in govorili že v prejšnji državi in ponavljamo v sedanji, uresničevati pa tega v glavnem v praksi nismo uspevali. Aktivna udeležba bolnikov in partnerski odnos bosta lahko zaživela, ko bo imel zdravnik na primarni ravni v Sloveniji dovolj časa za bolnika. Pred 6 leti je bilo tega časa povprečno 7 ali 8 minut. Sedaj gotovo ni bolje, ampak slabše. Leta 2001 so

zdravniki splošne/družinske medicine v anketi odgovorili, da pri dveh tretjinah bolnikov kljub smernicam ne težijo k doseganju ciljnega krvnega tlaka.⁶ Upam, da oni sedaj smernice bolj upoštevajo. Kaj je dinamična sposobnost sistema zdravstvenega varstva za prilagajanje, zlasti na primarni ravni, pa kot klinik pri najboljši volji ne razumem. Bojim se, da gre za pojem, ki ga tudi avtorji ne znajo razumljivo razložiti. Ključ uspešnega nadzora kroničnih bolezni, kot je hipertenzija, je v kakovostni primarni ravni. Nekritično publiko navdušujejo zlasti medijska sporočila o tem ali onem vrhunskem dosežku predvsem operativnih strok. Ti dosežki morajo biti, ker pomenijo napredek stroke, pa čeprav prinašajo korist zelo omejenemu številu bolnikov. Upam pa si staviti, da novica o zmanjšanju zbolewnosti za možgansko kapjo v Sloveniji za 20 %, kar bi bil za prebivalstvo in državo neprimerno večji dosežek kot nek nov vrhunski operativni postopek, ne bi izzvala večje medijske pozornosti. Osrednjo vlogo pri izboljšanju nadzora hipertenzije in drugih kroničnih bolezni mora imeti še naprej specialist splošne/družinske medicine. Menim, da so slovenski zdravniki splošne/družinske medicine dobro izobraženi na tem področju. Priložnosti za pridobivanje znanja je namreč vsako leto ogromno. Dolžnost države je, da jim to vlogo organizacijsko in finančno omogoči. Če tega ni sposobna narediti, jim ne bodo pomembno pomagale nevladne organizacije, društva ali lokalne skupnosti.

Moramo počakati na rezultate potekajoče epidemiološke raziskave o hipertenziji. Ne glede na to, je, kar zažada nadzor hipertenzije, treba izboljšati spremljanje zbolewnosti za možgansko kapjo, prehodno možgansko ishemijo, maligno hipertenzijo in hipertenzijsko krizo. Zdravniki moramo bolj vestno beležiti te diagnoze ne samo v bolnišnici, ampak tudi v ambulantah. Inštitut za varovanje zdravja bi moral izboljšati sistem zajemanja podatkov tudi iz ambulant in pospešiti objavlanje gibanja zbolewnosti. Smo majhna država, zato to ne bi smelo biti prevelik problem.

Viri

1. Dobovišek J. Nadzor krvnega tlaka v Sloveniji – zgodba o neuspehu ali samo pričakovani odsev stanja v svetu. *Zdrav Vestn* 2002; 71: 213–4.
2. 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.
3. Klančar D. Register kroničnih bolnikov kot orodje za izboljšanje kakovosti zdravnikovega dela. In: Kersnik J, ed. VII. Fajdigovi dnevi. Zbornik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005. p. 57–62.
4. Dobovišek J. Kako v klinični praksi začeti nadzirati krvni tlak: z izboljšanjem življenjskega sloga ali/in z zdravlili? In: Dolenc P, ed. XIV. Strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo. Zbornik. Ljubljana: Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD; 2005. p. 75–87.
5. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care: partial update. London: Royal College of Physicians; 2006.
6. Accetto R, Žemva A, Dolenc P. Nadzor hipertenzije v Republiki Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 279–83.