

Odmevi

ODMEV NA PRISPEVEK »Ali smo v zadnjih petih letih dosegli napredek pri obravnavi arterijske hipertenzije«

M. Petek Šter, I. Švab

Spoštovani urednik!

V majski številki Zdravniškega vestnika je bilo objavljeno pismo uredništvu z naslovom: »Ali smo v zadnjih petih letih dosegli napredek pri obravnavi arterijske hipertenzije«, avtorja prim. dr. Jurija Doboviška.¹ Z večino v prispevku napisanega se strinjava, nika-
kor pa se ne moreva strinjati z navedbo avtorja, da se v Sloveniji od leta 2002, ko se je avtor oglašil z ome-
njeno temo v uvodniku Zdravniškega vestnika, ni zgo-
dilo nič oziroma je šlo za omembe nevredne ugotov-
itve, ki ne zdržijo resne strokovne presoje.

Na Katedri za družinsko medicino se že več let ukvar-
jamo tudi s kakovostjo obravnave bolnikov z arterij-
sko hipertenzijo, saj se zavedamo, da tako pogost
zdravstveni problem, kot je arterijska hipertenzija, lah-
ko uspešno obravnavamo le na primarnem nivoju. Kot
plod našega raziskovalnega dela na področju hi-
pertenzije je nastalo več raziskav, ki so bile objavljene
v domači in tuji strokovni literaturi in ponujajo vpog-
led v stanje kakovosti obravnave bolnikov z arterij-
sko hipertenzijo, ki jih obravnavamo zdravniki sploš-
ne in družinske medicine v Sloveniji.¹⁻⁷ Vsekakor ve-
lja omeniti raziskavo, ki je bila narejena na za Sloveni-
jo reprezentativnem vzorcu 2752 bolnikov z arterij-
sko hipertenzijo, ki so bili zdravljeni v ambulantah
splošne medicine. Raziskava je celostno pristopila k
obravnavi bolnikov z arterijsko hipertenzijo v ambu-
lantaih splošne medicine v Sloveniji in preučevala tu-
di vpliv organizacije dela in značilnosti bolnikov ter
zdravnikov na proces obravnave ter vrednosti krvne-
ga tlaka.⁵

Ob primerjavi rezultatov raziskav, ki so ugotovljale
uspešnost nadzora krvnega tlaka med bolniki z arte-
rijsko hipertenzijo, ki obiskujejo ambulate splošne
medicine, lahko ugotovimo, da se delež bolnikov, ki
dosegajo ciljne vrednosti krvnega tlaka, v zadnjih le-
tih povečuje.^{5,7} Omenjena ugotovitev nas lahko vodi
k zaključku, da se je na področju obravnave bolnikov
z arterijsko hipertenzijo le nekaj premaknilo na bolje
in verjetno gre vsaj del zasluge za to tudi zdravnikom
splošne in družinske medicine, ki so se voljni izobra-
ževati za izboljšanje kakovosti obravnave svojih bol-
nikov.⁴

Zavedamo se kompleksnosti problema obravnave
bolnikov z arterijsko hipertenzijo, kjer le dobro izo-
bražen zdravnik splošne in družinske medicine, do-
bra organizacija dela v ambulantni splošne medicine
in sledenje smernicam za hipertenzijo niso dovolj za
uspešen nadzor krvnega tlaka,⁵ potrebno je tudi so-
delovanje bolnika. Bolnika moramo k sodelovanju v
partnerskem odnosu pritegniti in to zahteva zdravni-
kov čas, ki pa ga je ob preobremenjenosti zdravnikov

splošne in družinske medicine premalo, da bi zago-
tavljal kakovostno obravnavo^{8,9} praviloma multimor-
bidnih bolnikov z arterijsko hipertenzijo.⁵ Meniva, da
je razbremenitev zdravnikov splošne in družinske me-
dicine, kar pa seveda zahteva kadrovske in finančno
okrepitev primarnega nivoja zdravstvenega varstva,
ključ do izboljšanja stanja tudi na področju obravna-
ve bolnikov z arterijsko hipertenzijo.

Viri

1. Dobovišek J. Ali smo v zadnjih petih letih dosegli napredek pri obravnavi arterijske hipertenzije? Zdrav Vestn 2008; 77: 401-2.
2. Petek Šter M, Švab I, Zemva A. Pregled očesnega ozadja bolnikov z arterijsko hipertenzijo v okviru minimalnega diagnostičnega programa. Zdrav Var 2003; 42: 102-9.
3. Petek Šter M, Krajčič B. Ocena hipertrofije levega prekata pri bol-
nikih z esencialno arterijsko hipertenzijo v ambulantni splošne
medicine. Zdrav Vestn 2004; 73: 889-93.
4. Petek Šter M, Kersnik J. Knowledge and acceptance of hyperten-
sion guidelines in clinical practice: experience from Slovenia. Wi-
en Klin Wochenschr 2005; 117: 534-40.
5. Petek Šter M. Kakovost vodenja bolnikov z arterijsko hipertenzi-
jo v ambulantah splošne medicine v Sloveniji [doktorska diserta-
cija]. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2005.
6. Petek Šter M, Kersnik J, Švab I. Compliance with hypertension
guidelines in general practice in Slovenia. Srp arh celok lek 2007;
135: 191-6.
7. Petek Šter M, Švab I. Nadzor krvnega tlaka pri bolnikih z arterij-
sko hipertenzijo v Sloveniji. Zdrav Vestn 2007; 76: 397-403.
8. Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, Živčec-Kalan G, Car J. Presečna
študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. Zdrav Var
2005; 44: 183-92.
9. Petek Šter M, Švab I, Živčec-Kalan G. Factors related to consulta-
tion time: Experience in Slovenia. Scand J Prim Health Care 2008;
26(1): 29-34.

V prepričanju, da je najin odziv na pisanje cenjenega
kolega prim. dr. Jurija Doboviška, dr. med., speciali-
sta internista, umesten in primeren za objavo v Zdrav-
niškem vestniku, Vas lepo pozdravlja

ODGOVOR

Jurij Dobovišek

Spoštovani gospod urednik!

Cenjenima kolegoma, ki sta se odzvala na moje pi-
smo uredniku v zadnji številki ZV, se zahvaljujem za
komentar, vam pa, da ste mi ga posredovali in dali
možnost za odgovor.

Pričakoval sem odziv avtorjev članka, odzvala pa se
sta se člana Katedre za družinsko medicino MF. Bo-
jim se, da nista dovolj natančno prebrala mojega pi-
sma ali pa nista v celoti razumela, kaj sem želel pove-
dati. V bistvu sem pisal o treh stvareh: o ugotavljanju
prevalence hipertenzije, o uspešnosti njenega nadzo-
ra ter o priporočilih avtorjev, kaj bi bilo treba storiti,
da bi bilo stanje boljše. Nisem zapisal, da v zadnjih 5-
6 letih ni bilo storjenega ničesar, ampak le, da nismo
veliko napravili.

Menim, da ni dvoma, da o prevalenci neke bolezni da
najbolj zanesljiv podatek pravilno zastavljena in ka-

kovostno izpeljana epidemiološka raziskava. Zajeti mora celotno državo, ki je na srečo majhna, poleg tega pa mora biti odziv prebivalstva zadovoljiv in dovolj enakomeren. Če bo v tem ta čas potekajoča druga slovenska epidemiološka raziskava uspela, bodo avtorji lahko rezultat objavili kjerkoli. Prva epidemiološka raziskava iz leta 1985 ni dala zanesljivega odgovora o prevalenci hipertenzije v Sloveniji že samo zato, ker je bila geografsko zelo omejena. Povedala je samo, kako je s hipertenzijo v tedanji občini Ljubljana-Siška v starosti 40–70 let in nič več. Ker je bila v sami raziskavi kontrola ugotovljenih hipertonicov dobra, je bil rezultat o uspešnosti nadzora dokaj zanesljiv. Nobena od kasnejših raziskav hipertenzije v Sloveniji je po kvaliteti ni dosegla.

Vem, da obstajajo pri nas raziskave o hipertenziji na primarni ravni. Kažejo na zavedanje, da je hipertenzija resen problem, ki ga je treba obravnavati širše, ne samo v ambulanti. Tudi poročilo o večji raziskavi, objavljeno v junjski številki ZV leta 2007, ki sta napisala cenjena kolega, poznam.

Primerjave med raziskavami na primarni ravni pri nas praviloma niso zanesljive zaradi zelo različne metodologije. Ker pri njih ne gre za pravi epidemiološki pristop, so v pogledu prevalence hipertenzije nerelevantne. Pri uspešnosti nadzora je vedno problem, kako ga zlasti retrospektivno oceniti. Dvomim, da ga je omenjena raziskava, objavljena 2007, uspešno rešila. Zelo težko je klinično oceniti, da je hipertenzija pod nadzorom, to je, da je dosežen ciljni krvni tlak. Nekaj meritev krvnega tlaka iz znanih razlogov, ki sem jih navedel v pismu uredniku, še malo ne zadošča. Tudi prenašanje rezultatov sicer velikega vzorca na slovensko populacijo se mi zdi nezanesljivo. Cenjena kolega s Katedre za družinsko medicino me bosta zelo težko prepričala, da je na tak način možno verodostojno ocenjevati uspešnost nadzora hipertenzije v širšem prostoru.

Še najbolj se lahko objektivni oceni nadzora samega krvnega tlaka približa merjenje doma, če bolnik uporablja pravilno tehniko ter ima preverjen merilnik in sicer 2–3-krat zjutraj in zvečer pred obroki zdravil. Vendar tudi tu ni enotnih pogledov, koliko dni bi moral bolnik na ta način meriti krvni tlak. Še bolj se dejanskemu stanju lahko približa 24-urna ambulantna monitorizacija, če je opravljena na bolnikov reprezentativen, n.pr. povprečen delovni dan.

Drugi način je ugotavljanje regresije morebitnih značilnih posledic hipertenzije na tarčnih organih, npr. regresija znakov hipertrofije levega prekata v EKG ali ehokardiogramu (vsebuje tudi subjektivnost) ali zmanjšanje oz. izginotje albuminurije ali sprememba na očesnem ozadju. V teh primerih smo nedvomno uspešno ukrepali. Še bolj pa smo vsi skupaj na ravni države uspešni, če s svojim nadzorom hipertenzije zmanjšamo pojavnost možganskožilnih zapletov.

Najlaže je pri dejavnostih tveganja za srčnožilne bolezni ocenjevati uspešnost nadzora tam, kjer je merilo sprememba v rezultatu laboratorijske preiskave, n.pr. pri krvnih lipidih, glikiranem hemoglobinu, kreatininu v krvi ali albuminuriji ali če bolnike tehtamo s preverjeno tehtnico. Pri krvnem tlaku smo žal zaradi njegove velike variabilnosti vedno na »tankem ledu«. Za-

to je treba rezultate raziskav, ki za oceno uspešnosti nadzora hipertenzije uporabljajo klinične meritve krvnega tlaka, vedno jemati z rezervo. Čim manjkrat je bil izmerjen krvni tlak, toliko bolj nezanesljiv je rezultat.

Mnogo bolnikov danes meri krvni tlak doma z avtomatskimi merilniki za nadlaht. Zainteresiranim kolegom, ki delajo na primarni ravni, svetujem, da napravijo raziskavo o nadzoru hipertenzije, ki bo za merilo uspešnosti uporabila samomeritve krvnega tlaka doma. Menim, da zainteresiranih bolnikov ne bo zmanjkalo.

Obletnice

ŠTIRIDESET LET ORGANIZIRANE PSIHOTERAPEVTSKE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI

Miloš F. Kobal

Letošnje leto je v znamenju 40. obletnice ustanovitve Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva. Mineva pa tudi 10 let, od kar je bilo ustanovljeno Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Prav je, da se spomnimo skromnih začetkov psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji v primerjavi s široko pahljačo strokovnih pristopov v sedanjem obdobju, pa tudi v začetku skromnega števila posameznih zanesenjakov do pomembnega števila dobro izobraženih in uspešno delujočih psihoterapevtov.

Vse se je začelo z Iniciativnim odborom za ustanovitev psihoterapevtske sekcije SZD. Odbor je zaprosil za njeno ustanovitev, dopis Glavnemu odboru SZD pa so dne 18. maja 1968 podpisali štirje zdravniki Psihiatričnega dispanzerja takratne Klinične bolnišnice za psihiatrijo v Ljubljani. Prvi podpisani je bil prof. dr. Lev Milčinski.

V prošnji so zapisali:

»Razvoj praktičnega dela s pacienti – nevrotiki, osveščena nuja tovrstnih bolnikov, dnevno sili zdravnike, ne samo zdravnika – specialista psihiatra, v dajanje pomoči nevrotiku ...

Iz praktičnih izkušenj ob pacientu je kljub temu ali one-mu konceptu ali morda kljub apriorističnemu stališču (zdravnik) spoznal vrednost in pomen psihodinamske mentalitete, ki gleda v človeku celostnost osebnosti in ga motri s tega aspekta tudi za časa celo organske bolezni. V tej luči pristopa k bolniku zdravnik današnje ere tudi pri nas in ne more mimo vrzeli, ki jo začuti v svojem medicinskem obzorju in svoji strokovni usposobljenosti tam, kjer naj bi posegel pri bolniku po instrumentu, nazvanem 'psihoterapija', pa naj bi bila leta te ali one oblike; bodisi, da ostaja sledeč vsem specifičnostim pacienta v razumevajočem razgovoru, prežetem s psihodinamsko orientacijo, ali pa se poda zahtevam strogo sistematične psihoterapije.