

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA FARMACIJO

KATJA MIHOVEC

**VREDNOTENJE BREZŠIVNE OSKRBE Z ZDRAVILI PRI BOLNIKI,
ODPUŠČENIH IZ BOLNIŠNICE GOLNIK**

DIPLOMSKA NALOGA
UNIVERZITETNI ŠTUDIJ FARMACIJE

Ljubljana, 2011

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA FARMACIJO

KATJA MIHOVEC

**VREDNOTENJE BREZŠIVNE OSKRBE Z ZDRAVILI PRI BOLNIKI,
ODPUŠČENIH IZ BOLNIŠNICE GOLNIK**

**EVALUATION OF SEAMLESS CARE OF DRUG TREATMENT AT PATIENTS
DISCHARGE FROM UNIVERSITY CLINIC GOLNIK**

DIPLOMSKA NALOGA
UNIVERZITETNI ŠTUDIJ FARMACIJE

Ljubljana, 2011

Diplomsko delo sem opravljala na Fakulteti za farmacijo, v Bolnišnici Golnik – KOPA in v zdravniških ambulantah na področju celotne Slovenije pod mentorstvom prof. dr. Aleša Mrharja, mag. farm. in somentorstvom doc. dr. Antonije Poplas Susič, dr. med. spec.

Zahvala

V prvi vrsti se zahvaljujem Eriki Oblak, mag. farm. in Lei Knez, mag. farm., ki sta me tekom nastajanja te diplomske naloge spodbujali in mi s svojimi izkušnjami vedno nudili strokovno vodenje in podporo. Zahvala gre tudi mentorju prof. dr. Alešu Mrharju, mag. farm. in somentorici doc. dr. Antoniji Poplas Susič, dr. med. spec. za strokovno pomoč in nasvete.

Zahvaljujem se vsem izbranim zdravnikom, ki so si v svojih natrpanih urnikih vzeli čas za sodelovanje v raziskavi.

Posebna zahvala gre staršem za moralno in finančno podporo vsa leta študija ter sestri in prijateljem, ki so mi vedno stali ob strani. Velika hvala tudi Roku za potrpežljivost, pomoč in razvedrilo ob pravih trenutkih.

Izjava

Izjavljam, da sem diplomsko nalogo izdelala samostojno pod mentorstvom prof. dr. Aleša Mrharja, mag. farm. in somentorstvom doc. dr. Antonije Poplas Susič, dr. med. spec.

Katja Mihovec

Ljubljana, april 2011

Predsednik diplomske komisije: zasl. prof. dr. Aleš Krbavčič

Član diplomske komisije: doc. dr. Mitja Kos

KAZALO VSEBINE

KAZALO VSEBINE	II
POVZETEK.....	V
ABSTRACT	VI
SEZNAM OKRAJŠAV	VII
1 UVOD	1
1.1 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST V SLOVENIJI	1
1.2 DOKUMENTI, KI SE UPORABLJAJO ZA KOMUNIKACIJO MED RAZLIČNIMI RAVNMI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	2
1.2.1 <i>napotnica</i>	2
1.2.2 <i>odpustnica</i>	3
1.2.3 <i>težave v komunikaciji</i>	4
1.3 NEPREKINJENA SKRIB ZA BOLNIKA	4
1.4 ODPUSTNICE	6
1.4.1 <i>čas in način prejema odpustnice</i>	6
1.4.2 <i>pomanjkanje podatkov v odpustnicah</i>	7
1.4.3 <i>predlogi za izboljšavo</i>	8
1.5 BREŽŠIVNA OSKRBA Z ZDRAVILI PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE IN USKLAJEVANJE ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI	9
1.6 VLOGA FARMACEVTA	11
2 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE	13
3 MATERIALI IN METODE DELA	14
3.1 NAČRTOVANJE RAZISKAVE.....	14
3.2 MATERIALI	14
3.2.1 <i>Bolnišnica Golnik - KOPA</i>	14
3.2.2 <i>Bolniki</i>	15
3.2.3 <i>Zdravila</i>	16
3.3 METODE	17
3.3.1 <i>Pregled literature</i>	17

3.3.2	<i>Priprava obraca za zbiranje podatkov, klasifikacije sprememb v predpisu pri izbranem zdravniku in vzrokov za te spremembe.....</i>	17
3.3.3	<i>Beleženje zdravil.....</i>	19
3.3.4	<i>Zbiranje podatkov.....</i>	20
3.3.5	<i>Kontakt z izbranimi zdravniki.....</i>	20
3.3.6	<i>Načrtovanje intervjuja z izbranim zdravnikom</i>	21
3.3.7	<i>Intervju z izbranim zdravnikom</i>	21
3.4	STATISTIČNE METODE.....	22
4	REZULTATI.....	23
4.1	ANALIZA PODATKOV POSAMEZNIH BOLNIKOV	23
4.1.1	<i>Splošni podatki</i>	23
4.1.2	<i>Vpliv različnih faktorjev na število zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni sledil ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije.....</i>	24
4.2	ANALIZA VKLJUČENIH ZDRAVIL	25
4.2.1	<i>Splošni podatki</i>	25
4.2.2	<i>Zastopanost zdravil po ATC skupinah.....</i>	27
4.2.3	<i>Analiza sprememb v predpisu ob odpustu.....</i>	27
4.2.4	<i>Analiza zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni upošteval ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije.....</i>	29
4.2.5	<i>razporeditev zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni sledil ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije, po ATC skupinah</i>	30
4.2.6	<i>Vzroki za neupoštevanje ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije</i>	30
4.2.7	<i>Vpliv različnih dejavnikov na spremembe v predpisu pri izbranem zdravniku</i>	32
4.2.8	<i>Podanaliza zdravil, ki jih je izbrani zdravnik ukinil.....</i>	33
4.2.9	<i>Podanaliza zdravil, ki jih je izbrani zdravnik ponovno uvedel.....</i>	36
5	RAZPRAVA.....	39
5.1	SPREMEMBE V PREDPISU PRI IZBRANEM ZDRAVNIKU	39
5.2	VZROKI ZA NASTALE SPREMEMBE	41
5.3	ZDRAVILA IZ ATC SKUPIN C, R IN H	43
5.4	UTEMELJENOST SPREMEMB V PREDPISU OB ODPUSTU	43

5.5	UKINJENA ZDRAVILA.....	45
5.6	PONOVNO UVEDENA ZDRAVILA.....	45
5.7	PREDNOSTI IN OMEJITVE ŠTUDIJE.....	46
5.7.1	<i>Prednosti študije</i>	46
5.7.2	<i>Omejitve študije</i>	46
7	LITERATURA	49
8	PRILOGE.....	I

POVZETEK

Pri zagotavljanju neprekinjene skrbi za bolnika, po njegovem odpustu iz bolnišnice ima pomembno vlogo odpustnica, ki informacije posreduje od bolnišničnega zdravnika do izbranega zdravnika.

Naša raziskava je bila načrtovana kot opazovalna presečna študija sprememb bolnikove kronične terapije, ki so bile predlagane ob odpustu, ter prvega predpisa zdravil v kartoteki izbranega zdravnika. Podatke o terapiji pri izbranem zdravniku so nam v pogovoru posredovali izbrani zdravniki. Zanimali so nas tudi vzroki za nesledenja v odpustnicah napisanim priporočilom.

V raziskavo je bilo vključeni 88 bolnikov, ki so se vodili pri 69 izbranih zdravnikih. Vključenih je bilo 517 zdravil, ki so jih bolniki prejeli pred sprejemom v bolnišnico in/ali so bila napisana v odpustnici.

Večje število zdravil, ki jih je posamezen bolnik prejel pred sprejemom v bolnišnico oziroma so bila priporočena ob bolnikovem odpustu iz bolnišnice, je pomenilo večjo verjetnost, da izbrani zdravnik ni sledil predlaganim spremembam kronične terapije ob bolnikovem odpustu.

Pri 69,4% zdravil, ki so bila vključena v raziskavo, so izbrani zdravniki sledili predlaganim spremembam kronične terapije ob bolnikovem odpustu. Med spremenjenimi zdravili je najpogosteje prišlo do ukinitve zdravil (32,1%) in do ponovne uvedbe zdravil (31,3%). Kot daleč najpogostejši vzrok neupoštevanja v odpustnicah predlaganih sprememb kronične terapije so izbrani zdravniki navedli »Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku bodisi ne potrebujejo zdravljenja bodisi potrebujejo prilagoditev s predlagano terapijo« (38,9%). Drugi najpogostejši vzrok je bil »Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo« (19,8%).

Le redke ob odpustu predlagane spremembe kronične terapije so bile v odpustnicah utemeljene (18,2%). Naša študija ni pokazala, da bi izbrani zdravniki te spremembe pogosteje upoštevali.

Večina sprememb ob odpustu je izvirala iz nepopolne anamneze. Te napake so se ohranjale v predpisu ob odpustu in v nadaljnji bolnikovi terapiji. Usklajevanje zdravljenja z zdravili je potrebno za neprekinjeno skrb za bolnika.

ABSTRACT

A discharge letter plays an important role in providing continuity of care after patient's discharge from hospital. It communicates information from a hospital clinician to a general practitioner.

Our study was designed as an observational study of changes in patient's chronic therapy at time of discharge and their first prescription by the general practitioner. General practitioners were interviewed to collect data about prescription of drug therapy and causes for not following drug therapy recommended in the discharge letter.

The study included 88 patients who were managed by 69 general practitioners. Altogether, 517 drugs from patients' chronic therapy were changed at time of discharge: either discontinued, introduced or changed in their drug regimen.

A higher number of changed drug's prescription in chronic therapy predisposed patients to a greater likelihood for the general practitioner not to follow the drug therapy proposed in the discharge letter.

General practitioners followed the drug therapy proposed at patient's discharge in 69.4% of cases. General practitioners most frequently changed the discharge drug therapy by discontinuation of a drug (32.1%) and reintroduction of a drug (31.3%). As by far the most common cause for not following changes in drug therapy proposed at patient discharge, general practitioners stated "The target value at patient's first visit to general practitioner either do not require treatment or need the adjustment to the proposed treatment" (38.9%), followed by "The patient or his relatives do not agree with the proposed therapy" (19.8%).

Only a few of the changes to drug therapy proposed at patient discharge were documented in the discharge letter as intentional (18.2%). Our study showed that the intention of a change in drug therapy had no impact on how the general practitioners followed the discharge recommendations.

Most of the changes at discharge originated from an incomplete drug history. These errors persisted through patient's hospital stay, discharge and drug re-prescription by the general practitioner. Medication reconciliation is required to ensure continuity of patient care.

SEZNAM OKRAJŠAV

JCAHO	ang. <i>The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i> , Mednarodna komisija za akreditacijo zdravstvenih organizacij
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
ZD	Zdravstveni dom
IZ	Lastniško ime zdravila
OD	Odmerek
RO	Režim odmerjanja
FO	Farmacevtska oblika

1 UVOD

1.1 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST V SLOVENIJI

Za varovanje zdravja prebivalcev skrbi sistem zdravstvenega varstva. Ta je opredeljen kot sistem družbenih, skupinskih in osebnostnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, njeno pravočasno zdravljenje ter nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih (1,2). Zdravstveni sistem v Sloveniji ima pravno podlago v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakonu o zdravstveni dejavnosti, ki natančno opredeljujeta kakovost celostne zdravstvene oskrbe bolnika. Lastnosti kakovostne oskrbe so: visoka strokovnost; učinkovita izraba razpoložljivih virov; dostopnost, dosegljivost in pravičnost; najmanjše možno tveganje za bolnika; ter izpolnjevanje potreb bolnikov in družbe (1,3).

Zdravstvena dejavnost je organizirana na več ravneh:

- primarni, ki obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost,
- sekundarni, ki obsega specialistično ambulanto in bolnišnično diagnostično in terapevtsko zdravstveno dejavnost, ter
- terciarni ravni, ki obsega opravljanje dejavnosti klinik in inštitutov (vključno z znanstveno, raziskovalno in izobraževalno) ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov (1,2,3).

Na primarni ravni si vsak občan izbere zdravstveni zavod in svojega izbranega zdravnika, ki bolnika obravnava kot celoto in vodi njegovo zdravstveno dokumentacijo. Iz različnih razlogov ga lahko napoti k ustreznemu specialistu, ki deluje na sekundarni ali terciarni ravni in je specializiran za neko ožje področje (1).

Okolja primarne in sekundarne oz. terciarne ravni se precej razlikujejo. Primarna raven vključuje tiste dejavnosti, kjer je nujna hitra in neposredna pomoč ter za dostop ni potrebna napotnica. Področje primarne zdravstvene dejavnosti je široko in nepredvidljivo, zato mora imeti zdravnik široko znanje o različnih vrstah bolezni. Poleg poznavanja bolnikove bolezni mora pozornost posvečati tudi bolnikovemu socialnemu okolju in družinskim razmeram. S primarne ravni je bolnik napoten na sekundarno oz. terciarno raven. Spekter bolnišničnega okolja je relativno ozek in delo posameznega zdravnika je specifično. Zato se od kliničnega specialista pričakuje, da je analitičen, znanstven in poglobljen. Delo

ambulantnega zdravnika in bolnišničnega zdravnika se močno razlikuje, vendar je za bolnikovo dobro nujno sodelovanje obeh ravni (2,4,5).

Ob pomanjkanju študij na tem področju v slovenskem prostoru se lahko naslonimo le na mnenja nekaterih vidnih predstavnikov slovenske zdravstvene stroke. Eden izmed teh meni, da daljše obdobje, med katerim se bolnik vodi pri svojem izbranem zdravniku vpliva na njun medsebojni odnos. Boljše poznavanje bolnika zdravniku omogoča uspešnejše zdravljenje, k čemur pa močno pripomore tudi bolnikovo zaupanje in sodelovanje. V razmerju bolnik – bolnišnični zdravnik, do srečanj prihaja manj pogosto, zato je njun odnos, razen v redkih izjemah, kratkotrajen in vezan le na določeno bolezen (4).

1.2 DOKUMENTI, KI SE UPORABLJAJO ZA KOMUNIKACIJO MED RAZLIČNIMI RAVNMI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Včasih je isti zdravnik bolniku nudil tako ambulantno kot bolnišnično oskrbo, zato je bila potreba po prenosu informacij zanemarljiva. S časom se je mreža bolnišnic in specifičnosti bolnišnične medicine močno razširila. Delitev dela je med drugim prinesla tudi nepovezanost v prenosu informacij. Sistem zdravstvenega varstva je postajal vedno bolj zapleten in potreba po nekem usklajenem sistemu zdravstvene dokumentacije je postajala vedno večja. Tako je Slovenija po vzoru večine ostalih Evropskih držav uvedla napotnice in odpustnice, ki sta dva glavna dokumenta za prenos informacij o bolnikovi oskrbi in omogočata komunikacijo med zdravniki na osnovni ravni in specialisti (6,7).

1.2.1 NAPOTNICA

Napotnica je dokument, ki je potreben za prehod bolnika s primarne na sekundarno oz. terciarno raven. Glede na vrsto napotitve jih delimo na prve in ponovne. Za prve se največkrat odloči izbrani zdravnik sam in s tem napoti bolnika k bolnišničnemu zdravniku. Ponovne pa v večji meri svetuje bolnišnični zdravnik, ki bolniku priporoči ponovno kontrolo, napotnico pa prav tako izda ambulantni zdravnik. Napotnice delimo tudi na direktne, ko ambulantni zdravnik napoti bolnika k zdravniku sekundarne ali terciarne ravni; in indirektne, ko bolnišnični zdravnik napoti bolnika k drugemu specialistu. Zdravnik se za napotitev bolnika lahko odloči na podlagi lastnega mnenja o resnosti zdravstvene težave, lahko pa je napotitev posledica vpliva bolnika samega ali njegovih svojcev. Napotnica vsebuje natančne podatke o bolniku in njegovem zavarovalnem statusu,

(4,6,8,9).

1.2.2 ODPUSTNICA

Odpustnica je dokument, ki beleži diagnostična odkritja pri obravnavanem bolniku, potek bolezni in zdravljenja, ter ukrepe po odpustu iz bolnišnice. S tem dokumentom bolnišnični zdravniki izbranim zdravnikom posredujejo informacije o poteku bolnišničnega zdravljenja in predlagajo nadaljnjo terapijo. Napiše jo bolnišnični zdravnik, ki je bil odgovoren za bolnika med bolnišničnim zdravljenjem na dan bolnikovega odpusta iz bolnišnice ali ko bolnišnični zdravnik prejme zadnji pomemben izvid. Vsebuje utemeljitev sprejema v bolnišnico, zgoščen dosednji potek bolezni, rezultate preiskav in utemeljitev diagnoze. Poleg omenjenih elementov vsebuje tudi podrobna navodila za ravnanje po odpustu, med katera spadajo: zdravljenje z zdravili z utemeljenimi spremembami bolnikove kronične terapije; nadaljnji testi in preiskave, ki jih mora bolnik opraviti, ko pride iz bolnišnice; ter rezultati testov, ki so še v teku in jih mora izbrani zdravnik preveriti. S tem naj bi seznanili zdravnika na primarni ravni o poteku bolnišnične obravnave in o morebitnih spremembah, ki so medtem nastale. Le-te so lahko posledica različnih vzrokov: sprememba v stanju bolezni, sprememba v učinkovitosti zdravila, povečano tveganje za neželene učinke, sodelovanje bolnika, lokalna politika bolnišnice,... V Sloveniji odpustnico prejme bolnik osebno ob odpustu iz bolnišnice in jo izroči svojemu izbranemu zdravniku ob prvem obisku. V nekaterih primerih bolnišnični zdravnik odpustnico pošlje po pošti bolniku ali njegovemu izbranemu zdravniku. V tujini navadno bolnišnični zdravnik ob odpustu bolnika napiše začasno odpustnico in jo izbranemu zdravniku pošlje po pošti. Pravo odpustnico prav tako prejme izbrani zdravnik po pošti nekaj tednov kasneje (čas se razlikuje od zdravnika do zdravnika) (4,6,7,8,10,11,12).

Nekateri bolnišnični zdravniki posredujejo povzetke celotnih obravnav, drugi le del dokumentacije. Nekateri odpustnice pišejo ročno, drugi s pomočjo računalniškega programa. Prav tako ni enotno sprejetih načel, ali rezultate preiskav prejmejo bolniki na dom ali pa jih prejme njihov izbrani zdravnik (13). Mednarodna komisija za akreditacijo zdravstvenih organizacij (ang. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; v nadaljevanju JCAHO) zahteva, da je odpustnica napisana v 30. dneh po odpustu in da vsebuje naslednje elemente: razlog za bolnišnično obravnavo; pomembna

odkritja; postopki, ki so bili izvedeni; kakšno terapijo in oskrbo so dobili bolniki; bolnikovo stanje ob odpustu; ter informacije namenjene bolniku in njegovim svojcem (6). Izbrani zdravniki pa menijo, da so najpomembnejše informacije v odpustnicah: identifikacija bolnika in lečečega zdravnika; glavna diagnoza, zaradi katere so bili bolniki sprejeti v bolnišnico; rezultati preiskav in laboratorijskih testov; spremembe v terapiji z obrazložitvijo sprememb prejšnjega režima; informacije o stranskih učinkih zdravil; podrobnosti o nadaljnji oskrbi bolnika; informacije namenjene bolniku in njegovim svojcem; rezultati testov, ki so bili ob odpustu še v teku; specifične potrebe za nadaljnjo oskrbo (10).

1.2.3 TEŽAVE V KOMUNIKACIJI

V medicini obstaja večje število različnih oblik predaje podatkov o bolnikih med dvema zdravnikoma. Učinkovit in uspešen sistem prenosa informacij zahteva trdne temelje in spretnosti komunikacije. V učnem procesu zdravnikov je omenjena predvsem komunikacija med zdravnikom in bolnikom, veliko manj pa med dvema zdravnikoma. Slednje veščine opisuje le malo literature (14). Že leta 1970 so posamezni zdravniki, manjše skupine ali posamezne bolnišnice omenjali problem komunikacije med zdravstvenimi delavci. V sodobnem zdravstvu pa ta problem postaja vedno večji (5,6,11,15,16,17,18).

Kripalani in sodelavci so v preglednem članku zbrali različne študije, ki obravnavajo različne komunikacijske probleme med različnimi ravni zdravstvene oskrbe. Med najpogostejšimi navajajo nepravočasen prihod odpustnic, netočnost podatkov in ponovne sprejeme v bolnišnico, ki so posledica pomanjkljive nadaljnje oskrbe (6).

1.3 NEPREKINJENA SKRB ZA BOLNIKA

Neprekinjena skrb za bolnika je proces, v katerega so vključeni bolnik in vsi zdravstveni delavci (predvsem zdravniki), ki so odgovorni za njegovo zdravljenje. Njen namen je zagotavljati celostno oskrbo bolnika tudi ob prehodu med različnimi zdravstvenimi ravni. Prekinjena skrb za bolnika vodi do večjega tveganja za neželene stranske učinke zdravil, ponovnih sprejemov v bolnišnico, ponavljanja že opravljenih preiskav, ipd.

Pri izredno hitro naraščajočem številu bolnišničnih bolnikov in razvojem specialističnih smeri v bolnišnicah postaja komunikacija med bolnišničnimi in izbranimi zdravniki vedno

bolj pomembna. Bolniki sprejeti v bolnišnico preidejo v oskrbo bolnišničnih specialistov, ki zanje skrbijo le kratek čas. Med tem časom pa njihov izbrani zdravnik nima vpliva na njihovo zdravljenje. Ločevanje med bolnišnično in ambulantno oskrbo privede do prekinjene oskrbe bolnika, le-ta pa posledično do neželenih stranskih učinkov, večjega števila ponovnih sprejemov v bolnišnico, slabšega zadovoljstva bolnikov in višjih stroškov. Pri zagotavljanju kvalitetne oskrbe skozi celoten čas bolnikovega zdravljenja sta dva od pglavitnih dejavnikov uspešna komunikacija in sodelovanje zdravstvenih delavcev na različnih ravneh zdravstvenega sistema. Študije dokazujejo, da pomanjkljiv prenos informacij (kot so na primer nepopolno napisane napotnice in/ali odpustnice) med zdravstvenimi delavci različnih ravni vodi do slabše nadaljnje oskrbe bolnika (3,5,6,11,12,15,17,19,20). Garasen in Johnsen sta v svoji študiji, na podlagi ocene strokovnega panela, sestavljenega iz ambulantnega zdravnika, bolnišničnega zdravnika in medicinske sestre, ugotovila, da v napotnicah pogosto manjkajo podatki o bolnikovih prejšnjih boleznih in zdravljenju (44%), informacije o zdravlilih, ki jih bolnik prejema (44%), socialni podatki (92%), idr (20). V študiji, ki so jo izvedli Bell s sodelavci, je v 30 dneh po odpustu iz bolnišnice 7,6% bolnikov umrlo, 10,8% jih je bilo ponovno sprejetih v bolnišnico in 6,4% jih je obiskalo nujno medicinsko pomoč. Neželeni klinični izidi so lahko posledica nekvalitetnih odpustnic (5). V študiji van Walrawen-a s sodelavci je bilo med vključenimi bolniki delež umrlih in ponovno sprejetih v bolnišnico skupno 7,7% (19). Zaradi pomanjkanja študij na tem področju v slovenskem prostoru, se lahko opremo le na mnenja nekaterih vidnih predstavnikov slovenske zdravstvene stroke. Eden izmed njih meni, da ravni zdravstvenega sistema v Sloveniji niso najboljše povezane. Slabo sodelovanje med zdravniki je ena največjih pomanjkljivosti zdravstvenega sistema v Sloveniji. Pri tem najbolj izstopa slaba komunikacija med zdravniki na različnih ravneh. Kot kaže je to eden glavnih vzrokov za pomote v sodobni medicini. Tako se pri prehodu iz ene na drugo raven izgubljajo informacije o bolnikovi terapiji, o njegovih preiskavah ipd. To privede do ponavljanja že opravljenih preiskav in neobveščenosti zdravnikov na različnih ravneh o bolnikovih terapijah (3).

1.4 ODPUSTNICE

Namen naše raziskovalne naloge je oceniti vlogo odpustnega pisma kot medija za prenos informacij pri prehodu bolnika med tretjo in prvo ravno zdravstvenega sistema, zato se bomo v nadaljevanju osredotočili na oskrbo bolnika po njegovem odpustu iz bolnišnice.

Kot smo že omenili, prenos informacij med bolnišničnim zdravnikom in izbranim zdravnikom pogosto ni na zadovoljivi ravni. Raziskave kažejo, da je v povprečju le 3% izbranih zdravnikov vključenih v razgovor o odpustu in le 17-20% jih je vedno obveščeni o odpustu svojega bolnika (6). Solet s sodelavci so v svoji študiji ugotovili, da je najbolj učinkovit način predaje podatkov komunikacija »iz oči v oči« (14), ki pa pogosto ni možna.

1.4.1 ČAS IN NAČIN PREJEMA ODPUSTNICE

V ZDA bolniki svojega izbranega zdravnika pogosto obiščejo preden le ta prejme začasno odpustnico (16-53%) ali odpustnico (66-88%). To pomeni, da izbrani zdravnik svoje bolnike obravnava le na podlagi informaciji, ki jih posredujejo bolnik ali njegovi svojci. Zdravniki ambulantne oskrbe so ocenili, da bi v 24% ravnali drugače v nadaljnji oskrbi bolnika, če bi odpustnico prejeli pravočasno (6).

Zaradi zakasnjene prihoda odpustnice lahko izbrani zdravnik predpiše drugačno terapijo, kot jo je priporočil bolnišnični zdravnik (5,10,21,11). Izbrani zdravniki v centralnem Londonu se pogosto pritožujejo, da ne morejo zagotoviti primerne neprekinjene oskrbe bolnika, ker niso pravočasno obveščeni o podrobnostih poteka bolnišnične obravnave in o priporočilih za nadaljnjo oskrbo bolnika. Le 28% odpustnic so prejeli v roku enega tedna po odpustu in 59% v roku dveh tednov. 14% odpustnic je prispelo kasneje kot v petih tednih. Prepozno prispele odpustnice so v 10% vplivale na odločitev izbranega zdravnika o vodenju bolnika (15). Optimalen čas, v katerem naj bi izbrani zdravniki prejeli bolnikovo odpustnico, ki ga predlagajo v različnih študijah, se zelo razlikuje. Začasne odpustnice pričakujejo v 3-5 dneh, odpustno pismo pa naj bi prejeli v roku 2-4 tednov. Kot je bilo objavljeno v *Isisu* (glasilo Zdravniške zbornice Slovenije), v Sloveniji ambulantni zdravniki predlagajo prejem odpustnice v treh delovnih dneh po odpustu bolnika iz bolnišnice. V tujini večino odpustnic pošljejo po pošti, čeprav ima vedno več zdravnikov željo po bolj sodobnem načinu prenašanja informacij (faks, elektronska pošta). (6,15,10,18,21,22). Penney v svoji študiji ugotavlja, da izbrani zdravnik začasno

odpustnico dobi prej, če jo bolnik prinese lastnoročno. Zakasnitev v dostavi odpustnega poročila je administrativne narave (22).

V praksi ambulantni in bolnišnični zdravniki komunicirajo le posredno – pisno, preko napotnic in odpustnic. Pisna komunikacija ni usklajena in pogosto pusti dvoumna in nerešena vprašanja, ki za nedvoumno pojasnitev in rešitev zahtevajo ustno komunikacijo med bolnišničnim in ambulantnim zdravnikom. Bolniki ali njihovi svojci dokumente lastnoročno prenašajo od enega do drugega zdravnika. Odpustnico, poslano po faksu ali elektronski pošti, bi izbrani zdravnik dobil še isti dan, ko je bolnik odpuščen iz bolnišnice (6,13,14).

1.4.2 POMANJKANJE PODATKOV V ODPUSTNICAH

Kljub temu, da se bolnišnični zdravniki z ambulantnimi zdravniki strinjajo o pomembnosti kvalitetno napisane odpustnice, pogosto izpuščajo podrobnosti v zvezi z zdravljenjem bolnika, kot tudi druge strokovne in administrativne podatke. Verjetno bolnišnični zdravniki ne ločijo, katere informacije so za ambulantne zdravnike pomembne in kdaj je informacija v odpustnici zapisana nejasno in dvoumno (6,12,14,15,20,21,23). V odpustnicah pogosto ni navedenega imena odgovornega bolnišničnega zdravnika (25%), glavne diagnoze (17,5%), rezultatov diagnostičnih testov (38%), ob odpustu predlaganih zdravil (21%), posebnosti nadaljnje oskrbe (14%), idr (6). Študija, izvedena na Norveškem je ocenjevala kvaliteto napisanih odpustnic. Panel sestavljen iz dveh zdravnikov različnih ravni in ene medicinske sestre je kot zelo kvalitetne ocenil informacije napisane v odpustnici o trenutnem zdravstvenem stanju bolnika (96%), podatke o preteklem zdravljenju z zdravili (92%) in o priporočenih zdravilih (82%) (20). Harding s sodelavci so ugotovili, da je 20% izbranih zdravnikov nezadovoljnih z vsebino odpustnic, ter da je pomanjkanje različnih vrst podatkov v 14% vplivalo na njihovo vodenje bolnika (15).

Zaradi nepopolno napisane odpustnice lahko pri prehodu bolnika od specialista nazaj k osebemu zdravniku pride do, na primer izpustitve zanj pomembnega zdravila, uvedenega med bolnišničnim zdravljenjem, ali do ponovne uvedbe zdravila, ki je bilo med bolnišničnim zdravljenjem ukinjeno, na primer zaradi stranskih (neželenih ali medsebojnih) učinkov. Pogosto se tudi zgodi, da zaradi pomanjkanja podatkov o laboratorijskih izvidih in/ali drugih testih, opravljenih med bolnišnično obravnavo, izbrani zdravnik nima celotnega pregleda nad potekom zdravljenja, kar privede do nepotrebne

ponavljanja preiskav. Vse te in še mnoge druge pomanjkljivosti v odpustnicah lahko posledično vodijo do poslabšanja bolnikovega stanja ali celo do ponovne bolnišnične obravnave (5,6,11,14,18,20,21,23).

1.4.3 PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVO

Izboljšave so potrebne tako v obliki, kot v vsebini in količini informacij. Solet s sodelavci v svoji študiji zagovarjajo tezo, da bi morale biti odpustnice standardizirane in da bi morali več poudarka nameniti izobraževanju študentov s ciljem, za bolj učinkovit, uspešen in varen prenos podatkov. To ugotavljajo na podlagi dejstva, da predaje bolnikov in pisanje odpustnic, veliko večino študentov medicine (86%) v ZDA naučijo internisti in ne profesorji na predavanjih. Menijo še, da se pisanje odpustnic lahko izboljša z vajo. S tem se optimizira preciznost (točnost in natančnost) ter se odpravijo pričakovane napake. Avtorji članka predlagajo predvsem izobraževanje na področju komunikacije v zvezi s predajo bolnikov. (14). Nadaljnja oskrba bolnika na primarni ravni mora biti v odpustnici jasno razvidna. Izbrani zdravnik mora brez dvomov razbrati, kaj se je z bolnikom dogajalo v bolnišnici in kakšna so priporočila za vnaprej. Pomembne informacije lahko izpostavimo z uporabo velikih tiskanih črk, krepke pisave, podčrtanega besedila ali s postavitvijo besedila v okvir. Tako informacije postanejo veliko bolj vidne in jih naslovnik hitreje opazi (21).

Sodobna tehnologija pripomore k izboljšanju kvalitete. Študije so pokazale, da računalniško generirane odpustnice zmanjšajo izpuščanje pomembnih podatkov. Tak razvoj omogoča hitre, točne in natančne informacije o diagnozi, zdravilih in rezultatih testov v obliki strukturiranega odpustnega dokumenta (6). Nekatere zdravstvene ustanove na Škotskem so razvile okenčka v odpustnicah, kamor naj bi zdravniki vpisovali razloge za spremembe v terapiji in stranske učinke, ki so jih opazili med bolnišnično obravnavo. Žal so ti razdelki redko izpolnjeni, čeprav razlogi za spremembe niso vedno očitni in niso dokumentirani niti iz preostalega dela odpustnice (10). Z ureditvijo ustrezne informacijsko-tehnološke infrastrukture in uvedbo računalniške zdravstvene kartoteke, bi z možnostjo »copy-paste« pospešili predaje podatkov (14). Ambulante in klinični oddelki, ki so že vpeljali koncept spremljanja kakovosti dela, imajo vsaj del podatkov v elektronskem mediju. Elektronska baza podatkov omogoča lažje spremljanje kazalcev kakovosti, kar je pomembno predvsem pri vodenju kroničnih bolnikov, kot so sladkorni bolniki, bolniki s

Rezultati študij, ki so bile narejene za izboljšanje prenosa podatkov, so največkrat ocenjevale pravočasnost prihoda podatkov, manjkrat pa vsebino odpustnice. V študijah, ki so proučevale oboje, pa se je vpliv intervencij veliko bolj odražal na pravočasnem prihodu odpustnic kot pa v kvaliteti napisanega (6). Problema sicer niso preučevali v Sloveniji, vendar zaradi neenotnega sistema pričakujemo podobne napake in probleme. V naši diplomski nalogi smo se omejili samo na zdravljenje z zdravili in na odstavek v odpustnici, ki zajema priporočila za bolnikovo nadaljnjo terapijo z zdravili.

1.5 BREŽŠIVNA OSKRBA Z ZDRAVILI PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE IN USKLAJEVANJE ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI

Pomemben izziv pri prehodu med različnimi zdravstvenimi ravnmi je zagotavljanje neprekinjenega zdravljenja z zdravili. Odpustna pisma naj bi izbranim zdravnikom zagotovila vse potrebne informacije o poteku zdravljenja v bolnišnici. Priporočila o zdravljenju z zdravili v odpustnici postavljajo na prvo mesto po pomembnosti tako zdravniki primarne ravni kot tudi sekundarne in terciarne. Izbrani zdravnik mora sprejeti pomembne odločitve o sledenju priporočilom o zdravljenju z zdravili, kljub temu da spremembe največkrat niso utemeljene. Z večanjem poudarka na brezšivni oskrbi in izobraževanju bolnikov postaja potreba po obrazložitvi sprememb v terapiji vedno bolj pomembna (10,18).

Carl van Walraven in sodelavci so ugotavljali, katere spremenljive značilnosti bolnika in njegovega zdravljenja so povezane z neželenim kliničnim izidom (smrt ali ponovni sprejem v bolnišnico) po odpustu iz bolnišnice. Ugotovili so, da je verjetnost smrti ali ponovnega sprejema v bolnišnico večja pri starejših bolnikih, če je bil bolnik v zadnjih 6. mesecih sprejet v bolnišnico ali je spadal v diagnostično skupino z visokim tveganjem. Na

podlagi tega so predlagali intervencije, da bi izboljšali bolnikovo oskrbo. Ena od možnosti je uskladitev zdravljenja z zdravili, ki ga vzpostavimo z neprekinjenim tokom informacij med zdravniki. Temu pogoju zadostimo, če omogočimo, da katerikoli zdravnik, ki zdravi bolnika, ve, kaj so delali zdravniki pred njim. Rezultati po odpustu se izboljšajo v primeru, da se bolnikove informacije o bolnišničnem zdravljenju prenesejo do zdravnika, ki ga zdravi naslednji. Študija še dodaja, da je po odpustu izredno pomembno, da pri nadaljnji skrbi za bolnika sodeluje tudi specialist, ki je bolnika zdravil v bolnišnici, in s tem neprekinjeno skrbi za bolnika v nadaljnji terapiji (19).

Ko zagotovimo neprekinjen tok informacij, moramo poskrbeti, da so te informacije pravilne. Zato je ključni del brezšivne oskrbe z zdravili, pri prehodu bolnika iz enega zdravstvenega okolja v drugega, usklajevanje zdravljenja z zdravili (ang. Medication reconciliation). To je proces, ki skuša v treh korakih:

1. pridobiti in dokumentirati celoten seznam bolnikovih zdravil;
2. primerjati ta seznam z novo predpisanimi zdravili, da bi zabeležili in preprečili izpust zdravila, podvojitve zdravila, interakcije med zdravili ali druge napake;
3. sporočiti celotni seznam bolnikovih zdravil naslednjemu izvajalcu zdravstvene oskrbe in bolniku, zmanjšati število zdravniških napak v predpisu zdravil in posledično zmanjšati število neželenih učinkov zdravljenja z zdravili.

Tekom celotnega procesa je pomembno dvojno preverjanje, pogovor z bolnikom, pregled bolnikovih kartotek, primerjava le-teh s priporočili in razprava z zdravnikom. Nekatera odstopanja so namerna in jih obravnavamo kot terapevtske spremembe; druga pa so nenamerna in jih imamo za zdravniške napake. Če te napake vodijo do kliničnih posledic (če škodujejo bolniku oz. obstaja verjetnost, da bi lahko škodovale), le-te štejemo za dejanske neželene učinke zaradi napačno izbranega zdravila (17,23).

Ob sprejemu bolnika v bolnišnico pride do nepopolnega toka informacij o njegovi terapiji. Da bi to preprečili, izvajamo proces usklajevanja zdravljenja z zdravili. Tako so Vira in sodelavci v svoji študiji z usklajevanjem zdravljenja z zdravili ob sprejemu in odpustu bolnikov preprečili 75% klinično pomembnih napak zaradi neuskrajene terapije, preden so le-te škodile bolniku (17). Podobne rezultate dobijo Rozich s sodelavci, ki so z usklajevanjem zdravljenja z zdravili ob sprejemu, premestitvi in odpustu zmanjšali število napak z 213 na manj kot 50 (24). Tekom neke druge študije, izvedene na intenzivni negi,

so preprečili vse napake v povezavi z zdravili (25). Nепrekinjeno oskrbo z zdravili pa moramo vzdrževati tudi po odpustu bolnika iz bolnišnice – pri premestitvi na drug oddelek, v drugo bolnišnico ali pri vrnitvi v domačo oskrbo. Cochrane in sodelavci so primerjali terapijo v odpustnici in pri izbranem zdravniku. Pri 22 (44%) bolnikih (25 zdravljenih) je prišlo do zamenjave imena učinkovine z lastniškim imenom zdravila, pri 12 (24%) bolnikih (14 zdravljenih) do spremembe odmerka, pri 11 (22%) bolnikih (14 zdravljenih) do spremembe v režimu odmerjanja, 10 (20%) bolnikom so ukinili 13 zdravil, 20 (40%) bolnikom pa je bilo predpisanih 29 novih zdravil (26). 42% bolnikom, vključenih v študijo Moore s sodelavci, je izbrani zdravnik ob prvem obisku po odpustu iz bolnišnice ukinil vsaj eno zdravilo (11).

1.6 VLOGA FARMACEVTA

Farmacevt ima pomembno vlogo pri usklajevanju zdravljenja z zdravili, vendar je to delo težko in časovno potratno. Nekateri zdravniki ga vidijo kot nepomembno, odvečno, še posebej, če se odkrijejo zdravniške napake, ki so manjšega pomena in le v manjši meri izboljšajo bolnikovo stanje (17).

Zdravniške napake in neželeni učinki zdravljenja z zdravili, ki jih lahko preprečimo, se pojavijo v veliko manjši meri, kadar je v proces usklajevanja zdravljenja z zdravili vključen tudi farmacevt, kot pa če ga vodi le zdravnik in medicinska sestra. Farmacevt lahko prinese dodatne koristi, tako na sekundarni oz. terciarni ravni kot tudi na primarni (17).

V zadnjih letih so klinični farmacevti izboljševali prenos informacij z iskanjem morebitnih zdravniških napak, s svetovanjem in pogovorom z bolnikom ob njegovem prihodu in odhodu iz bolnišnice ter s pripravo seznama zdravil ob odpustu. Pomembno vlogo imajo pri beleženju zdravil, ki jih je bolnik prejel pred prihodom v bolnišnico (18,26). Klinični farmacevt lahko pri hospitaliziranemu bolniku izboljša kvaliteto, varnost in učinkovitost oskrbe (27).

Klinični farmacevti pogosto sodelujejo z izbranimi zdravniki. Bolnišnični zdravniki se ne čutijo vedno odgovorne za celotno bolnikovo farmakoterapijo, kot na primer režim odmerjanja za nekatera zdravila, kadar je potrebno dodatno spremljanje odmerka zdravil, ali druge z zdravili povezane težave (sodelovanje bolnika, neželeni učinki,...) Klinični

farmacevt bi lahko prevzel vlogo povezovalnega člana v komunikaciji med bolnišničnim in ambulantnim zdravnikom (18, 26).

Karapinar s sodelavci so v svoji študiji dokazali, da ambulantni zdravniki v 88% cenijo nasvet kliničnega farmacevta z vidika izboljšanja terapije ob odpustu, vendar pa nasvete upoštevajo po lastni presoji. 38% izbranih zdravnikov je pripomnilo, da bi se iz nasvetov kliničnih farmacevtov lahko kaj naučili (18).

V neki študiji je farmacevt preko telefonskega pogovora, 2 dni po odpustu bolnika iz bolnišnice, pomagal rešiti težave povezane z zdravljenjem 19% bolnikom. V roku 30 dni po odpustu je statistično značilno manj bolnikov obiskalo nujno medicinsko pomoč, v primerjavi s testno skupino bolnikov, ki jih farmacevt ni poklical (28).

Usklajevanje zdravljenja z zdravljenjem je pomembno tako ob sprejemu kot tudi ob odpustu bolnika iz bolnišnice. Pri tem je strokovno mnenje farmacevta lahko v veliko pomoč.

2 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE

Namen diplomskega dela je raziskati vlogo odpustnega pisma kot komunikacijskega orodja za prenos informacij o zdravljenju z zdravili. Pri tem nas zanima, kako izbrani zdravnik upošteva v odpustnici priporočene spremembe kronične terapije, predlagane ob odpustu bolnika iz bolnišnice.

Cilji raziskave so ugotoviti:

- spremembe med kronično terapijo, predlagano v odpustnici in prvem predpisom pri izbranem zdravniku;
- razloge za neupoštevanje predlaganih sprememb kronične terapije ob bolnikovem odpustu, ki jih navede izbrani zdravnik;
- ali obstaja povezava med številom zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni sledil ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije, in različnimi spremenljivkami, kot na primer: ATC klasifikacija, vrsta ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije in utemeljenost bolnišnične spremembe;
- ali izbrani zdravniki pogosteje sledijo ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije iz ATC skupin R, C in H, (zdravila za bolezni, za katere je specializirana bolnišnica Golnik), kot iz ostalih ATC skupin;
- ali izbrani zdravniki pogosteje sledijo tistim spremembam kronične terapije ob bolnikovem odpustu, ki so v odpustnici utemeljene

3 MATERIALI IN METODE DE LA

3.1 NAČRTOVANJE RAZISKAVE

Raziskava je bila načrtovana kot opazovalna presečna študija terapije z zdravili, napisane v odpustnici in v kartoteki izbranega zdravnika, ob prvem obisku po odpustu iz bolnišnice. Raziskava je nadaljevanje študije, ki jo je izvedla Renata Režonja v svojem diplomskem delu z naslovom »Ocena kakovosti dokumentiranja zdravljenja z zdravili v bolnišnici Golnik« (30). V tej raziskavi so avtorji primerjali zdravila napisana v anamnezi, na terapevtski listi in v odpustnici z zdravili, ki jih je bolnik prejemal pred prihodom v bolnišnico. Iskali so razlike v izbiri zdravila, odmerku, režimu odmerjanja in farmacevtski obliki. Med drugim so spremljali tudi, ali so ob odpustu predlagane spremembe kronične terapije v odpustnici utemeljene. Za utemeljene so smatrali vse tiste spremembe, za katere je bil v odpustnici naveden razlog oziroma so raziskovalci lahko sami iz besedila odpustnic razbrali, da je prišlo do spremembe. Utemeljenost sprememb je za našo raziskavo pomembna, ker so nas zanimale povezave med utemeljenostjo, ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije in številom zdravil, pri katerih je izbrani zdravnik sledil tem spremembam.

V naši raziskavi smo primerjali spremembe v predpisu bolnikove kronične terapije ob odpustu bolnika s prvim predpisom zdravil pri izbranem zdravniku.

Skozi celotno raziskavo je bilo zagotovljeno varovanje osebnih podatkov in anonimnost bolnikov in zdravnikov.

3.2 MATERIALI

3.2.1 BOLNIŠNICA GOLNIK - KOPA

Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo (Bolnišnica Golnik – KOPA) opravlja terciarno zdravstveno dejavnost in je torej bolnišnica, kjer se izvaja klinična, raziskovalna in pedagoška dejavnost. Obravnava bolnike s pljučnimi in alergijskimi boleznimi iz celotne Slovenije ter je učna baza za dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Na sekundarnem nivoju se izvaja diagnostika in zdravljenje bolnikov s pljučnimi in alergijskimi boleznimi,

kot tudi diagnostika in zdravljenje drugih bolezni notranjih organov, predvsem bolezni srca in zgornjih prebavil.

Klinično dejavnost izvajajo v sedmih kliničnih oddelkih z več kot 200 posteljami. Ambulanto dejavnost izvajajo v Pulmološki in alergološki ambulanti na Golniku, v Ljubljani in na Jesenicah, v Internistični ambulanti na Golniku ter v Internistični ambulanti in Ambulanti za sladkorne bolnike v Kranju. Poleg tega izvajajo tudi funkcionalne preiskave in laboratorijsko dejavnost.

3.2.2 BOLNIKI

V raziskavo smo vključili iste bolnike, ki so bili vključeni v diplomskem delu Renate Režonja ter njihove izbrane zdravnike. V omenjeni diplomski nalogi so bili vsak dan, vključujoč tudi soboto in nedeljo, naključno - na podlagi abecednega seznama sprejetih bolnikov, izbrani trije bolniki, ki so bili hkrati:

- v času od sredine avgusta do konca septembra 2008 vsaj tri dni hospitalizirani v bolnišnici Golnik – KOPA,
- sposobni pogovora,
- so pred sprejemom v bolnišnico jemali vsaj eno zdravilo redno, kar je pomenilo več kot eno škatlico zdravila na mesec.

Iz raziskave so bili izključeni bolniki:

- sprejeti na oddelek za intenzivno terapijo in nego, negovalni oddelek in laboratorij za motnje med spanjem,
- ki so prišli na testiranje na alergije,
- ki so v kroničnem zdravljenju prejeli samo kemoterapijo ali mešanico analgetikov v podkožni črpalki,
- katerih obravnava ni bila zabeležena v bolnišničnem informacijskem sistemu.

Iz osnovnega nabora bolnikov (108) smo iz naše raziskave izključili še bolnike:

- ki so po odpustu iz bolnišnice umrli, preden so obiskali svojega izbranega zdravnika,
- ki v obdobju od odpusta do izvajanje naše raziskave niso obiskali svojega izbranega zdravnika,
- katerih kartoteka ni bila shranjena pri njihovem izbranem zdravniku,
- katerih izbrani zdravnik ni želel sodelovati,
- ki so bili po odpustu premeščeni na drug oddelek ali v drugo bolnišnico.

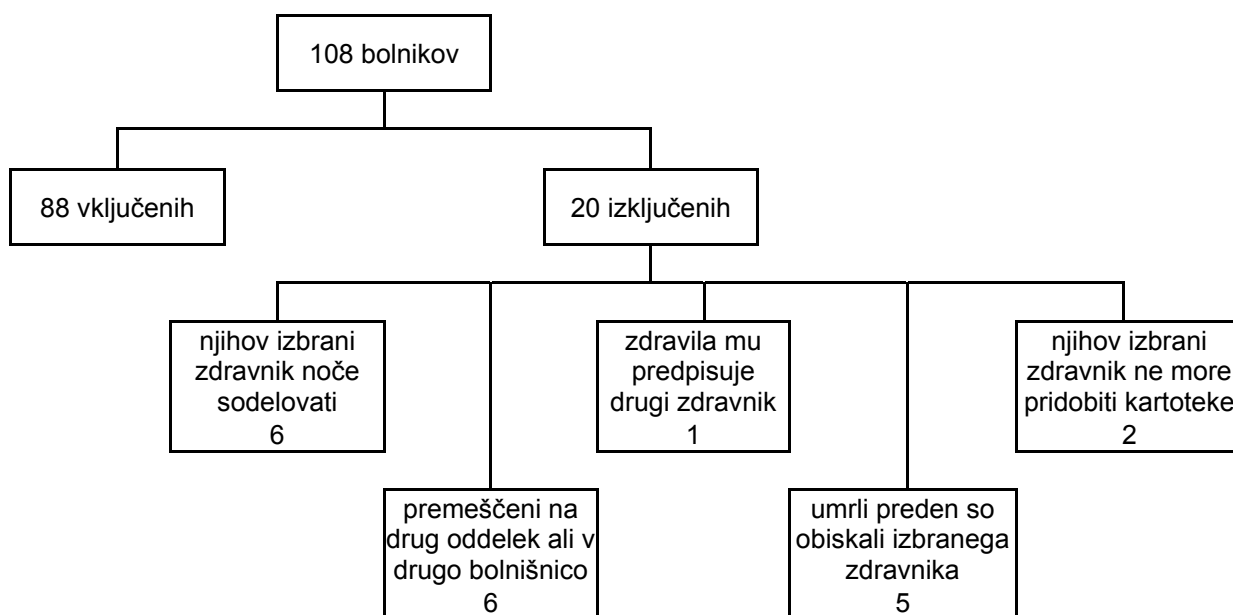


Diagram poteka 1: Število vključenih in izključenih bolnikov

3.2.3 ZDRAVILA

V naši raziskavi smo se pri vključenih bolnikih osredotočili zgolj na tista zdravila, za katera se je predlagana terapija v odpustnici razlikovala od bolnikove kronične terapije pred sprejemom v bolnišnico. Kadar so pri nekem zdravilu vsi ocenjevani parametri (lastniško ime zdravila, odmerek, režim odmerjanja in farmacevtska oblika) pred sprejemom v bolnišnico in v odpustnici ostali enaki, je bilo to zdravilo izključeno iz nadaljnje obravnave. V primeru, da se je izbrani zdravnik za spremembo pri tem istem zdravilu odločil naknadno, smo sklepali, da na njegovo odločitev ni vplivala odpustnica.

Za vključena zdravila smo ugotovili pripadajočo ATC skupino. To nam je služilo kot podlaga za oceno, pri katerih ATC skupinah pogosteje pride do sprememb.

Bolnišnica Golnik – KOPA, kot že ime pove, je specializirana za zdravljenje pljučnih bolezni in alergije, na sekundarnem nivoju pa se prvenstveno ukvarja z zdravljenjem bolezni srca. Zdravila, s katerimi zdravimo te bolezni, spadajo v ATC skupine R (zdravila bolezni dihal), H (hormonska zdravila za sistemsko zdravljenje, razen spolnih hormonov) in C (zdravila za bolezni srca in ožilja). Pri obdelavi podatkov smo jim zato posvetili posebno pozornost.

3.3 METODE

3.3.1 PREGLED LITERATURE

Delo smo pričeli s pregledom objavljene literature. V podatkovni bazi PubMed smo članke iskali s ključnimi besedami »seamless care«, »medication reconciliation«, »continuity of care«, »discharge letter«. Pregledali smo relevantno literaturo s poudarkom na uporabljenih klasifikacijah sprememb v zdravljenju z zdravili in razlogov zanje ter metod intervjuja.

3.3.2 PRIPRAVA OBRAZCA ZA ZBIRANJE PODATKOV, KLASIFIKACIJE SPREMEMB V PREDPISU PRI IZBRANEM ZDRAVNIKU IN VZROKOV ZA TE SPREMEMBE

Na podlagi lastnih opazovanj in pregledane literature (26,29) smo izdelali obrazec za zbiranje podatkov (Priloga 1), klasifikacijo sprememb v predpisu pri izbranem zdravniku (Preglednica I) ter klasificirali razloge za te spremembe (Preglednica II), v katero smo za lažje razumevanje vključili tudi primere.

Preglednica I: Klasifikacija sprememb v predpisu pri izbranem zdravniku

0	Ni spremembe
1	Sprememba lastniškega imena zdravila
2	Sprememba odmerka
3	Sprememba režima odmerjanja
4	Sprememba farmacevtske oblike
5	Ukinitev zdravila
6	Ukinitev zdravila, predpisanega po potrebi*
7	Ponovna uvedba zdravila
8	Zamenjava zdravila
9	Zaradi pomanjkanja podatka se ne da ugotoviti spremembe

*Zdravilo, ki ga bolnik vzame po lastni presoji (na primer salbutamol ob naporih)

Preglednica II: Klasifikacija vzrokov za spremembe

1	Nestrinjanje izbranega zdravnika s specialistovo odločitvijo zaradi strokovnih razlogov <i>Bolniku z astmo je predpisan blokator beta.</i>
2	Predlagana terapija bolniku ne prinaša koristi
3	Predlagana terapija v preteklosti ni bila učinkovita ali je bolnik ni prenašal <i>Bolnik je v preteklosti že prejemal predlagane blokatorje kalcijevih kanalčkov, vendar je bilo zaradi edemov zdravilo zamenjano.</i>
4	Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku bodisi ne zahtevajo zdravljenja s predlagano terapijo bodisi potrebujejo prilagoditev predlagane terapije <i>Ob jemanju predlaganih antihipertenzivov ima bolnik ob prvem obisku RR 180/100.</i>
5	Nenamerna zamenjava/opustitev terapije s strani bolnišničnega zdravnika <i>Zdravnik specialist v odpustnici pozabi predpisati jemanje bifosfonatov.</i>
6	Nenamerna zamenjava terapije s strani izbranega zdravnika <i>Zdravnik družinske medicine spregleda predpis zdravila v odpustnici.</i>
7	Predlagana sprememba uvaja dražje, terapevtsko alternativno zdravilo <i>Predlagana terapija zamenjuje aldosteron, pri katerem bolnik ni imel težav, za eplerenon.</i>
8	Zamenjava zdravil zaradi omejitve predpisovanja s strani zavarovalnice <i>Pri bolniku, ki nima ledvične insuficience, je predpisan alfakalcidiol.</i>
9	Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo
10	Drugo
11	Zdravilo se izdaja brez recepta in ga bolnik lahko kupi sam

3.3.3 BELEŽENJE ZDRAVIL

Za potrebe raziskave smo poiskali vse morebitne spremembe, ki so se nanašale na: lastniško ime zdravila, odmerek, režim odmerjanja, farmacevtsko obliko; kot spremembo smo označili tudi zamenjavo, ukinitiv ali uvedbo zdravila. Zdravilo oz. zdravljenje z zdravili, ki ga je predpisal izbrani zdravnik in se je v enem izmed omenjenih parametrov razlikovalo od v odpustnici predlaganega zdravila oz. zdravljenja z zdravili, smo označili kot neskladno.

Za lažje razumevanje načina beleženja zdravljenja z zdravili in ugotavljanja sprememb v kronični terapiji, smo v Preglednici I prikazali primer beleženja zdravljenja z zdravili pri teoretičnem bolniku.

Preglednica III: Prikaz beleženja zdravljenja z zdravili

Zaporedna številka zdravila	Terapija pred sprejemom v bolnišnico	Terapija, priporočena v odpustnici	Spremembe kronične terapije, predlagane od odpustu	Terapija, ki jo je bolniku predpisal izbrani zdravnik	Spremembe kronične terapije, predpisane pri izbranem zdravniku
1	Zdravilo A	Zdravilo A	NI spremembe	<i>Zdravilo izključeno iz nadaljnje obravnave</i>	
2	Zdravilo B	**	ukinitiv zdravila	***	NI spremembe
3	Zdravilo C	Zdravilo C'	npr. sprememba v odmerku	Zdravilo C'	NI spremembe
4	Zdravilo D	Zdravilo D	NI spremembe	<i>Zdravilo izključeno iz nadaljnje obravnave</i>	
5	Zdravilo E	**	ukinitiv zdravila	Zdravilo E	ponovna uvedba
6	Zdravilo F	Zdravilo F	NI spremembe	<i>Zdravilo izključeno iz nadaljnje obravnave</i>	
7	Zdravilo G	Zdravilo G	NI spremembe	<i>Zdravilo izključeno iz nadaljnje obravnave</i>	
8	*	Zdravilo H	uvedba zdravila	Zdravilo H	NI spremembe
9	*	Zdravilo I	uvedba zdravila	***	ukinitiv zdravila
SKUPNO	7 zdravil	6 zdravil	5 zdravil ima ob odpustu predlagano spremembo kronične terapije	V našo raziskavo smo vključili 5 zdravil, ki imajo ob odpustu predlagano spremembo kronične terapije	Izbrani zdravnik ni sledil ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije pri 2 zdravilih

*bolnik zdravila pred prihodom v bolnišnico ni jemal

**zdravilo ni bilo zapisano v odpustnici

*** izbrani zdravnik zdravila ni predpisal

Iz diplomske naloge Renate Režonja (30) smo uporabili podatke o zdravljenju z zdravili pred bolnikovim sprejemom v bolnišnico (v teoretičnem primeru 7 zdravil), in podatke o zdravljenju z zdravili, ki je bilo napisano v odpustnici (v teoretičnem primeru 6 zdravil). Med zdravili, ki jih je bolnik prejemal pred sprejemom v bolnišnico in/ali so bila napisana v odpustnici, smo izbrali le tista, pri katerih je v predpisu kronične terapije v odpustnici prišlo do spremembe glede na bolnikovo terapijo pred sprejemom v bolnišnico (zdravilo, ki ga je bolnik prejemal pred sprejemom v bolnišnico, se je v nečem razlikovalo od zdravila napisanega v odpustnici), in jih vključili v raziskavo. Teh zdravil je v teoretičnem primeru 5. Primerjali smo zapis teh zdravil v odpustnici s prvim predpisom pri izbranem zdravniku ter zabeležili morebitne spremembe (v teoretičnem primeru 2).

3.3.4 ZBIRANJE PODATKOV

V obrazec za zbiranje podatkov (Priloga 1) smo v Tabeli 1 zabeležili interno zaporedno številko bolnika, njegovo matično številko, kratici imena in priimka bolnika, leto rojstva, spol, interno zaporedno številko njegovega izbranega zdravnika, kratici imena in priimka izbranega zdravnika, zdravstveni dom in telefonsko številko izbranega zdravnika.

V Tabelo 2 smo za vsako posamezno zdravilo vpisovali podatke, ki smo jih pridobili tekom intervjuja z izbranim zdravnikom: lastniško ime zdravila, odmerek, režim odmerjanja, farmacevtska oblika, klasifikacija sprememb v predpisu pri izbranem zdravniku (Preglednica I) in klasifikacija vzrokov za spremembe v predpisu pri izbranem zdravniku (Preglednica II).

3.3.5 KONTAKT Z IZBRANIMI ZDRAVNIKI

S pomočjo bolnišničnega informacijskega sistema BIRPIS smo poiskali imena in priimke izbranih zdravnikov, ki so bili vključeni v raziskavo. Na podlagi seznama z internetne strani ZZZS-ja (31) smo določili zdravstvene domove oz. zasebne ustanove, kjer imajo izbrani zdravniki ambulantno. Naslove in telefonske številke ambulant pa smo našli s pomočjo interneta.

Zdravnikom smo poslali dopis (Priloga 2), v katerem smo jim pojasnili namen raziskave in jih prosili za sodelovanje. Dopisom smo priložili tabelo o klasifikaciji vzrokov za spremembe (Preglednica II), da bi si jo zdravniki lahko že pred našim obiskom ogledali s

čimer bi intervju potekal hitreje. Dopise smo po pošti poslali v sklopih, približno 10 zdravnikom na enkrat iz iste regije.

V roku enega tedna smo jih kontaktirali po telefonu in se dogovorili za sestanek. Na dogovorjeni datum smo jih obiskali v njihovi ambulanti.

3.3.6 NAČRTOVANJE INTERVJUJA Z IZBRANIM ZDRAVNIKOM

Intervju z izbranim zdravnikom smo načrtovali v skladu s priporočili napisanimi v knjigi *Research methods in health* (32). Začeli smo z bolj enostavnimi in splošnimi vprašanji odprtega tipa, ki jih nismo vključili v nadaljnjo analizo. Glavni del intervjuja so bila vprašanja zaprtega tipa, kjer so možni odgovori enostavni in znani vnaprej. Ponudili smo dovolj različnih možnosti, da nismo izsilili odgovora. Za tako sestavo intervjuja smo se odločili, ker odgovori na zaprta vprašanja omogočajo kvantitativno analizo, ki je preprostejša in hitrejša.

Pri sestavi intervjuja smo bili pozorni na možno napačno interpretiracijo besed ali besednih zvez. Vprašanja so bila kratka in nedvoumna. V intervju niso bila vključena vprašanja z dvema negacijama, stavki, ki vsebujejo dve vprašanji, in žargonski izrazi.

3.3.7 INTERVJU Z IZBRANIM ZDRAVNIKOM

Na podlagi priporočil iz zgoraj omenjene knjige (32) smo ustno vodili intervju. V kolikor se z izbranim zdravnikom nismo uspeli dogovoriti za obisk v njegovi ambulanti, smo intervju izvedli po telefonu. Vprašanja so se nanašala na predpis zdravil pri posameznem bolniku. Zanimali so nas podatki o prvem ponovnem predpisu zdravil po prihodu bolnika iz bolnišnice. Zbrali smo podatke o lastniškem imenu zdravila, odmerkih, režimu odmerjanja in farmacevtski obliki. Te podatke smo primerjali z že zbranimi podatki o zdravilih, ki so bila napisana v odpustnici. Ugotovili smo morebitne spremembe omenjenih parametrov in jih ovrednotili na podlagi vnaprej pripravljene klasifikacije (Preglednica I). Za vsako ugotovljeno spremembo smo izbranega zdravnika prosili, da jo uvrsti v eno od klasifikacij Preglednice II. Vpisovali smo vsa zdravila, ki jih je naštel izbrani zdravnik. Pri čemer smo ga povprašali tudi o tistih zdravilih, ki jih je bolnik prejemal doma oz. so bila zapisana v odpustnici, pa jih sam ni omenil.

Pred prvim obiskom izbranega zdravnika smo z zdravnikom specialistom družinske medicine izvedli pilotni intervju, kjer smo preverili smotrnost klasifikacij, obrazcev za zbiranje podatkov in samega poteka intervjuja.

3.4 STATISTIČNE METODE

Izvedli smo dve vrsti analize. V prvem delu smo podatke analizirali na osnovi posameznega bolnika, v drugem pa na osnovi vseh zdravih vključenih bolnikov. Zbrane podatke smo analizirali s pomočjo opisne statistike: mere srednjih vrednosti (mediana), mere razpršenosti podatkov (razpon med najnižjo in najvišjo vrednostjo) in frekvenčno porazdelitev. Za ugotavljanje razlik med parametri, ki so izraženi z zveznimi numeričnimi spremenljivkami smo uporabili t-test dveh neodvisnih vzorcev. Povezave med opisnimi spremenljivkami smo ovrednotili s Chi-kvadrat (χ^2) testom. V primeru, da je bila pričakovana frekvenca v več celicah statistične tabele manjša od 5, smo rezultate ovrednotili s točnim Fischerjevim testom. Za iskanje povezav med zveznimi spremenljivkami smo uporabili Pearsonovo korelacijo. Pri vseh testih smo kot statistično značilno opredelili vrednost $p < 0,05$ (pri obojestranskem 5% tveganju). Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili programsko opremo SPSS Statistics 17.0 (SPSS Inc., ZDA).

4 REZULTATI

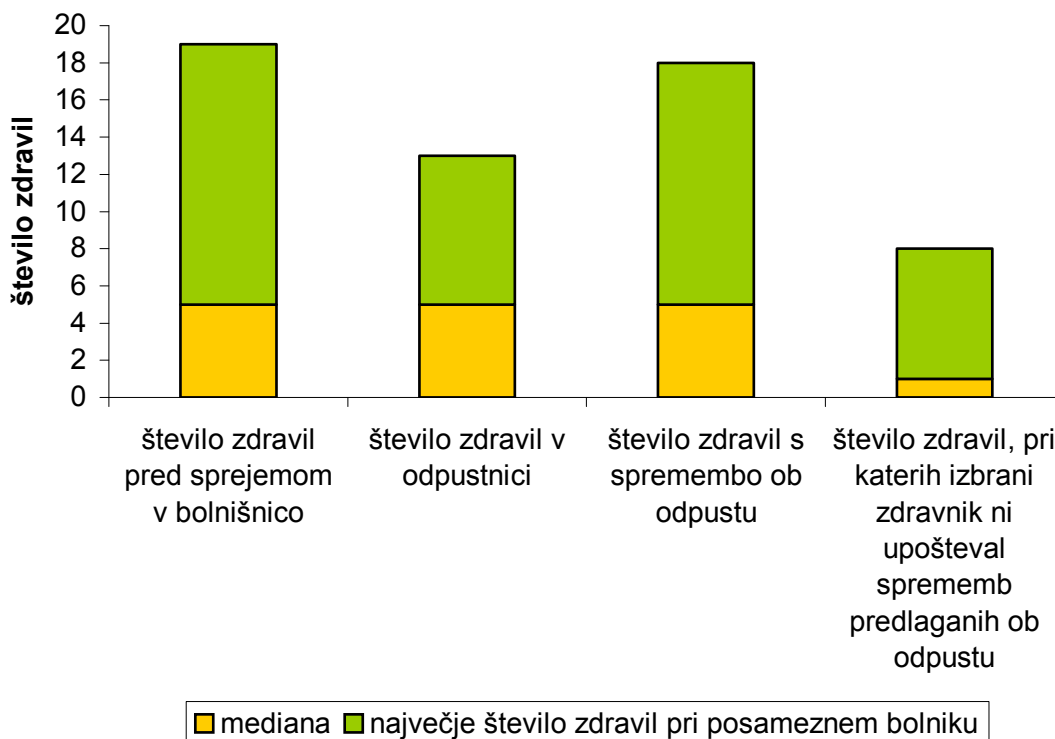
Izvedli smo dve vrsti analiz. V prvi je bil osnovna enota bolnik, v drugi pa zdravilo. V raziskavo je bilo vključenih 88 bolnikov, ki so se zdravili pri 69 izbranih zdravnikih. Izmed vseh zdravil, ki so jih prejeli bolniki, smo v raziskavo vključili 517 tistih, ki so imela ob odpustu predlagano spremembo kronične terapije.

4.1 ANALIZA PODATKOV POSAMEZNIH BOLNIKOV

4.1.1 SPLOŠNI PODATKI

Od 88 v raziskavo vključenih bolnikov je bilo 48 (54,5%) moških in 40 (45,5%) žensk. Mediana starosti bolnikov je bila 72 let (v razponu med 34 in 89 let), kar pomeni, da je proučevani vzorec predstavljal starejšo populacijo ljudi. Ugotovili smo, da so bile ženske (mediana 74 let) starejše od moških (mediana 68 let); (t-test dveh neodvisnih vzorcev, $p = 0,02$).

Grafikon 1 prikazuje mediane in največja števila zdravil pri posameznih bolnikih.



Grafikon 1: Število zdravil pri posameznem bolniku: mediane in največje število zdravil

Posamezni bolniki so pred sprejemom v bolnišnico prejeli do največ 19 zdravil (mediana 5), medtem ko so jih njihove odpustnice vsebovale največ 13 (mediana 5). Ob odpustu bolnika iz bolnišnice so bolnišnični zdravniki terapijo, ki jo je bolnik prejel pred sprejemom v bolnišnico, spremenili pri največ 18 zdravilih (mediana 5). Ta zdravila smo vključili v nadaljnjo raziskavo. Ob odpustu nastale spremembe so izbrani zdravniki večinoma upoštevali. Niso jim sledili v povprečju pri 1 zdravilu. Za lažje razumevanje je teoretični primer bolnika prikazan v poglavju Metode, Preglednica III.

Pri 27 bolnikih so njihovi izbrani zdravniki upoštevali vse ob odpustu predlagane spremembe kronične terapije, pri 8 bolnikih pa nobene izmed predlaganih sprememb. Pri 5 bolnikih razlik nismo mogli ugotoviti, ker odpustnica ni vsebovala priporočil za nadaljnje zdravljenje z zdravili.

4.1.2 VPLIV RAZLIČNIH FAKTORJEV NA ŠTEVILO ZDRAVIL, PRI KATERIH IZBRANI ZDRAVNIK NI SLEDIL OB ODPUSTU PREDLAGANIM SPREMEBAM KRONIČNE TERAPIJE

Ugotavljali smo povezavo med številom zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni sledil ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije, in spolom; starostjo; številom zdravil, ki jih je bolnik prejel pred sprejemom v bolnišnico; številom zdravil, ki so bila napisana v odpustnici; ter številom zdravil, pri katerih je prišlo do spremembe v predpisu ob odpustu bolnika. Z dovolj veliko verjetnostjo lahko trdimo, da spol (t-test dveh neodvisnih vzorcev, $p = 0,593$) in starost (Pearsonova korelacija, $p = 0,445$) nista povezana s številom zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni upošteval ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije. Nadalje smo ugotovili, da več kot je imel bolnik zdravil pred sprejemom v bolnišnico, več je bilo zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni sledil ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije (Pearsonova korelacija, $p = 0,001$). Enak zaključek dobimo pri primerjavah s številom zdravil, ki so napisana v odpustnici (Pearsonova korelacija, $p = 0,001$), in številom zdravil, pri katerih je prišlo do spremembe v predpisu ob odpustu bolnika (Pearsonova korelacija, $p < 0,001$). Rezultate testov prikazuje Preglednica IV.

Preglednica IV: Analiza povezav med številom zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni sledil ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije, in različnimi dejavniki

Preučevani dejavnik	Statistični test	Rezultati testa
Spol	t-test dveh neodvisnih vzorcev	$t = -0,537$; $df = 86$; $p = 0,593$
Starost	Pearsonova korelacija	$r = 0,082$, $p = 0,445$
Število zdravil v kronični terapiji pred sprejemom v bolnišnico	Pearsonova korelacija	$r = 0,361$; $p = 0,001$
Število zdravil predlaganih v odpustnici	Pearsonova korelacija	$r = 0,342$; $p = 0,001$
Število zdravil s spremembo kronične terapije ob odpustu	Pearsonova korelacija	$r = 0,544$; $p < 0,001$

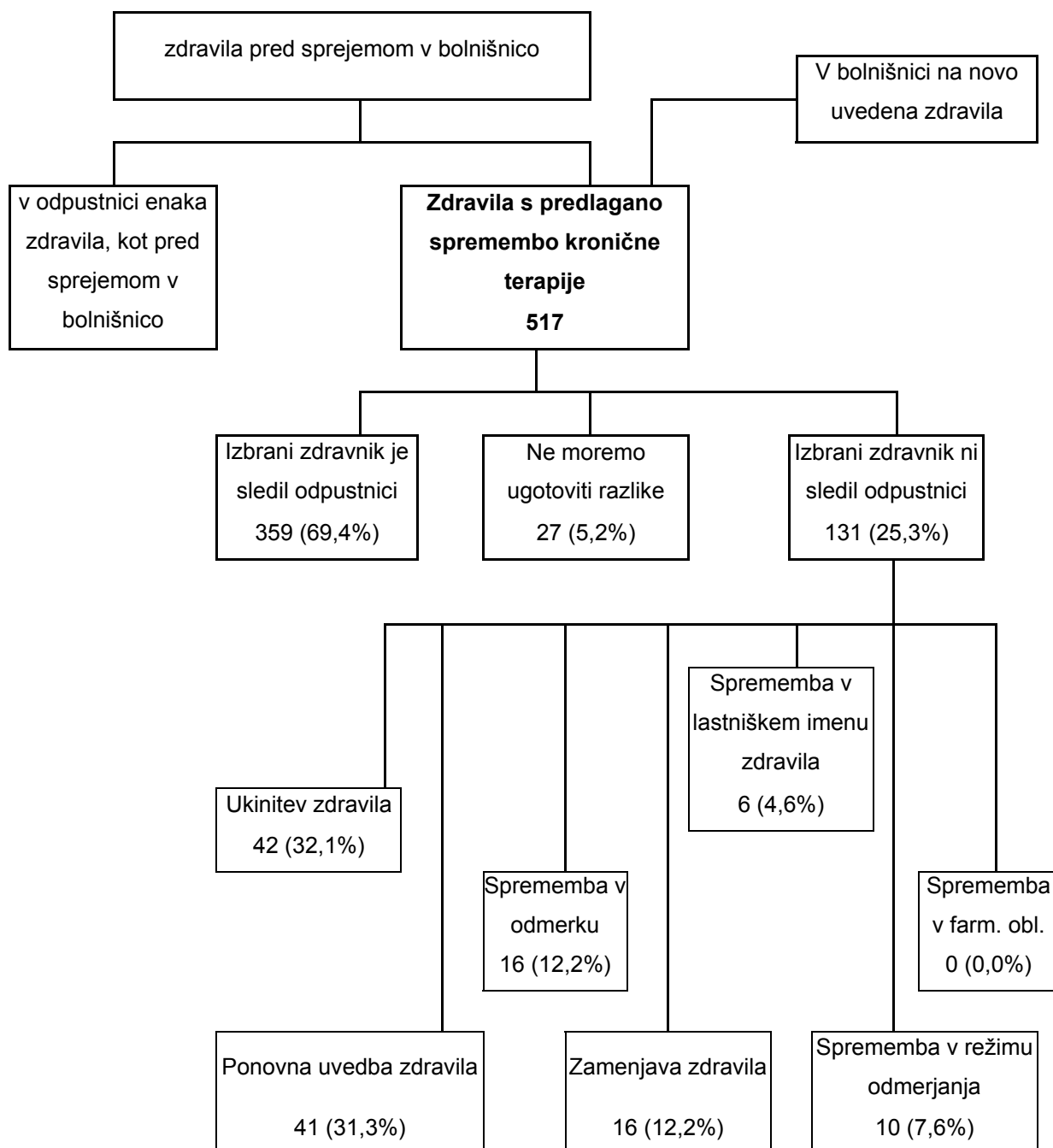
4.2 ANALIZA VKLJUČENIH ZDRAVIL

4.2.1 SPLOŠNI PODATKI

Skupno število zdravil, ki so jih v raziskavo vključeni bolniki prejeli pred sprejemom v bolnišnico, je bilo 498, v odpustnicah so jih imeli napisanih skupno 475. Ob odpustu iz bolnišnice se je skupno 517 zdravil razlikovalo od bolnikove kronične terapije; pri tem so vključena tudi zdravila, ki so bila v bolnišnici ukinjena (niso bila napisana v odpustnici, a jih je bolnik prejel pred sprejemom v bolnišnico) in na novo uvedena (napisana na odpustnici, bolnik pa jih pred sprejemom v bolnišnico ni prejel). Od vseh zdravil, ki so jih bolniki prejeli pred sprejemom v bolnišnico, smo v raziskavo vključili le tista, pri katerih je ob odpustu prišlo do spremembe kronične terapije. Zdravila, ki so med bolnišničnim zdravljenjem ostala nespremenjena, smo izključili iz obravnavne, ker sklepamo, da bolnišnična obravnava ni vplivala na morebitne spremembe pri nadaljnji oskrbi bolnika.

Zanimalo nas je torej morebitno upoštevanje ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije. Pri 359 zdravilih (69,4%) od 517 zdravil je bil predpis zdravila pri izbranih zdravnikih enak predpisu v odpustnici. Pri 27 zdravilih (5,2%) ni bilo mogoče ugotoviti razlike, ker v odpustnici ni bilo napisanih priporočil za nadaljnjo terapijo. Za 131 zdravil

(25,3%) smo ugotovili spremembe v predpisu pri izbranem zdravniku. V teh primerih izbrani zdravnik ni sledil spremembi bolnikove kronične terapije, ki jo je v odpustnici predlagal bolnišnični zdravnik. Te so podrobneje opisane v podpoglavju 4.2.4 »ANALIZA ZDRAVIL, PRI KATERIH IZBRANI ZDRAVNIK NI SLEDIL OB ODPUSTU PREDLAGANIM SPREMEMBAM KRONIČNE TERAPIJE«.



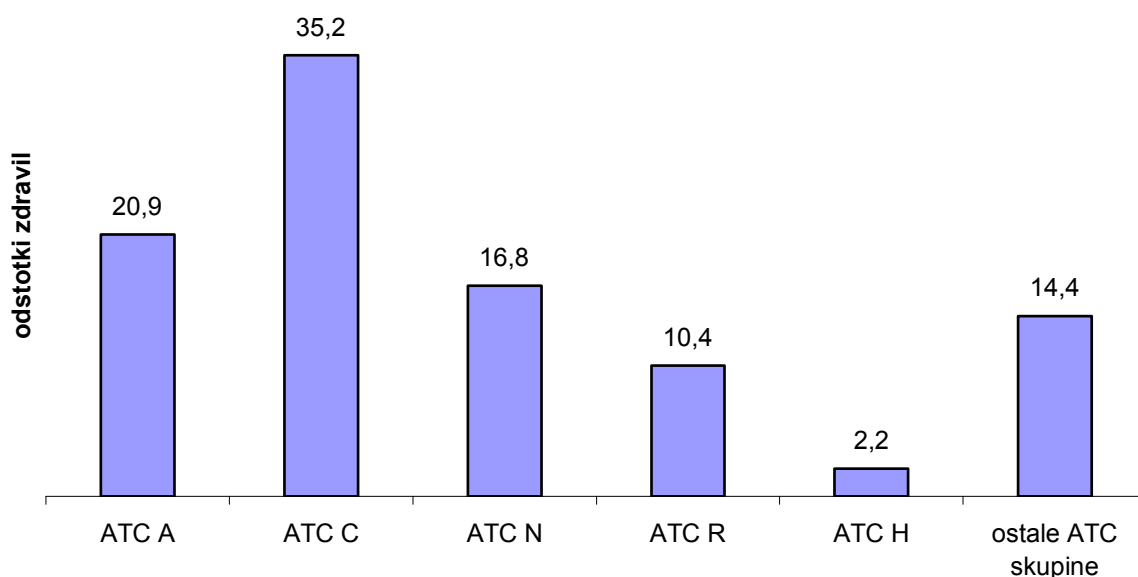
Grafikon 2: Vključevanje zdravil in njihova nadaljnja obravnava

4.2.2 ZASTOPANOST ZDRAVIL PO ATC SKUPINAH

Zdravila s spremembo v predpisu ob odpustu so najpogosteje iz ATC skupine C (zdravila za bolezni srca in ožilja, 35,2%), nekoliko manj zdravila iz ATC skupine A (zdravila za bolezni prebavil in presnove; 20,9%), medtem, ko se zdravila iz ATC skupin N in R (zdravila z delovanjem na živčevje oz. zdravila za bolezni dihal; 16,8% oz. 10,4%) pojavijo le občasno. Zdravila iz ostalih skupin so v naši raziskavi redkeje zastopana.

Bolnišnica Golnik je specializirana za zdravljenje bolezni, za katere se uporabljajo zdravila iz ATC skupin R (zdravila za bolezni dihal), C (zdravila za bolezni srca in ožilja) in H (hormonska zdravila za sistemsko zdravljenje, razen spolnih hormonov). Ob odpustu so bolnišnični zdravniki pogosto predlagali spremembo v zdravljenju z zdravili iz teh ATC skupin (247; 47,8%).

Porazdelitev vseh zdravil glede na ATC klasifikacijo prikazuje Grafikon 3.



Grafikon 3: Razporeditev v raziskavo vključenih zdravil po ATC skupinah

4.2.3 ANALIZA SPREMEMB V PREDPISU OB ODPUSTU

Rezultati v tem odstavku so povzeti iz diplomskega dela Renate Režonja (30) in so služili kot podlaga za naše nadaljnje delo. Zanimala so nas samo tista zdravila, pri katerih je prišlo do sprememb v bolnikovi kronični terapiji ob odpustu iz bolnišnice. Med spremenjenimi zdravili je bilo največ ukinjenih zdravil (125; 24,2%) in na novo uvedenih (116, 22,4%). Spremembe v lastniškem imenu in zamenjavi farmacevtske oblike so se pojavijo v zanemarljivem številu. Od 517 zdravil so bolnišnični zdravniki spremembe v

odpustnicah utemeljili za 94 zdravil (18,2%), za 423 zdravil (81,8%) pa utemeljitve niso podali: v teh primerih v odpustnicah ni bilo zabeleženo, da se s predlaganim predpisom spreminja bolnikova kronična terapija. Spremembe so zabeležene v Preglednici V.

Klasifikacija: »Ne moremo ugotoviti razlike« (122; 23,6%) zajema vse tiste primere, pri katerih ni bilo možno primerjati terapije v odpustnici in terapije pred sprejemom v bolnišnico, zaradi naslednjih vzrokov:

- ni bilo možno pridobiti podatkov o bolnikovi terapiji pred sprejemom v bolnišnico (95 zdravil):
 - bolnik ni poznal zdravil;
 - bolnik se ni želel pogovarjati;
 - bolnik zdravil ni jemal oz. ni bil prepričan, da jih jemlje;
- odpustnica je bila pomanjkljivo napisana (27 zdravil):
 - odpustnica je bolniku predpisovala nadaljevanje redne terapije;
 - manjkal je odstavek o zdravilih.

Preglednica V: Porazdelitev sprememb v predpisu ob odpustu bolnika

	Spremembe ob odpustu		Utemeljenost sprememb ob odpustu	
	n	%	n	%
Ukinitev zdravila	125	24,2	5/125	4,0
Na novo uvedeno zdravilo	116	22,4	54/116	46,6
Sprememba odmerka	61	11,8	16/61	26,2
Zamenjava zdravila	50	9,7	17/50	34,0
Sprememba režima odmerjanja	39	7,5	1/39	2,6
Sprememba lastniškega imena zdravila	3	0,6	0/3	0,0
Sprememba farmacevtske oblike	1	0,2	1/1	100
Ne moremo ugotoviti razlike	122	23,6	ne moremo ugotoviti utemeljenosti	/

Iz Preglednice V je razvidno, da so bolnišnični specialisti spremembe najbolj pogosto utemeljevali v primeru uvedbe dodatnega zdravila (46,1%). Zanimivo pa je, da so ukinitvev zdravila, kot najbolj pogosto spremembo, utemeljili le v 4,7%. V primeru spremembe lastniškega imena in farmacevtske oblike je vzorec premajhen, da bi na podlagi le-tega lahko sklepali na pogostost utemeljitve v teh dveh primerih.

4.2.4 ANALIZA ZDRAVIL, PRI KATERIH IZBRANI ZDRAVNIK NI UPOŠTEVAL OB ODPUSTU PREDLAGANIH SPREMEMB KRONIČNE TERAPIJE

Od 517 zdravil, pri katerih so bolnišnični zdravniki ob odpustu predlagali spremembo kronične terapije, so izbrani zdravniki sledili temu predlogu pri 359 (69,4%) zdravilih, v 131 (25,3%) primerih pa so v odpustnici predlagano terapijo spremenili.

Razlike ni bilo mogoče ugotoviti, kadar je v odpustnici pisalo »bolnik naj nadaljuje s svojo redno terapijo« ali pa je manjkal odstavek o zdravilih (27 zdravil, 5,2%).

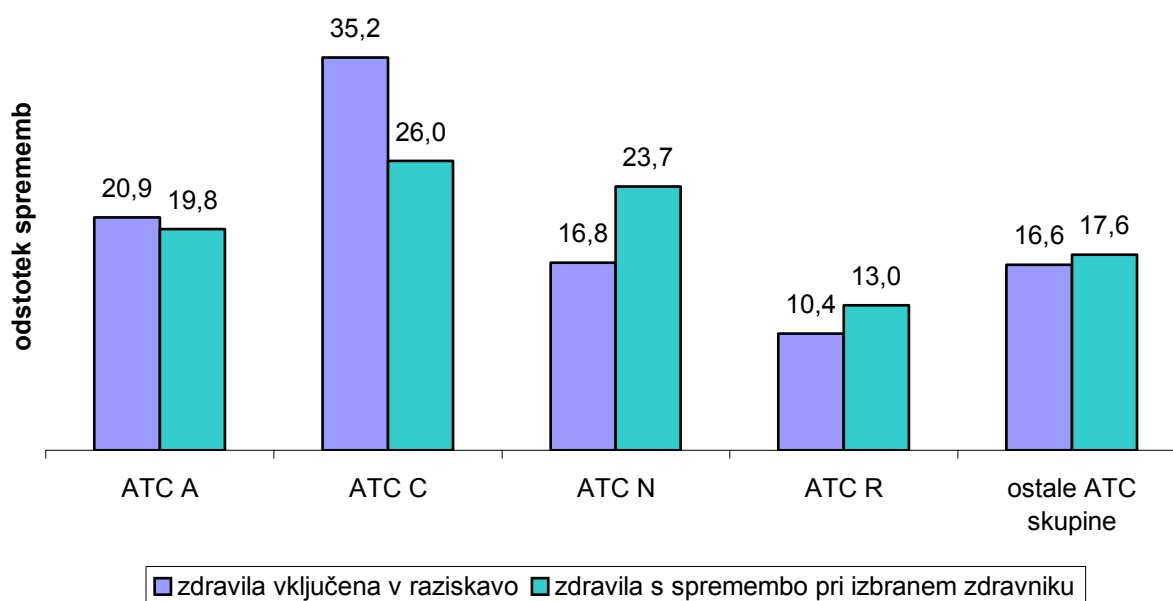
Preglednica VI: Število in delež sprememb v predpisu pri izbranem zdravniku

	n	% glede na spremenjena zdravila (131)	% glede na vsa zdravila (517)
Ukinjeno zdravilo	42	32,1	8,1
Ponovna uvedba zdravila	41	31,3	7,9
Sprememba odmerka	16	12,2	3,1
Zamenjava zdravila	16	12,2	3,1
Sprememba režima odmerjanja	10	7,6	1,9
Sprememba lastniškega imena zdravila	6	4,6	1,2
Sprememba farmacevtske oblike	0	0,0	0,0
Skupno	131	100%	25,3%

Najpogostejši spremembi v predpisu pri izbranem zdravniku sta ukinitvev v odpustnici priporočenega zdravila (42; 32,1%) in ponovna uvedba zdravila (41; 31,3%). Ostale spremembe se pojavijo redkeje. V naši raziskavi nismo ugotovili nobene spremembe farmacevtske oblike.

4.2.5 RAZPOREDITEV ZDRAVIL, PRI KATERIH IZBRANI ZDRAVNIK NI SLEDIL OB ODPUSTU PREDLAGANIM SPREMEMBAM KRONIČNE TERAPIJE, PO ATC SKUPINAH

Iz Grafikona 4 razberemo, da izbrani zdravniki pogosteje spreminjajo zdravila iz ATC skupine N (31; 23,7%) in R (17; 13,0%) (zdravila z delovanjem na živčevje; zdravila za bolezni dihal), spremembe v ATC skupini C (zdravila za bolezni srca in ožilja) pa so redkejšje v primerjavi z vsemi zdravili, ki so bila vključena v raziskavo.



Grafikon 4: Razporeditev zdravil s spremembo pri izbranih zdravnikih po ATC skupinah

4.2.6 VZROKI ZA NEUPOŠTEVANJE OB ODPUSTU PREDLAGANIH SPREMEMB KRONIČNE TERAPIJE

V Preglednici VII so zabeleženi vzroki, ki so jih izbrani zdravniki navedli, za nesledenje spremembam kronične terapije.

Kot najbolj pogost vzrok so izbrani zdravniki navedli »Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku bodisi ne potrebujejo zdravljenja bodisi potrebujejo prilagoditev s predlagano terapijo« (51; 38,9%). Pogost vzrok je bil tudi mnenje bolnikov (»Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo«; 26; 19,8%).

Izbrani zdravniki vedno ne predpišejo zdravil, za katera menijo, da jih bolniki ne potrebujejo oziroma jih bolniki lahko kupijo sami. V 3 primerih od 42 (v vseh treh

primerih je obravnavana učinkovina paracetamol) so izbrani zdravniki vzrok navedli, da bolnik lahko dobi zdravilo brez recepta.

Preglednica VII: Vzroki za spremembe v predpisu pri izbranem zdravniku

	n	% glede na spremenjena zdravila (n=131)	% glede na vsa zdravila (n=517)
Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku			
bodisi ne potrebujejo zdravljenja bodisi potrebujejo prilagoditev predlagane terapije	51	38,9%	9,9%
Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo	26	19,8%	5,0%
Nestrinjanje izbranega zdravnika s specialistovo odločitvijo	11	8,4%	2,1%
Predlagana terapija v preteklosti ni bila učinkovita ali je bolnik ni prenašal	11	8,4%	2,1%
Predlagana terapija ne prinaša koristi	4	3,1%	0,8%
Nenamerna zamenjava terapije s strani specialista	4	3,1%	0,8%
Bolnik lahko dobi zdravilo brez recepta	3	2,3%	0,6%
Predlagana sprememba uvaja dražje, terapevtsko alternativno zdravilo	1	0,8%	0,2%
Zamenjava zdravila zaradi omejitve predpisovanja s strani zavarovalnice	0	0,0%	0,0%
Nenamerna zamenjava terapije s strani izbranega zdravnika	0	0,0%	0,0%
Drugo	20	14,1%	3,9%
Skupaj	131	100%	25,3%

4.2.7 VPLIV RAZLIČNIH DEJAVNIKOV NA SPREMEMBE V PREDPISU PRI IZBRANEM ZDRAVNIKU

Zdravila smo razdelili v 2 kategoriji: na zdravila, pri katerih izbrani zdravniki niso upoštevali ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije (131); v drugo kategorijo pa smo vključili vsa ostala zdravila (386; zdravila, pri katerih so izbrani zdravniki to spremembo upoštevali, in zdravila, pri katerih ni bilo mogoče določiti upoštevanja).

V Preglednici VII so prikazani rezultati statističnih testov pri analizi povezav med zdravili, pri katerih je bila terapija spremenjena, in različnimi spremenljivkami.

Preglednica VIII: Povezave med prisotnostjo sprememb pri izbranem zdravniku in različnimi dejavniki

Preučevani dejavnik	Statistični test	Rezultati testa
ATC klasifikacija	Chi-kvadrat test	$\chi^2 = 10,395$; df = 4; p = 0,034
ATC skupine R, C in H*	Chi-kvadrat test	$\chi^2 = 1,777$; df = 1; p = 0,182
Predlagane spremembe kronične terapije ob bolnikovem odpustu	Chi-kvadrat test	$\chi^2 = 25,405$; df = 11; p = 0,008**
Utemeljenost bolnišnične spremembe	Chi-kvadrat test	$\chi^2 = 0,002$; df = 1; p = 0,962

*V ATC skupine R, C in H spadajo zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje bolezni, za katere je specializirana bolnišnica Golnik

** 6 celic v statistični tabeli (25%) ima pričakovano frekvenco manj kot 5

Nadaljnje smo ugotavljali ali obstaja statistično značilna povezava med spremembami kronične terapije pri izbranem zdravniku in zdravilih ATC klasifikacij. Do sprememb je pogosteje prišlo v ATC skupini N (zdravila z delovanjem na živčevje), manj pogosto pa v ATC skupini C (zdravila za bolezni srca in ožilja). Z dovolj veliko verjetnostjo pa nismo mogli dokazati, da je redkeje prišlo do sprememb pri zdravilih iz ATC skupin, kamor spadajo zdravila za zdravljenje bolezni, za katere je specializirana bolnišnica Golnik.

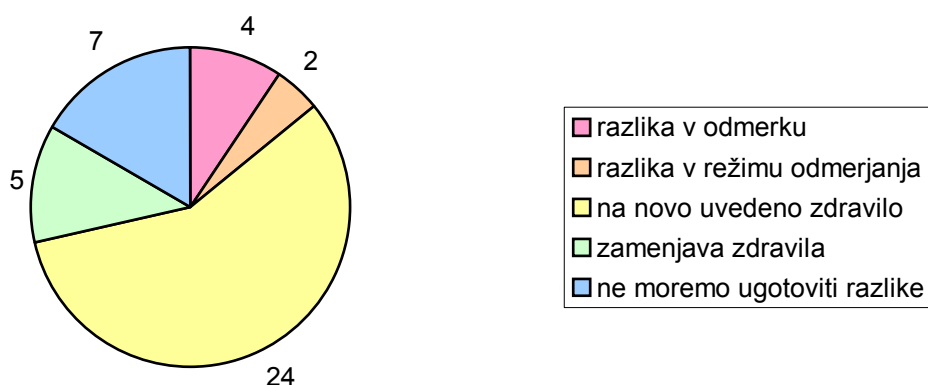
Izbrani zdravniki predlaganim spremembam kronične terapije ob bolnikovem odpustu najmanjkrat sledijo v primeru, da je bila ob odpustu predlagana ukinitvev zdravila, in v primeru, ko je bila predlagana sprememba odmerka zdravila. Pri interpretaciji tega

rezultata moramo upoštevati dejstvo, da je imelo 25% celic v statistični tabeli pričakovano frekvenco manj kot 5.

Rezultati analize so pokazali, da utemeljenost sprememb v odpustnicah ni vpliva na terapijo, ki so jo predlagali izbrani zdravniki. Utemeljenost sprememb v odpustnicah je bila le 18,2%.

4.2.8 PODANALIZA ZDRAVIL, KI JIH JE IZBRANI ZDRAVNIK UKINIL

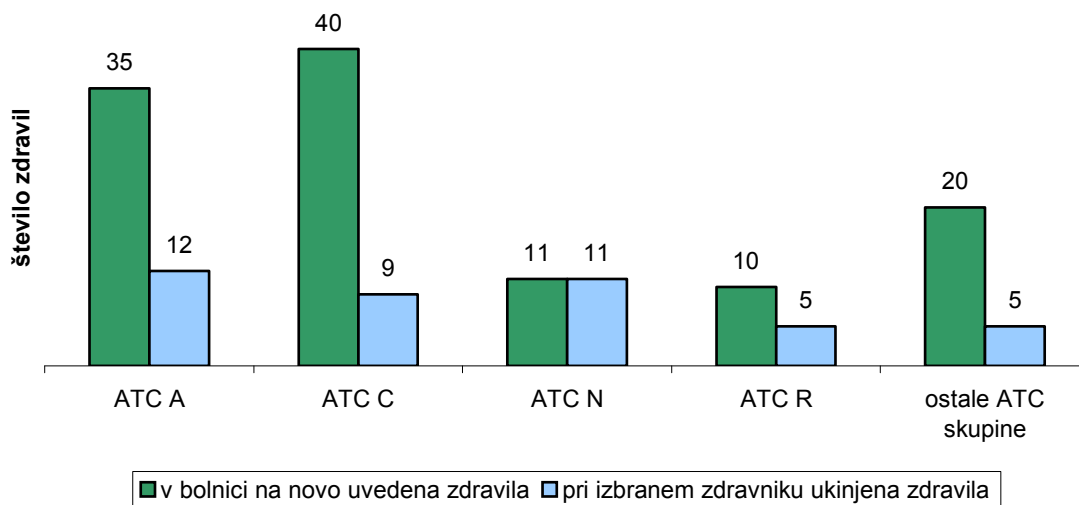
Ukinitev zdravila (42/131; 32,1%) je bila najpogostejša sprememba v predpisu pri izbranem zdravniku. Grafikon 5 prikazuje vrsto in število posameznih ob odpustu predlaganih sprememb pri zdravilih, ki jih je izbrani zdravnik ukinil. Med vsemi temi zdravili (42), so izbrani zdravniki najpogosteje (57,1%) ukinili v bolnišnici na novo uvedeno zdravilo.



Grafikon 5: Vrsta in število ob odpustu predlaganih sprememb pri zdravilih, ki jih je izbrani zdravnik ukinil

Med zdravili, ki so bila v bolnišnici na novo uvedena (116), so izbrani zdravniki v veliki meri (75,0%) sledili priporočilom v odpustnicah. Od preostalih 25,0% so največji delež predstavljala zdravila, ki so jih izbrani zdravniki ukinili (20,7%); preostanek (4,3%) so ostale spremembe.

Grafikon 6 prikazuje razporeditev v bolnišnici na novo uvedenih in pri izbranih zdravnikih ukinjenih zdravil po ATC skupinah.



Grafikon 6: Razporeditev zdravil po ATC skupinah

Med zdravili, ki so jih izbrani zdravniki ukinili, prevladujejo zdravila iz ATC skupine A (zdravila za bolezni prebavil in presnove; 28,6%), ATC skupine N (zdravila z delovanjem na živčevje; 26,2%) in ATC skupine C (zdravila za bolezni srca in ožilja; 21,4%). Manj je zdravil iz ATC skupine R (zdravila za bolezni dihal; 11,9%). V bolnišnici so na novo uvedli največ zdravil iz ATC skupin C (34,5%) in A (30,2%), manj pa iz ATC skupin N (9,5%) in R (8,6%).

Bolnišnični zdravniki približno enako pogosto na novo uvedejo zdravilo, ki spada v ATC skupine, značilne za bolezni, ki jih zdravijo na Golniku (R, C in H) (52/116; 44,8%), kakor zdravila, ki spadajo v druge ATC skupine (64/116; 55,2%) (Chi-kvadrat test, $p = 0,470$). V nasprotju s tem pa izbrani zdravniki redkeje ukinejo zdravilo, ki spada med ATC skupine R, C in H (15/42; 35,7%), kakor zdravilo, ki spada v druge ATC skupine (27/42; 64,3%), vendar ne statistično značilno manjkrat (Chi-kvadrat test, $p = 0,103$).

V kolikor so bila na odpustnici na novo uvedena zdravila utemeljena (54/116; 46,6%) le-to ni vplivalo na odločitev izbranega zdravnika o ukinitvi tega zdravila (Chi-kvadrat test, $p = 0,069$).

Preglednica IX navaja vzroke, kot so jih navedli izbrani zdravniki ob ukinitvi zdravil.

Preglednica IX: Vzroki, ki izbrani zdravniki navedejo, kadar zdravilo ukinejo

	n	%
Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku bodisi ne potrebujejo zdravljenja bodisi potrebujejo prilagoditev predlagane terapije	21	50,0
Predlagana terapija v preteklosti ni bila učinkovita ali je bolnik ni prenašal	6	14,3
Bolnik lahko dobi zdravilo brez recepta	3	7,1
Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo	2	4,8
Predlagana terapija ne prinaša koristi	2	4,8
Nestrinjanje izbranega zdravnika s specialistovo odločitvijo	1	2,4
Predlagana sprememba uvaja dražje, terapevtsko alternativno zdravilo	1	2,4
Drugo	6	14,3
Skupaj	42	100

Največji delež ima tako kot med vsemi zdravili »Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku bodisi ne potrebujejo zdravljenja bodisi potrebujejo prilagoditev predlagane terapije«, vendar je med ukinjenimi zdravili ta delež zelo visok (50,0%). Prav tako je pogost vzrok za spremembe »Predlagana terapija v preteklosti ni bila učinkovita ali je bolnik ni prenašal« (14,3%).

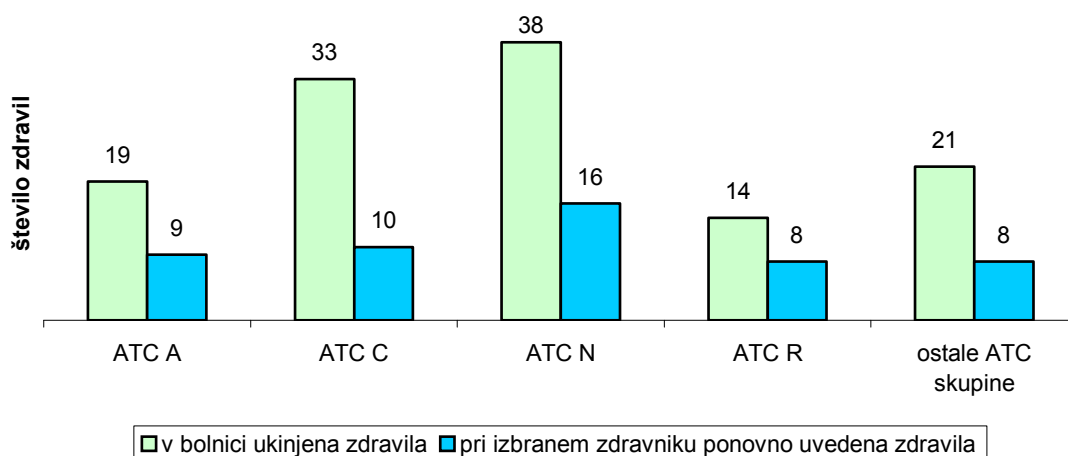
Tukaj se pojavijo tudi vsi trije primeri navedbe vzroka »Bolnik lahko dobi zdravilo brez recepta«, saj je ta vzrok možen le v primeru, ko izbrani zdravnik zdravilo ukine.

4.2.9 PODANALIZA ZDRAVIL, KI JIH JE IZBRANI ZDRAVNIK PONOVRNO UVEDEL

Drugo najbolj pogosto sprememba je bila ponovna uvedba zdravila (41/131; 31,3%). To je bilo možno le v primeru, ko je bolnik zdravilo prejemal pred sprejemom v bolnišnico, a ni bilo napisano v odpustnici (v raziskavi je bilo zdravilo klasificirano kot v bolnišnici ukinjeno).

Od vseh, v bolnišnici ukinjenih zdravilih (125), so izbrani zdravniki ponovno uvedli zdravilo v 40 primerih (32,0%). Ostalih 85 zdravil (68,0%) pa je ostalo nespremenjenih (izbrani zdravnik jih bolniku ob prvem obisku po odpustu iz bolnišnice ni predpisal).

Grafikon 7 prikazuje razporeditev v bolnišnici ukinjenih in pri izbranem zdravniku ponovno uvedenih zdravil po ATC skupinah.



Grafikon 7: Razporeditev v bolnišnici ukinjenih in pri izbranem zdravniku ponovno uvedenih zdravil po ATC skupinah

Največ zdravil, ki so jih izbrani zdravniku ponovno uvedli, je iz ATC skupine N (zdravila z delovanjem za živčevje; 31,4%) in ATC skupine C (zdravila za bolezni srca in ožilja; 19,6%). Sledita ATC skupini A (zdravila za bolezni prebavil in presnove; 17,6%) in R (zdravila za bolezni dihal; 15,7%). Med zdravili, ki so bila v bolnišnici ukinjena, jih je bilo največ iz ATC skupine N (30,4%) in ATC skupine C (26,4%), manj pa iz ATC skupine A (15,2%) in ATC skupine R (11,2%).

Zdravila, ki spadajo v eno izmed ATC skupin R, C in H (ATC skupine, ki zajemajo zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje bolezni, za katere je specializirana bolnišnica

Golnik) (47/125; 37,6%), so bolnišnični zdravniki manjkrat ukinili kot zdravila iz ostalih ATC skupin (78/125; 62,4%) (Chi-kvadrat test; $p = 0,009$). Ravno tako kot bolnišnični zdravniki tudi izbrani zdravniki manjkrat ponovno uvedejo zdravila iz omenjenih ATC skupin (13/41; 31,7%) kot zdravila iz ostalih ATC skupin (29/41; 70,1%) (Chi-kvadrat test; $p = 0,023$).

Ugotavljali smo povezavo med zdravili, ki so bila v bolnišnici ukinjena z utemeljitvijo (od 125 v bolnišnici ukinjenih zdravil je bilo 5 utemeljenih; 4,0%), in ponovno uvedbo le-tega pri izbranem zdravniku (natančni Fischerjev test, $p < 0,05$). Ugotovili smo, da ni statistično značilno povezave, vendar moramo biti pozorni pri interpretaciji teh rezultatov zaradi majhnega števila sprememb, ki so v odpustnici utemeljene.

Preglednica X prikazuje vzroke, ki so jih izbrani zdravniki navedli ob ponovni uvedbi zdravila. Ti se ponavljajo približno enako pogosto, kot vzroki vseh spremenjenih zdravil.

Preglednica X: Vzroki, ki jih izbrani zdravniki navedejo, kadar zdravilo ponovno uvedejo

	n	%
Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku bodisi ne potrebujejo zdravljenja bodisi potrebujejo prilagoditev predlagane terapije	15	36,6
Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo	12	29,3
Nestrinjanje izbranega zdravnika s specialistovo odločitvijo	4	9,8
Nenamerna zamenjava terapije s strani specialista	3	7,3
Predlagana terapija v preteklosti ni bila učinkovita ali je bolnik ni prenašal	1	2,4
Drugo	6	14,6
Skupaj	41	100

Tako kot med vsemi zdravili tudi tu najbolj izstopata vzroka »Ciljne vrednosti ob prvem obisku bodisi ne potrebujejo zdravljenja bodisi potrebujejo prilagoditev predlagane

terapije« (36,6%) in »Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo« (29,3%).

5 RAZPRAVA

5.1 SPREMEMBE V PREDPISU PRI IZBRANEM ZDRAVNIKU

Proučevani vzorec bolnikov (88) je predstavljal starejšo populacijo ljudi (mediana 72), kjer so bile ženske statistično značilno starejše od moških. Pred sprejemom v bolnišnico so bolniki v povprečju prejeli 5 zdravil (v razponu med 0 in 19). Starejša populacija ljudi in tisti, zdravljeni z večjim številom zdravil, so bili bolj izpostavljeni napakam, ki izhajajo iz predpisovanja zdravil (ob prehodu bolnikov med različnimi ravnmi, prihaja do prekinjene oskrbe bolnikov), kar lahko vodi do neželenih učinkov zdravil.

Pri 27 bolnikih so izbrani zdravniki sledili priporočilom iz odpustnic za vsa zdravila, pri 8 bolnikih pa za nobeno zdravilo. Pri 61 bolnikih izbrani zdravniki pri vsaj enem zdravilu niso upoštevali ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije. Število teh bolnikov je bilo sicer veliko, vendar pa je bilo pri posameznem bolniku število zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni sledil v odpustnicah napisanim priporočilom, majhno. V povprečju izbrani zdravnik ni upošteval predloga sprememb kronične terapije pri posameznem bolniku le pri enem zdravilu. V raziskavo je bilo vključenih 5 bolnikov (5,6%), pri katerih v odpustnicah ni bilo podatkov o zdravljenju z zdravili. Kanadski raziskovalci van Walraven s sodelavci so prišli do podobnih zaključkov. V njihovi raziskavi 4,7% odpustnic ni vsebovalo podatkov o zdravljenju ob odpustu. Med odpustnicami, ki so te podatke vsebovale, je bilo 23% takih, v katerih podatki o zdravljenju niso bili popolno napisani (29). Študija izvedena v Veliki Britaniji pa je pokazala, da kar 40% končnih odpustnic ni vsebovalo priporočil o zdravljenju z zdravili ob odpustu bolnikov iz bolnišnic (21), kar pomeni, da so naše odpustnice napisane boljše kot v Veliki Britaniji. Odpustnica predstavlja osnovni dokument komunikacije med zdravstvenimi delavci ob odpustu bolnika iz bolnišnice in je za izbranega zdravnika glavni vir informacij o poteku bolnišničnega zdravljenja. Pomanjkljivo napisana priporočila o zdravljenju z zdravili lahko vodijo do zapletov v poteku zdravljenja (3,5,6,17,19).

Ugotavljali smo tudi povezanost med številom zdravil, ki jih je bolnik prejel pred sprejemom v bolnišnico, in številom zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni sledil v odpustnici predlaganim spremembam. Večje število zdravil, ki jih je posamezen bolnik prejel pred sprejemom v bolnišnico, je pomenilo večjo verjetnost, da izbrani zdravnik ni sledil predlaganim spremembam kronične terapije ob bolnikovem odpustu. Do enakih

zaključkov smo prišli, ko smo primerjali število zdravil, napisanih v odpustnici s številom zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni upošteval, ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije. Do podobne ugotovitve smo prišli tudi pri primerjavi števila zdravil, s spremembo ob odpustu in števila zdravil, pri katerih izbrani zdravnik ni upošteval ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije. Vsi trije izsledki so jasen indikator, da večje število zdravil pomeni večjo verjetnost za neupoštevanje, ob odpustu predlaganih sprememb kronične terapije. Zato bi morali usklajevati zdravljenje z zdravili na vseh ravneh zdravstvenega sistema (predvsem ob sprejemu in odpustu bolnika iz bolnišnice). Tako bi zagotovili neprekinjeno skrb za bolnika in s tem zmanjšali tveganje za pojav neželenih učinkov in interakcij med zdravili.

Pri analizi zdravil so rezultati študije pokazali, da so izbrani zdravniki v veliki meri (69%) sledili v odpustnici napisanim priporočilom o zdravljenju z zdravili. Ob odpustu predlagane spremembe kronične terapije v odpustnici pogosto niso bile utemeljene, torej v teh primerih izbrani zdravnik ni poznal vzrokov zanje. Renata Režonja je v svoji raziskavi (30) ugotovila, da večina sprememb ob odpustu izvira iz nepopolne anamneze. To kaže na dejstvo, da se te spremembe v veliki meri ohranjajo v nadaljnji kronični terapiji pri izbranem zdravniku in da tudi izbrani zdravniki ne prepoznajo, ob odpustu nastalih sprememb, ki izvirajo iz nepopolne anamneze.

Med spremenjenimi zdravili (25,3%) je bila najpogostejša sprememba ukinitvev zdravila (32,1%), kjer so največji delež predstavljala v bolnišnici na novo uvedena zdravila. Druga najpogostejša sprememba je bila ponovna uvedba zdravila (31,3%), pri čemer so bila vsa zdravila v bolnišnici ukinjena. Ti dve klasifikaciji sprememb smo podrobneje obravnavali v nadaljnjih poglavjih. Omenjenima spremembama sledijo spremembe v odmerku in zamenjava zdravil (obe 12,2%). Redkeje se pojavijo spremembe v režimu odmerjanja (7,6%) in v lastniškem imenu zdravil (4,6%). V naši študiji pri nobenem zdravilu ni prišlo do spremembe farmacevtske oblike.

Primerljive rezultate so dobili tudi v drugih študijah. Že omenjena kanadska študija je pokazala, da je bilo 76% v odpustnicah napisanih zdravil skladnih z zdravili, napisanimi v kartotekah pri izbranih zdravnikih (29). Podobno so ugotovili tudi avtorji študije, ki je bila izvedena v Nemčiji. Izbrani zdravniki so upoštevali 66% v odpustnicah napisanih priporočil, 21% priporočenih zdravil v odpustnici so zamenjali, 13% pa ukinil (33). Študija opravljena v Veliki Britaniji je pokazala, da so izbrani zdravniki 24% (12/50) bolnikom

(14 zdravilom) po odpustu iz bolnišnice spremenili odmerek, 22% (11/50) bolnikom (14 zdravilom) so spremenili režim odmerjanja, 10 (20%) bolnikom so ukinili 13 zdravil, 20 (40%) bolnikom pa je bilo predpisanih 29 novih zdravil (26). Pri interpretaciji primerljivih študij moramo upoštevati dejstvo, da omenjene študije obravnavajo vsa zdravila, priporočena ob odpustu, medtem ko smo v naši študiji vključili le zdravila, priporočena ob odpustu s spremembo v kronični terapiji.

Izbrani zdravniki so pogosteje sledili ob odpustu predlaganim spremembam kronične terapije pri zdravilih iz ATC skupine C (zdravila za bolezni srca in ožilja), redkeje pa so upoštevali ob odpustu predlagane spremembe kronične terapije pri zdravilih iz ATC skupine N (zdravila z delovanjem na živčevje). Med predpisanimi zdravili, ki spadajo v ATC skupino N, se jih večina uporablja za lajšanje spremljajočih težav bolnika, ki se v bolnišničnem okolju drugače izražajo kot v ambulantnem.

5.2 VZROKI ZA NASTALE SPREMEMBE

Najpogostejša vzroka za spremembe sta bila »Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku bodisi ne potrebujejo zdravljenja z zdravili bodisi potrebujejo prilagoditev predlagane terapije« (40%) in »Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo« (20%). Vzroka nakazujeta na to, da je (poleg v odpustnicah napisanih priporočil) zelo pomembno prilagajanje terapije kliničnim izidom in njihovim željam. Bolniki v bolnišnici večkrat reagirajo drugače kot doma oz. v ambulanti pri svojem izbranem zdravniku. Poleg bolezni, ki je bil razlog za sprejem v bolnišnico, jih vznemirja še stres ob spremembi okolja, nezaupanje v zdravstvo, strah pred poslabšanjem bolezni,... Zato se rezultati njihovih pregledov (npr. meritev krvnega tlaka) lahko razlikujejo od rezultatov, pridobljenih v ambulantni oskrbi, kjer se bolnik počuti bolj domače, saj svojega izbranega zdravnika obišče pogosteje kot bolnišnico. Poleg tega se v bolnišnici lahko pojavijo težave, ki v domači oskrbi ne potrebujejo farmakološkega zdravljenja (zaprtje, nespečnost,...). Kot drugi najpogostejši vzrok so izbrani zdravniki navedli »Bolnik ali njegovi svojci se s predlagano terapijo ne strinjajo« (20%). Pomembne so bolnikove pretekle izkušnje z zdravili in njegove preference. Če zdravnik predpiše zdravilo, ki ga bolnik zaradi svojega prepričanja ne bo jemal, naredi nepotreben strošek ZZS-ju. Z vključevanjem bolnika v svoje zdravljenje izboljšamo njegovo sodelovanje in s tem izid zdravljenja (23,26).

Vzrok »Predlagana terapija v preteklosti ni bila učinkovita ali je bolnik ni prenašal« (8,4%) je pokazal, da bolnišnični zdravniki ne morejo vedno vedeti, katera zdravila je bolnik že prejemal v preteklosti in jih ni dobro prenašal. Izbrani zdravnik, ki je v stiku z bolnikom dlje časa in ima vpogled v njegovo kartoteko, ima tudi nalogo, da take pomote opazi.

Rezultati kažejo na to, da izbrani zdravniki bolnišničnim specialistom ne zaupajo vedno, saj se je vzrok »Nestrinjanje izbranega zdravnika s specialistovo odločitvijo« pojavil v 8%. Enak zaključek smo dobili tudi v primeru navedbe vzroka »Predlagana terapija ne prinaša koristi«, ki se je pojavil relativno redko (3%). V teh primerih izbrani zdravnik mogoče ni razumel razloga za spremembo ob odpustu, ker v večini primerov spremembe ob odpustu niso bile navedene v odpustnici. Verjetno bi izbrani zdravniki bolj sledili v odpustnici napisanim priporočilom, če bi bili le-ti utemeljeni.

Zdravila, pri katerih so izbrani zdravniki spremembe obrazložili z vzrokom »Nenamerna zamenjava terapije s strani specialista« (3%), v odpustnici niso bile utemeljene. Najverjetneje je neutemeljenost razlog, da izbrani zdravnik ne sledi priporočilom o zdravljenju z zdravili v odpustnici.

Le v enem primeru so izbrani zdravniki kot vzrok spremembe navedli »Predlagana sprememba uvaja dražje, terapevtsko alternativno zdravilo«. Nihče od izbranih zdravnikov zdravil ni zamenjal zaradi omejitve predpisovanja s strani zavarovalnice. V Sloveniji imamo seznam medsebojno zamenljivih zdravil, zato ni pomembno katero generično zamenjavo izbrani zdravnik predpiše. Pričakovali smo, da bolnišnični zdravniki med bolnišničnim zdravljenjem (zaradi politike bolnišnice ali rabatov) zamenjajo kakšno zdravilo s terapevtsko alternativnim, ki je enako učinkovito in na primarni ravni dražje. Mogoče so izbrani zdravniki za nekatere od teh zamenjav navedli vzrok »Bolnik v preteklosti tega zdravila ni prenašal« ali »Bolnik se s predlagano terapijo ne strinja«. Kljub temu pa izbrani zdravnik zdravila ne predpišejo vedno, če ga je mogoče dobiti brez recepta (2%).

Nihče od izbranih zdravnikov ni kot vzrok za spremembo navedel »Nenamerna zamenjava terapije s strani izbranega zdravnika«, iz česar smo ugotovili, da so se izbrani zdravniki vedno natančno posvetili v odpustnici napisanim priporočilom o zdravljenju z zdravili oziroma so bili pristranski pri ocenjevanju.

V študiji avtorjev Roth-Isigkeit s sodelavci, izvedeni v Nemčiji, so izbrani zdravniki kot vzrok za nesledenje v odpustnici napisanim priporočilo, največkrat navedli »ekonomski preudarek« (58%) in »strokovno mnenje« (34%) (34). V naši študiji kot »ekonomski

preudarek« štejemo vzroke »Predlagana sprememba uvaja dražje, terapevtsko alternativno zdravilo«, »Zamenjava zdravila zaradi omejitve predpisovanja s strani zavarovalnice« in »Bolnik lahko dobi zdravilo brez recepta«. Njihov skupni delež (3,1%) je veliko manjši kot v omenjeni študiji. Veliko večji (61,9%) pa je skupni delež vzrokov, ki jih štejemo kot »strokovno mnenje«; to so: »Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku bodisi ne potrebujejo zdravljenja bodisi potrebujejo prilagoditev predlagane terapije«, »Nestrinjanje izbranega zdravnika s specialistovo odločitvijo«, »Predlagana terapija v preteklosti ni bila učinkovita ali je bolnik ni prenašal«, »Predlagana terapija ne prinaša koristi« in »Nenamerna zamenjava terapije s strani specialista«.

5.3 ZDRAVILA IZ ATC SKUPIN C, R IN H

Bolnišnica Golnik – KOPA se ukvarja z zdravljenjem bolezni, za katere se uporabljajo zdravila, ki spadajo v ATC skupine C (zdravila za zdravljenje srca in ožilja), R (zdravila za bolezni dihal) ali H (hormonska zdravila za sistemsko zdravljenje, razen spolnih hormonov). V eno izmed omenjenih skupin je spadala skoraj polovica (47%) v raziskavo vključenih zdravil.

Pričakovali smo, da bodo izbrani zdravniki bolj upoštevali priporočila o zdravljenju z zdravili iz teh ATC skupin, vendar razlike niso statistično značilne. Izbrani zdravniki niso v večji meri sledili v odpustnicah napisanim priporočilom pri zdravilih, ki se uporabljajo za zdravljenje bolezni, za katere so specializirani zdravniki iz bolnišnice Golnik.

Ne glede na ATC skupino, kateri pripadajo zdravila, pa izbrani zdravniki težje opazijo spremembo ob odpustu, če le-ta v odpustnici ni utemeljena.

5.4 UTEMELJENOST SPREMEMB V PREDPISU OB ODPUSTU

Tiste spremembe, za katere je bilo v odpustnici zabeleženo, da se s predlaganim predpisom spreminja bolnikova kronična terapija, smo poimenovali utemeljene. Kadar spremembe v predpisu ob odpustu niso utemeljene, jih lahko izbrani zdravnik ne opazi (npr. ukinitvev zdravila ob odpustu, česar izbrani zdravnik ne ve in ga zato predpiše naprej) ali pa misli, da so nenamerne, in jih ne upošteva (npr. ukinitvev zdravila ob odpustu, kar izbrani zdravnik ve, vendar sklepa, da je bila ukinitvev nenamerna, zato zdravilo predpiše naprej). Pričakovali bi, da bodo utemeljene spremembe ob odpustu upošteevane v večji meri, česar

pa naša študija ni pokazala, saj v odpustnici napisane obrazložitve v zvezi s priporočili za nadaljnjo terapijo niso vplivale na odločitev izbranega zdravnika pri predpisovanju nadaljnje terapije z zdravili. Razlog za to bi lahko bil, da so raziskovalci (32) utemeljenost določali zelo široko. Ni bilo nujno, da so bili razlogi za spremembe, ki so nastale med bolnišničnim zdravljenjem, izrecno napisani. Za prisotnost utemeljenosti je bil dovolj že na primer zapis nove indikacije ali očitno prevelika ali premajhna učinkovitost zdravila. Bistveno je bilo, da se je iz besedila dalo razbrati, da je do spremembe prišlo ne glede na to, ali je bil zanj naveden razlog. Pri interpretaciji rezultatov moramo upoštevati tudi dejstvo, da je bilo med vsemi, v raziskavo vključenimi zdravili le 18,2% takih, ki so imela ob odpustu utemeljeno predlagano spremembo kronične terapije. Lahko da so bile zaradi sprememb v bolnikovem zdravju (ob prvem obisku izbranega zdravnika po odpustu iz bolnišnice) potrebne spremembe v terapiji; ali pa so si izbrani zdravniki besedilo v odpustnici razlagali drugače kot bolnišnični zdravniki. Najverjetneje je to posledica dejstva, da veliko število sprememb ob odpustu izhaja iz anamneze. Bolnišnični zdravniki obravnavajo v anamnezi napisano terapijo kot bolnikovo stalno kronično terapijo, le-ta pa se marsikdaj razlikuje od dejanske, ki je napisana v kartoteki pri izbranem zdravniku (30). To vodi v spremembe, ki se ohranjajo v bolnikovi kronični terapiji.

V tujini opravljene študije so pokazale, da veliko izbranih zdravnikov izpostavlja pomembnost utemeljenih sprememb v zdravljenju z zdravili. V študiji, ki je bila opravljena v Veliki Britaniji, so rezultati pokazali, da je 96% ambulantnih zdravnikov želelo poznati vzroke za spremembe, nastale v predpisu ob odpustu. Potrebovali so jih za svetovanje in nadaljnjo oskrbo bolnika (10). Podobne rezultate dobijo Karapinar s sodelavci v študiji opravljene na Nizozemskem. Ugotovili so, da je 87% izbranih zdravnikov želelo vedeti, če je bila bolnikova terapija spremenjena in s kakšnim vzrokom. Ta informacija se jim je zdela ključna, ker so jo potrebovali za svoje izobraževalne namene, za svetovanje bolniku in za preprečevanje interakcij med zdravili (18). Študija, opravljena v Nemčiji je pokazala, da je le 5 od 130 odpustnic vsebovalo informacije o spremembi terapije z zdravili (33), kar je precej manj kot v naši študiji, kjer so bile spremembe utemeljene na 46 odpustnicah (od skupno 88), pri čemer moramo poudariti, da je bilo utemeljenih le 18,2% v raziskavo vključenih zdravil.

5.5 UKINJENA ZDRAVILA

Med spremenjenimi zdravili (25,3%) je največkrat prišlo do ukinitve zdravila (32%), pri čemer je bilo 57% takih zdravil, ki so bila v bolnišnici uvedena na novo. Med vsemi, v bolnišnici na novo uvedenimi zdravili so jih izbrani zdravniki ukinili 21%. Izbrani zdravniki so kot najpogostejši vzrok za nesledenje spremembam, ki so jih bolnišnični zdravniki predlagali ob odpustu, navedli »Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem predpisu zdravil ne potrebujejo zdravljenja« (50%). Kot smo že omenili se bolnik v ambulantnem okolju bolje počuti kot v bolnišničnem, kar je pogost razlog za prilagajanje terapije kliničnim izidom. Iz vzroka, ki so ga navedli izbrani zdravniki (»Predlagana terapija v preteklosti ni bila učinkovita ali je bolnik ni prenašal«; 14%), smo ugotovili, da bolnišnični zdravniki niso poznali bolnikove pretekle terapije.

Med ukinjenimi zdravili moramo izpostaviti tudi, da so izbrani zdravniki včasih zdravilo ukinili, ker si ga je bolnik lahko kupil sam, saj je zdravilo na voljo v lekarnah brez recepta (2%).

Med ukinjenimi zdravili je bilo največ zdravil iz ATC skupin A in N (zdravila za bolezni prebavil in presnove ter zdravila z delovanjem na živčevje). Predvsem so bila to zdravila za lajšanje želodčnih težav in težav ob zaprtju, uspavala ter protibolečinska zdravila. Na podlagi navedenih vzrokov za ukinitve zdravila, lahko ugotovimo, da bolniki teh težav ob obisku ambulate niso več imeli.

Moore s sodelavci so ugotovili, da je v ZDA 42% bolnikov imelo vsaj eno zdravilo, ki je bilo napisano v odpustnici in hkrati ni bilo napisano v kartonu pri izbranem zdravniku (v naši študiji smo taka zdravila šteli kot ukinjena pri izbranem zdravniku). Med temi je bilo 36% zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni (ATC skupina C), 27% za zdravljenje gastro-intestinalnih bolezni (ATC skupina A) in 14% za zdravljenje pljučnih bolezni (ATC skupina R) (11). V naši raziskavi je bilo precej manj ukinjenih zdravil iz ATC skupine C (21%), malo manj iz ATC skupine R (10%), približno enako pa iz ATC skupine A (29%).

5.6 PONOVNO UVEDENA ZDRAVILA

Druga skoraj enako pogosta sprememba pri izbranem zdravniku je bila ponovna uvedba zdravila (31%). Sem spadajo le zdravila, ki so bila v bolnišnici ukinjena. Med vsemi, v bolnišnici ukinjenimi zdravili so jih izbrani zdravniki ponovno uvedli 32%. Tudi v tem

primeru je bil najpogostejši vzrok: »Ciljne vrednosti ob bolnikovem prvem obisku potrebujejo prilagoditev predlagane terapije« (37%). Klasifikacijo »v bolnišnici ukinjeno zdravilo« smo pripisali vsakemu zdravilu, ki ga je bolnik prejemal pred prihodom v bolnišnico, v odpustnici pa ni bilo napisano. Najverjetneje izbrani zdravniki vseh takih zdravil niso obravnavali kot ukinjena, ampak le kot nenamerno izpuščena (ne napisana v odpustnici), zato so izbrani zdravniki nekatera zdravila po lastni presoji in na podlagi bolnikovih kliničnih znakov oziroma na bolnikovo željo ponovno uvedli. Kot smo že omenili, večina sprememb kronične terapije ob odpustu izhaja iz nepopolne anamneze. Izmed tistih zdravil, ki jih je bolnik prejemal pred sprejemom v bolnišnico in niso bila zabeležena v anamnezi, je kar 49% takih, ki niso bila zabeležena v odpustnici (30).

Drugi najpogostejši vzrok pa je bil »Bolnik želi, da se zdravilo uvede nazaj« (29%). Tukaj se najbolj kaže vključenost bolnika v lastno zdravljenje. Predvsem starejši bolniki so navajeni na svojo kronično terapijo in si ne želijo sprememb, če le-te niso nujno potrebne. Med ponovno uvedenimi zdravili je največ zdravil iz ATC skupine N (zdravila z delovanjem za živčevje). Prevladujejo protibolečinska in uspavalna zdravila. Na podlagi vzrokov za ponovno uvedbo zdravila, ki so jih navedli izbrani zdravniki, vidimo, da so bolniki navajeni na terapijo in je ne želijo opustiti.

5.7 PREDNOSTI IN OMEJITVE ŠTUDIJE

5.7.1 PREDNOSTI ŠTUDIJE

- ~ Z izbranimi zdravniki smo vzpostavili osebni kontakt. Tako smo lahko pridobili vse potrebne podatke, ki jih le s pregledovanjem popisov verjetno ne bi bilo možno;
- ~ imeli smo tudi podatke o bolnikovi terapiji pred prihodom v bolnišnico.

5.7.2 OMEJITVE ŠTUDIJE

- ~ Rezultati študije so omejeni na odpustnice bolnišnice Golnik - KOPA in niso reprezentativni za celotno Slovenijo;
- ~ pri ugotavljanju upoštevanja sprememb kronične terapije ob odpustu, smo zbrane podatke izbranega zdravnika, primerjali s podatki, ki jih nismo zbrali sami;

- ~ ob večjem številu bolnikov in s tem večjim številom zdravil, vključenih v raziskavo, bi bile frekvence pojavnosti večje, kar bi v nekaterih primerih lahko vodilo do drugačnih rezultatov;
- ~ podatki niso povsem zanesljivi. Nekateri izbrani zdravniki se niso imeli časa poglobiti v dopis, ki smo jim ga poslali. Pri klasificiranju vzrokov za nesledenje spremembam ob odpustu (Preglednica II) so nekatere trditve formulirane tako, da se je izbrani zdravnik težko odločil le za eno.

6 ZAKLJUČEK

Rezultati študije kažejo, da je sledenje izbranih zdravnikov predlogom v odpustnici iz bolnišnice Golnik dobro. Potrebno bi bilo izvesti študije, ki bi bile zasnovane na več bolnišničnih centrih, s čimer bi dobili širšo sliko o stanju na področju celotne Slovenije.

Vendar pa visok odstotek upoštevanja priporočil o bolnikovi kronični terapiji ob odpustu lahko kaže tudi na to, da se napake, ki izvirajo iz nepopolne anamneze, ohranijo v predpisu ob odpustu in tako tudi v nadaljnji bolnikovi kronični terapiji.

Zaključimo lahko z ugotovitvijo, da je za zagotavljanje optimalne brezšivne oskrbe potrebno usklajevanje zdravljenja z zdravili znotraj posamezne ravni zdravstvenega sistema (na primer tekom bolnišnične oskrbe), kot tudi pri prehodu bolnika med različnimi ravni (na primer ob odpustu bolnika iz bolnišnice).

7 LITERATURA

1. Zakon o zdravstveni dejavnosti, Ur.l. RS št. 9/1992
2. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M: Uvod v javno zdravje, Ljubljana 2007
3. Poredoš P: Enovit sistem zdravstvenega varstva, Zdravniški vestnik, december 2005, 781-823
4. Švab I: Meje med primarno in sekundarno zdravstveno dejavnostjo, Zdravniški vestnik, december 2005, 781 – 823
5. Bell C M, Schnipper J L, Auerbach A D, Kaboli P J, Wetterneck T B, Gonzales D V, Arora V M, Zhang J X, Meltzer D O: Association of Communication Between Hospital-based Physicians and Primary Care Providers with Patient Outcomes. . Journal of General Internal Medicine 2008, 24(3): 381-6
6. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al.: Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians, The Journal of the American Medical Association 2007; Vol 297, No.8
7. Markovič S: Sodelovanje med zdravniki na različnih ravneh. Zdravniški vestnik 2003, 72: 613-5
8. Kališnik M: Slovenski medicinski e-slovar, elektronski vir, Medicinska fakulteta, Lek d.d., Ljubljana, 2004
9. Vajd R: Pregled bolnika zaradi novonastale zdravstvene težave in napotitev na sekundarno raven; Zbornik predavanj 35. srečanja delovnih skupin: Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini 2009, 7-12
10. Munday A, Kelly B, Forrester J W E, Timoney A, McGovern E: Do general practitioners and community pharmacists want information on the reason for drug therapy changes implemented by secondary care? British Journal of General Practice 1997, 47: 563-6
11. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T: Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an Inpatient to an Outpatient Setting. Journal of General Internal Medicine 2003, 18: 646-51
12. Newton J, Eccles M, Hutchinson A: Communication between general practitioners and consultants: what should their letter contain?, British Medical Journal 1992; 304: 821-4

13. Rotar-Pavlič D: Kako izboljšati komunikacijo – enovita zdravstvena dokumentacija, Zdravniški vestnik, december 2005, 781-823
14. Solet D J, Norvell J. M., Rutan G. H., Frankel R. M.: Lost in translation: Challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs, Academic Medicine 2005, Vol. 80, No.12
15. Harding J: Study of discharge communication from hospital doctors to an inner London general practice, Journal of the Royal College of General Practitioners, november 1987
16. Kersnik J: Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji. Poročilo za WHO. Regionalni urad SZO, Kopenhagen, Ministrstvo za zdravje RS, Urad SZO.
17. Vira T, Colquhoun M, Etchells E: Reconcilable differences: correcting medications errors at hospital admission and discharge. Quality and Safety in Healthcare 2006, 15: 122-6
18. Karapinar F, Bemt P, Zoer J, Nijpels G, Borgsteede S: Information needs of general practitioners regarding discharge medication: content, timing and pharmacotherapeutic advice. Pharmacy World and Science 2010, 32: 172-8
19. van Walraven C, Mamdani M, Fang J, Austin P.C.: Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge, Journal of General Internal Medicine 2004; 19: 624-31
20. Garasen H, Johnsen R: The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assesment. British Medical Centre Health Services Research 2007; 7: 133-9
21. Tulloch A J, Fowler G H, McMullan J J, Spence J M: Hospital discharge reports: content and design. British Medical Journal 1975, 4: 443-6
22. Penney T M: Delayed communication between hospital and general practitioners: where does the problem lie? British Medical Journal 1988, 297: 28-9
23. Ross W T: Medication Reconciliation, Meeting the Challenge, Oncology Issues november/december 2007
24. Rozich J D, Howard R J, Justeson J M, Macken P D, Lindsay M E, Resak R K: Standardization as a mechanism to improve safety in health care. Joint Commission journal on quality and safety 2004, 30(1): 5-14

25. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel R M, Prow D, Milanovich S N, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett P: Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *Journal of Critical Care* 2003, 18(4): 201-5
26. Cochrane R A, Mandal A R, Ledger-Scott M, Walker R: Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. *British Medical Journal* 1992, 305: 694-6
27. Kaboli P J, Hoth A B, McClimon B J, Schnipper J L: Clinical Pharmacists an Inpatient Medical Care, A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine* 2006, 166: 955-64
28. Dudas V, Bookwalker T, Kerr K M, Pantilat S Z: The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *Disease-a-Month* 2002, 48: 239-48
29. van Walraven C, Weinberg A L: Quality assessment of discharge summary system. *Canadian Medical Association Journal* 1995, 152 (9): 1437-42
30. Režonja R, Mrhar A (mentor), Šuškovič S (somentor): Ocena kakovosti dokumentiranja zdravljenja z zdravili v Bolnišnici Golnik, Diplomaska naloga; UL Fakulteta za farmacijo, november 2009
31. Stran Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (dostopano: november 2009): <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/6F2CAD56EE119706C125770B00390171>
32. Bowling A: *Research methods in health*, Open University Press, Philadelphia, 1998
33. Himmel W, Tabache M, Kochen M M: What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? *European Journal of clinical Pharmacology* 1996, 50(4): 253-7
34. Roth-Isigkeit A, Harder S: Die Entlassungsmedikation im Arztbrief, Eine explorative Befragung von Hausärzten/-innen. *Medizinische Klinik* 2005, 100: 87-93

8 PRILOGE

Priloga 1: Obrazec za zbiranje podatkov

Tabela 1

INTER. ZAP. ŠT. BOLNIKA	MATIČNA ŠT.	KRATICI IMENA IN PRIIMKA BOLNIKA	LETO ROJSTVA	SPOL	INTERNA ZAP. ŠT. ZDRAVNIKA	KRATICI IMENA IN PRIIMKA ZDRAVNIKA	ZD	TEL. ŠT. ZDRAVNIKA

Tabela 2

IZ	OD	FO	RO	razlike	Vzroki za razlike

Priloga 2: Dopis izbranim zdravnikom

Bolnišnica Golnik – KOPA
Golnik 36
4204 Golnik

Medicinska fakulteta
Katedra za družinsko medicino

Fakulteta za farmacijo
Katedra za biofarmacijo in farmakokinetiko

Naslov zdravnika

Vabilo k sodelovanju pri raziskavi »Usklajevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu in odpustu iz bolnišnice: razumevanje predpisa zdravil v odpustnici«

Spoštovani ga. zdravnik, g. zdravnik _____,

V imenu Bolnišnice Golnik KOPA, Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete in Fakultete za farmacijo bi vas radi povabili k sodelovanju pri raziskavi **»Usklajevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu in odpustu iz bolnišnice: razumevanje predpisa zdravil v odpustnici«**. Raziskava poteka od junija 2008. Namen raziskave je preučiti, ali sedanji zdravstveni sistem omogoča neprekinjeno zdravljenje z zdravili ob prehajanju bolnika med primarno in sekundarno oziroma terciarno zdravstveno dejavnostjo. Cilj raziskave je tudi raziskati morebitne vzroke za odstopanja in predlagati ukrepe za zagotovitev neprekinjenega zdravljenja z zdravili.

Raziskava se v tej fazi izvaja v sodelovanju med zgoraj navedenimi institucijami v obliki diplomske naloge z delovnim naslovom **»Usklajevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu in odpustu iz bolnišnice: razumevanje predpisa zdravil v odpustnici«**. Na vseh nivojih raziskave se zagotavlja anonimnost. Dostop do podatkov bo omejen in dovoljen izključno raziskovalcem.

Kaj pričakujemo od Vas?

Prosimo Vas, če nam lahko za bolnika _____, ki je bil med zdravljenjem v Bolnišnici Golnik KOPA vključen v omenjeno raziskavo in se vodi pri Vas, pomagate pri pridobitvi podatkov o njegovem zdravljenju z zdravili po odpustu iz bolnišnice. Zanima nas tudi

Vaše mnenje o sedanjem načinu posredovanja informacij o zdravljenju z zdravili ob odpustu iz bolnišnice in Vaši morebitni predlogi, kako to izboljšati.

Kakšni so nadaljnji koraki?

V naslednjem tednu Vas bo poklicala absolventka farmacije, diplomantka Katja Mihovec, in se z Vami dogovorila za sestanek. Na sestanku Vas bo Katja prosila za podatke o nadaljevanju bolnikove terapije ter Vas prosila, da razloge za spremembe, v odpustnici predlagane terapije klasificirate (klasifikacija razlogov je priložena). Med intervjujem Vas bo Katja vprašala tudi za Vaše mnenje o sedanjem načinu posredovanja informacij o zdravilih med različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti. Po analizi podatkov Vam bomo posredovali rezultate raziskave.

Vnaprej se zahvaljujemo za Vaš čas in pomoč. Prepričani smo, da bomo s skupnim sodelovanjem izboljšali oskrbo bolnikov.

Lep pozdrav,

prof. dr. Mitja Košnik, dr. med., spec.

asist. dr. Antonija Poplas, dr. med., spec.

prof. dr. Aleš Mrhar, mag. farm.

Katja Mihovec, absolventka farmacije

Priloga 1: Klasifikacija vzrokov za spremembe