

АНАЛИЗА ФАКТОРА ПОВЕЗАНИХ СА ПРОПИСИВАЊЕМ ПОТЕНЦИЈАЛНО НЕОДГОВАРАЈУЋИХ ЛЕКОВА КОД ПАЦИЈЕНАТА СТАРИЈЕ ЖИВОТНЕ ДОБИ

Ксенија З. Којичић

Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу

ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH POTENTIALLY INAPPROPRIATE PRESCRIBING DRUGS TO ELDERLY PATIENTS

Ksenija Z. Kojčić

Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac

Примљен/Received: 29.8.2016.

Прихваћен/Accepted: 19.11.2016.

СКРАЋЕНИЦЕ/ABBREVIATIONS:

ИТ - информационо технолошке/IT- information technology

КЦ - Клинички центар/ KC- Clinical centre

НСАИЛ - Нестероидни антиинфламаторни лекови/NSAIL-Nonsteroidal anti-inflammatory drug

ПИП - Потенцијално неприкладно прописивање/PIP-Potentially inappropriate prescribing

ППО - Потенцијални пропусти у прописивању/PPO- Potential prescribing omissions

САД - Сједињене Америчке Државе/ SAD – United States (US)

САЖЕТАК

Под неодговарајућим прописивањем лекова се сматра одабир лека или начина примене који би могао имати више штете него користи за пацијента (*PIP-Potentially Inappropriate Prescribing*), као и непрописивање лека који би знатно могао да допринесе спречавању настанка болести, ублажавању тегоба или излечењу (*PPO- Potential Prescribing Omissions*). Овакво прописивање представља велики јавно-здравствени проблем, обзиром да са собом носи ризик по пацијента од нежељених ефеката лекова, интеракција или компликација, али и представља велики еко-

номски терет, како за пацијента, тако и за здравствени систем.

Студија је дизајнирана као квалитативна истраживачка метода заснована на принципима утемељене теорије (*grounded theory*). У циљу добијања података спровођени су интервјуи са испитаницима.

Главни фактори који предиспонирају неодговарајуће прописивање у старијој популацији су: лоша комуникација (лекар-пацијент; лекар – лекар; лекар - фармацеут), навике лекара и пацијената, полифармација, демотивисаност лекара, недостатак времена и некоришћење стручне литературе.

Висока преваленција неправилног прописивања је неприхватљива и неоправдана. Неопходно је користити смернице, утврђене критеријуме, релевантне и званичне медицинске публикације приликом ординирања терапије, које би требало да буду допуна клиничком искуству.

Кључне речи: неодговарајуће прописивање, фактори ризика, стари, утемељена теорија.

ABSTRACT

Prescribing of drugs could be considered inappropriate if a drug and dose selected bear unbeneficial benefit/harm ratio to the patient (*PIP - Potentially Inappropriate Prescribing*), as

Контакт: Ксенија З. Којичић

Медицински факултет Крагујевац, Светозара Марковића 69
e-mail: ksenija.kojicic@gmail.com

well as if a drug that the patient needed was not prescribed (*PPO- Potential Prescribing Omissions*). This is a major public health problem, since it carries risk to the patient due to adverse drug effects, interactions or complications, but also creates major economic burden for both the patient and the healthcare system.

The study was designed as a qualitative research method based on the principles of grounded theory. In order to obtain data, interviews were conducted with each of the respondents.

Main factors that predispose for inappropriate prescribing in the elderly are: poor communication (physician - patient, physician - physician, physician - pharmacist), habits of physicians and patients, polypharmacy, lack of motivation, lack of time and avoidance of reference texts.

High prevalence of inappropriate prescribing is unacceptable and unjustifiable. It is necessary to use the guidelines, established criteria, relevant and official publications during prescribing and administration of drugs, which should be regular supplement to clinical experience.

Keywords: inappropriate prescribing, risk factors, elderly, grounded theory.

УВОД

Услед измењених фармакокинетских карактеристика које настају као природна последица процеса старења, лечење старих особа захтева посебну пажњу. Велики проценат старих људи (≥ 65 година) има удружене болести због којих је неопходна истовремена примена већег броја лекова. Проблем старије популације је у томе што су подложнији нежељеним ефектима, интеракцијама и компликацијама које неретко резултују морбидитетом, морталитетом и/или захтевају хоспитализацију као и додатну терапију. Сматра се да полифармација и неодговарајуће прописивање најчешће резултују оваквим исходима¹. Посебну пажњу треба обратити на лекове који се метаболишу у високом проценту током првог пролаза кроз јетру, и који се везују за протеине плазме обзиром да је ниво ових протеина код старих смањен. Не сме се занемарити ни измењен однос мишића и масног ткива приликом употребе липосолубилних лекова који имају тенденцију да се депонују. Велики проблем у овој популацији представљају интеракције, како између лекова, тако и између лекова и других супстанци (алкохол, храна) или болести².

Под неодговарајућим прописивањем лекова се сматра одабир лека или начина примене који би могли имати више штете него користи за пацијента (*PIP-Potentially Inappropriate Prescribing*), као и непрописивање лека који би знатно могао да допринесе спречавању настанка болести, ублажавању тегоба или излечењу (*PPO- Potential Prescribing Omissions*)³. Овакво прописивање представља велики јавно-здравствени проблем, обзиром да са собом носи ризик по пацијента од нежељених ефеката лекова, изостанка терапијског деловања, интеракција или компликација, али и представља велики економски терет, како за пацијента, тако и за здравствени систем. У циљу избегавања појаве прописивања неодговарајућег лека и појаве нежељених ефеката, лекари би требало да приликом одређивања терапије у обзир узму постојеће болести и лекове које пацијент већ узима, уз коришћење релевантне медицинске литературе. До данас су формулисане бројне смернице, критеријуми (*Beers, STOPP/START, Zhan's NORSEP, MAI, AOU...*) и водичи добре клиничке праксе за лечење болести⁴⁻⁶.

Као најчешће потенцијално неодговарајуће прописивање (PIM) у литератури се појављује истовремена примена дугodelујућих бензодиазепина и трицикличних антидепресива са антихистаминицима прве генерације, примена лекова који делују хипотензивно (бензодиазепини, неуролептици...) код пацијената са хипотензијом, неодговарајућа примена НСАИЛ (нестероидних антиинфламаторних лекова) и опиоида, увођење инсулина у терапију без јасно потврђене потребе за тим, истовремена примена два лека који имају исто дејство у случајевима када таква примена није оправдана (инхибитора ангиотензин конвертујућег ензима, НСАИЛ, селективних блокатора преузимања серотонина...) као и изостанак примене калцијума и витамина Д код пацијената са остеопорозом^{7,8}. Сматра се да поштовање *STOPP/START* критеријума може значајно смањити примену неодговарајућих лекова, лоше последице по пацијента, као и економско оптерећење здравственог система⁹. Фактори који доприносе PIP-у су карактеристике пацијената и лекара као што су пол, етничка припадност, животне навике (конзумирање алкохола, пушење), претходна хоспитализација, истовремена примена више лекова, специјализација лекара (мање PIP-а стварају офтамозози и оториноларингозоци, а више лекари примарне здравствене заштите,

хирурзи и лекари који се баве лечењем бола)^{10,11}.

У студији спроведеној на нивоу примарне здравствене заштите 2015. године у Крагујевцу, као фактори ризика за прописивање потенцијално неодговарајућих лекова пацијентима старије животне доби детектовани су углавном они везани за понашање пацијената попут недовољне физичке активности, полифармације (5 или више лекова истовремено) и лоших навика. Истраживачи ове студије су утврдили да се грешке у прописивању код пацијената старије животне доби чешће дешавају лекарима који имају учестале посете представника фармацеутских компанија¹¹.

Познавање фактора повезаних са погрешним одабиром терапије у старијој популацији омогућило би планирање и увођење одговарајућих корективних мера за унапређење квалитета прописивања, што би могло да доведе до значајног побољшања здравствених, хуманистичких и економских исхода лечења.

Циљ овог истраживања је детектовање фактора ризика за прописивање потенцијално неодговарајућих лекова код пацијената старије животне доби.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

Студија је дизајнирана као квалитативна истраживачка метода заснована на принципима утемељене теорије (*grounded theory*). Ова метода се темељи на систематичном прикупљању и анализи података везаних за посматрани феномен, водећи се трима стратегијама: теоретско узорковање, стално упоређивање и кодирање. Прикупљени подаци коначно генеришу теорију. У циљу прикупљања неопходних података врши се интервјуисање особа које су добро упознате са посматраном проблематиком и које могу дати доста информација везаних за испитивани проблем. Овакав одабир назива се принципијелно узорковање. Сваки интервју се мора транскрибовати у целости без икаквих измена, а затим анализирати, при чему се уклањају реченице које нису од значаја за тему истраживања. Овај процес се назива детекстуализација, односно "чишћење од јаловине". Након тога се приступа издавајању (раније поменуто - кодирању) значајних делова интервјуа тј. фраза, синтагми или реченица које се називају семантичким јединицама. Свака од ових јединица се односи на одређену идеју. Упоредивање издвојених делова интервјуа је вршено у циљу утврђивања

сличности и разлика у одговорима испитаника. Логичним повезивањем свих семантичких јединица и њиховим упоређивањем формирају се такозване категорије из којих се генерише теорија. Током сваког интервјуа је корисно водити подсетнике који би помогли истраживачу да боље разуме и повеже одговоре испитаника. Они би требало да садрже информације везане за невербални говор испитаника и идеје за даљи ток истраживања. На овај начин, спречава се заборављање наизглед незначајних чињеница, које су можда круцијалне за доношење закључака и дефинисање категорија.

Испитивање је спроведено након добијања одобрења Етичког одбора КЦ Крагујевац. Студијску популацију чинили су лекари опште праксе и студенти фармације. Одабрани су лекари опште праксе обзиром да је највећа инциденција неодговарајућег прописивања забележена у примарној здравственој заштити. Нису била постављена ограничења у смислу година радног стажа лекара, како би се утврдиле разлике датих одговора у зависности од искуства.

Извршена је претрага релевантних медицинских база података (*PubMed, Sci Index, Kobson*) помоћу одговарајућих кључних речи у циљу проналаaska публикација које су се бавиле утврђивањем фактора повезаних са прописивањем потенцијално неодговарајућих лекова у старијој животној популацији, које су послужиле у формирању питања помоћу којих су вођени интервјуи. Сва питања су била отвореног типа и служила су за усмеравање интервјуа спроведеног "лицем у лице". Сви испитаници су упознати са циљем истраживања, са гаранцијама анонимности свих личних података, као и са чињеницом да се интервју снима. Снимци су коришћени за прављење транскрипата интервјуа који су неопходни за даљу анализу. Анонимност је испуњена додељивањем шифара испитаницима од И1 до И8, у зависности од редоследа спровођења интервјуа. Трајање интервјуа је било у опсегу од 15-30 минута. Број и карактер питања није био исти за сваког испитаника, обзиром да су постављана спонтано, сходно току разговора како би се испитаник осећао што пријатније и при том давао искрене одговоре. Током интервјуисања пажња истраживача је била усмерена и на невербални говор испитаника.

Сви резултати су приказани текстуално и помоћу дијаграма. У циљу подржавања донетог закључка навођени су цитати испитаника.

РЕЗУЛТАТИ

Испитанике су чинили студенти Интегрисаних академских студија фармације, Факултета медицинских наука у Крагујевцу и лекари опште праксе, запослени у амбулантама у

Лапову и Крагујевцу. Карактеристике испитаника дате су у Табели 1 и 2. Са сваким од испитаника спроведен је интервју, при чему су интервјуи трајали у опсегу 15-30 минута. Ради одржања анонимности испитаника, сваки од њих је добио шифру (Табела 1), која ће се користити у наставку рада.

Табела 1. Испитаници

Испитаници	Број испитаника	Пол (м/ж)	Просечна старост (године)	Година студија/ Радни стаж
Студенти фармације	2	0/2	23	5.
Лекари опште праксе	6	1/5	48,16	21

Табела 2. Карактеристике испитаника

Датум интервјуа	Шифра испитаника	Пол	Занимање	Радни стаж
09.03.2016.	И1	женски	студент	-
15.03.2016.	И2	женски	лекар	9
15.03.2016.	И3	женски	студент	-
19.03.2016.	И4	женски	лекар	21
26.03.2016.	И5	женски	лекар	28
04.04.2016.	И6	женски	лекар	6
11.04.2016	И7	мушки	лекар	30
19.04.2016.	И8	женски	лекар	32

Табела 3. Семантичке јединице и категорије

Категорија	Семантичке јединице
Лоша комуникација	<ul style="list-style-type: none"> • Притисак пацијената на лекаре • Лоша комплијанса • Немарност лекара • Изостанак сарадње са другим здравственим радницима
Навике лекара и пацијената	<ul style="list-style-type: none"> • Отпор пацијената ка промени или укидању терапије • Навика лекара да прописују велики број лекова • Навика пацијената да пију велики број лекова
Полифармација	<ul style="list-style-type: none"> • Самомедијација пацијената • Страх лекара од грешке • Коморбидитети • Навике лекара и пацијената
Демотивисаност лекара	<ul style="list-style-type: none"> • Губитак концентрације током радног времена • Непраћење новости из области терапије • Дужи радни стаж • Баријере у комуникацији
Недостатак времена	<ul style="list-style-type: none"> • Велики број пацијената • Притисак пацијената на лекаре
Слабо коришћење стручне литературе	<ul style="list-style-type: none"> • Недовољно знања лекара о фармакотерапији у старијој популацији

Категорије из којих се формира теорија о посматраном проблему дефинисане су скуповима семантичких јединица добијених на

основу интервјуа. Приказ се може видети у Табели 3.

ЛОША КОМУНИКАЦИЈА (ЛЕКАР- ПАЦИЈЕНТ; ЛЕКАР – ЛЕКАР; ЛЕКАР - ФАРМАЦЕУТ)

Добра комуникација је један од предуслова оптималне здравствене неге, и на њој се мора константно радити. Са медицинске тачке гледишта, лекарима су неопходне информације како би утврдили тачну дијагнозу и установили план лечења, док је пацијентима неопходно да буду укључени у сваки сегмент бриге о сопственом здрављу. Већина испитаних лекара наводе да је комуникација главни проблем када су старе особе у питању:

И5 *"...радим већ 30 и кусур година и једино што је проблем је сарадња са тим пацијентима. Комуникација је стварно јако лоша".* Испитаници сматрају да лоша комуникација искључиво настаје због пацијената у овој животној доби, а као разлог наводе неразумеваче од стране пацијената и недовољну мотивацију за учешће у бризи за сопствено здравље.

И2 наводи: *"...рецимо не можете да им објасните употребу лека. Код лечења опстипације добију дијареју после терапије. Или обрнуто, имао дијареју, а после тога добио опстипацију, јер претера са употребом лека".*

На основу датих одговора, можемо претпоставити да неразумеваче настаје због тога што лекари користе стручне термине приликом разговора са пацијентима. Обзиром да је реч о старијој популацији, очекивано је да не разумеју стручне термине.

И5 *"Могуће да ме не разумеју. Обично ме питају шта им причам. Кад им кажем хипертензија... они ме питају шта је то, јел опасно."*

Са друге стране, лекари наводе изванотворни отпор пацијената приликом прописивања терапије. Лекари са краћим радним стажом се често сусрећу са пацијентима који имају предрасуде, сматрају да такав лекар нема довољно знања и одбијају сваки савет. Не желе ни да саслушају лекара, већ унапред показују незадовољство и врло често користе лекове на своју руку. Обзиром да неретко прибегавају самомедијацији, овакви пацијенти не обавештавају изабраног лекара о препаратима које користе услед чега може доћи до интеракција са већ ординираним терапијом.

Сви испитани лекари су се сложили да је полифармација огроман проблем код оваквих пацијената, тако да употреба додатних препа-

рата само повећава ризик од интеракција и испољавања нежељених ефеката.

Један од разлога некомпетентне комуникације лекари наводе страх: *"Неће да ми кажу да користе неке препарате који се продају у апотекама. Ваљда од страха да ћу да их критикујем."* – И5.

Врло често лекари немају довољно информација неопходних за сагледавање читавог здравственог проблема. Примећено је не само да пацијенти приликом узимања анамнезе не дају све информације, него су врло често и неискрени *"...само да би добили лек"* – И1. Тиме ускраћују важне податке о претходним нежељеним реакцијама на лек, алергијама или стањима која могу утицати на избор терапије.

Баријере у комуникацији су присутне не само у односу између лекара и пацијента већ и између здравствених радника међусобно, што може бити разлог одабира погрешне терапије. Лекари врло често прописују терапију коју је ординирао лекар специјалиста, а да претходно не утврде да ли су ти лекови одговарајући старијој популацији, односно без претходне провере адекватности већ постојеће терапије и тренутног здравственог стања (функција јетре, бубрега). Овај пропуст се јавља као последица немарности лекара о чему ће бити дискутовано у наставку рада. Поред тога, лекари једне амбуланте међусобно не сарађују, за шта испитаник И3 мисли: *"као да им је испод части да питају за савет или да се договоре са колегом"*, док И6 наводи: *"Сујетни су доста. Стално мисле да ће неко да их минира"*.

У случају да пацијент уместо код изабраног мора да посети дежурног лекара, овај проблем и те како може да резултује грешком. Лекари наводе да се у пракси дешавало да у том случају таквог пацијента упуте на неки лек без претходне консултације свог колеге, без анамнезе или физикалног прегледа из разлога: *"на он није моја брига..има свог лекара па нек му удовољава. Ако му не одговара оно што му дам, слободно нека изађе из ординације."* – И7.

НАВИКЕ ЛЕКАРА И ПАЦИЈЕНАТА

Као један од потенцијалних фактора повезаних са прописивањем неодговарајућих лекова детектоване су лоше навике лекара, али и пацијената. Наиме, старији пацијенти који користе велики број лекова, током времена се навикну на режим дозирања сваког од њих.

При томе, обзиром да је већини њих тешко да запамте називе и индикације, лекове препознају по бојама, облицима таблета, изгледу кутије и тиме их везују за доба дана кад их узимају или начин на који их користе. Када користе терапију дуги низ година, тешко пристају на промене лекова или на укидање.

Испитаник 6 наводи да је разлог томе: *"Навикли су да пију одређени број, као да их је страх од погоршања ако не попију све што су пили."*

Сви испитани лекари наводе да имају проблема са таквим пацијентима приликом ординирања терапије јер они стварају отпор према било каквој промени. Обзиром да је сарадња са таквим пацијентима отежана, лекари углавном избегавају да им мењају терапију. Како би избегли непријатности, иду линијом мањег отпора и врло често подлегну пацијентовим прохтевима јер:

"Навикли су да пију одређене лекове и ништа друго не желе да чују. Често ме зову из апотеке, ако немају неки лек па да им дају паралелу. Али нема шансе, пацијенти одбијају да узимају било шта друго" – И5, док И2 наводи: "Не инсистирају они сами да добију одређени лек. Али инсистирају рецимо на тегобама... Он ће да инсистира да има тегобе и даље, док не добије то што је хтео."

Овакав тренд се појављује и у раду лекара, при чему сами признају да имају навику да неке лекове прописују махинално и учестало: *"неке лекове свакако дајеш чешће, мало из помодарства мало из навике."*

Једноставно постоји једна генерална навика да се преписује много лекова. Постоји генерална навика и код пацијената да пију пуно лекова, али и код доктора да пишу" – И2. Лекари су понекад и свесни да праве грешку, али сматрају да ће том одлуком доћи до ситуације у којој ће пацијент бити задовољан.

И4: *"Ја мислим да је највећа грешка то што старим пацијентима дајемо много лекова, за сваку тегобу им препишемо нешто. То нам на крају пређе у навику. Приметила сам и код себе да преписујем више лекова него раније. А и пацијенти су навикли да пију много. Чим приметите да си им нешто искључио из терапије, враћају се да питају што је то тако, и траже да им препишем да имају за сваки случај."*

ПОЛИФАРМАЦИЈА

Ова категорија је нераскидиво и директно повезана са страхом од грешке и последица лоше одлуке, из ког проистиче полифармација која је по мишљењу лекара, највећи узрок њихових грешака. Код млађих лекара страх има супротан ефекат него код лекара са дужим радним стажом, тј. више обраћају пажњу на карактеристике фармакокинетичких и фармакодинамичких процеса код старијих пацијената. Сходно томе, старији лекари се смелије одлучују за увођење нових лекова у терапију од млађих јер *"не води се рачуна о томе да буде квалитетнији живот, да се пије мало мање лекова, и да ти лекови имају НД, јер су фактички прекривена, него се прописује што већи број, за сваки случај."* - И2

И2: *"Али и избегаваши неке лекове код којих очекујеш нека НД у таквим ситуацијама тако неоправдано избегаваши пеницилин."*

"Па нормално да се плашиш да му уведеш тај лек и ако знаш да би требао да му уведеш. Не знаш како ће да реагује...то је и страх лекара да нису дали баш све, код сваког пацијента, све лекове. То је страх да некоме не ускратиш неку теоретску могућност лечења."

ДЕМОТИВИСАНОСТ ЛЕКАРА

Студенткиње фармације навеле су као потенцијални фактор немарност лекара коју су приметиле у улози пацијената. Сматрају да неки лекари нису мотивисани да обављају свој посао онако како се очекује.

И3 наводи: *"Сваки лекар зна да они користе још гомилу лекова додатно, али, не чини ми се да сваки од њих провери могућност интеракције, могућност другачијег метаболизма, у смислу да ће један другом да повећа ефекте, синергизам, антагонизам... Као да су сви стари исти, свима се прописује иста терапија. Не посматрају сваког старог пацијента као индивидуу."*

Као разлоге немарности наводе прогресивни губитак концентрације током радног времена и притисак пацијената. На основу разговора са лекарима примећено је да највећи степен бриге о фармакокинезици и фармакодинамици лекова у старијој популацији, показују управо они са краћим радним стажом. Двоје испитаника, који имају краћи радни стаж наводе да немају значајних проблема са овом популацијом и да су максимално посве-

ћени сваком пацијенту понаособ. Користе стручну литературу, упознати су са релевантним изворима информација, воде рачуна о интеракцијама и имају стрпљења. Примећено је да губе контролу над мислима, брзо прелазе са теме на тему. Да су узнемирени утврђено је на основу изражене гестикулације, повишеног тона и немирних ногу. Један од старијих лекара (И8) је за све време интервјуа спроведеног у ординацији пушио цигарете, и био врло резервисан приликом давања одговора. На сваку молбу пацијената да уђу, нервозно је одговарао повисивши тон.

И5: *"На крају дигнем руке. Кад је неко напоран, стварно не могу да се борим. Пустим га па нека ради шта хоће."*

И4 своју немарност оправдава: *"Деси ми се да добијем извештај специјалисте, па ако сам у гужви само препишем терапију коју је дао, и тек касније, при наредној посети пацијента, приметим грешку."*

Демотивисаност се огледа и у недостатку амбиције за стицањем нових знања. Старији лекари наводе да немају времена за претраживање литературе, а већи део њих чак ни не зна где би могли да пронађу релевантне медицинске податке на интернету.

НЕДОСТАТАК ВРЕМЕНА

Четворо од испитаних лекара сматрају да немају довољно времена које би оптимално требало посветити сваком пацијенту. Испитани студенти сматрају да је разлог за то чињеница да су лекари преоптерећени током радног времена. Чак и поред система заказивања прегледа, који већина пацијената не поштује, остао је велики притисак који резултира губитком концентрације и стрпљења лекара.

И3: *"Лекари су под огромним притиском и мислим да су демотивисани да помогну некоме на крају дана. Они су постали толико демотивисани да се труде јако мало, поготову када су стари пацијенти у питању"*.

У разговору са лекарима, претпоставка студената је потврђена. Већина лекара сматра да нема довољно времена. Као последица тога јављају се грешке приликом давања терапије на шта И4 коментарише:

"Цео дан сам заузета, милион ствари ми је на уму и деси ми се да по навици пропишем оно што увек прописујем без да обратим пажњу на придружене болести које пацијент има. Али трудим се касније да то исправим."

"Немам толико времена да одвојим за сваког пацијента. Иако се заказују прегледи, посебно старији дођу по пола сата раније"

Док И5 недостатком времена оправдава своју незаинтересованост за унапређивањем и стицањем нових знања: *"Па немам времена да седнем да истражујем по интернету"*

Ова категорија је блиско повезана са свим осталим категоријама. Са једне стране, лекари је користе као оправдање за своју немарност и незаинтересованост, а са друге стране, због недостатка времена долази до проблема у односу између лекара и пацијената, и лекара и других здравствених радника. Оваква ситуација представља огроман притисак по лекаре, при чему долази до грешака у раду, односно ординирању терапије.

СЛАБО КОРИШЋЕЊЕ СТРУЧНЕ ЛИТЕРАТУРЕ

Примећено је да млађи лекари имају став да треба пратити нова релевантна медицинска открића, и да знају где их треба потражити. Код лекара са дужим радним стажом постоји извесна доза одсуства амбиције ка томе. Задовољавају се информацијама које стигну до њих преко колега или онима које чују на обавезним семинарима.

И1: *"... генерално њима су те интеракције непознате, оне које су новооткривене, него које се сада чешиће детектују у пракси. Они једноставно нису упућени у то и сматрају да је тај лек довољно испитан, и онда га само прописују без размишљања."*

Поменути су бројни разлози некористишћења смерница, од недостатка времена, преко незаинтересованости до осећаја веће сигурности у своју праксу него у литературне податке.

И5: *"Углавном користим оно што ми је већ познато. Оно што користе сви лекари у амбуланти. На почетку каријере сам пратила, стварно. Али сад не."*

И7: *"Свестан сам чињенице да се сваког дана нешто ново открива. Рецимо, Нимулид сад изазива тешко оштећење јетре. Мој пацијент, обзиром да је стар, сигурно има смањену функцију јетре, која је вероватно прогресивна. Ако му дам Нимулид биће му лоше, ако му не дам опет је лоше. У тим случајевима, ипак пропишем, па ако дође до компликација, укинем из терапије."*

ТЕОРИЈА О ФАКТОРИМА ПОВЕЗАНИМ СА ПРОПИСИВАЊЕМ ПОТЕНЦИЈАЛНО НЕОДГОВАРАЈУЋИХ ЛЕКОВА ПАЦИЈЕНАТИМА СТАРИЈЕ ЖИВОТНЕ ДОБИ

Већина испитаних лекара сматра да нема значајних и нерешивих проблема у њиховом раду са пацијентима старије животне доби. Свесни су да се дешавају грешке приликом лечења ових пацијената, при чему сматрају да је највећа од њих прописивање великог броја лекова. Након разговора са испитаницама откривен је велики број фактора који утиче директно или индиректно на лекаре, што може да резултује грешкама.

Став лекара је да су за сваки од проблема одговорни пацијенти. За све остале омашке које су се дешавале приликом одређивања терапије налазе оправдање у недостатку времена, прекомерном притиску и последичном губитку концентрације током радног времена, међутим већина њих сматра да су пацијенти ти који су одговорни за могуће проблеме. Ретко који лекар је свестан да својим одговорним радом, детекцијом и превазилажењем проблема у односу са пацијентима може могућност грешки свести на минимум.

Сви детектовани фактори су међусобно у узрочно-последичној вези. Након разговора са испитаним лекарима утврђено је да је комплијанса пацијената на незадовољавајућем нивоу, што се индиректно одражава на здравље пацијента. Главни проблем је лоша комуникација између лекара и пацијената, из које се развија низ баријера које индиректно утичу на лечење пацијената. Из разлога који су крајње неоправдани, лекари често одбијају сарадњу са својим колегама. Велики је проблем што лекари за своје грешке криве само пацијенте, и не увиђају своје учешће.

Примећен је тренд да старији лекари више греше, при чему је један од разлога за то недостатак времена током радног дана. Током дана су преокупирани пацијентима који на њих врше притисак, има их много и не поштују правила заказивања прегледа, што значајно отежава рад. Услед губитка концентрације и навика, махинално прописују лекове који нису одговарајући за старије пацијенте, обзиром да се дешава да превиде карактеристике здравственог стања таквог пацијента. Примећено је и да са годинама рада лекари постају немарнији у раду и демотивисанији, што се свакако одражава на одабир терапије и њене исходе. Нису активно

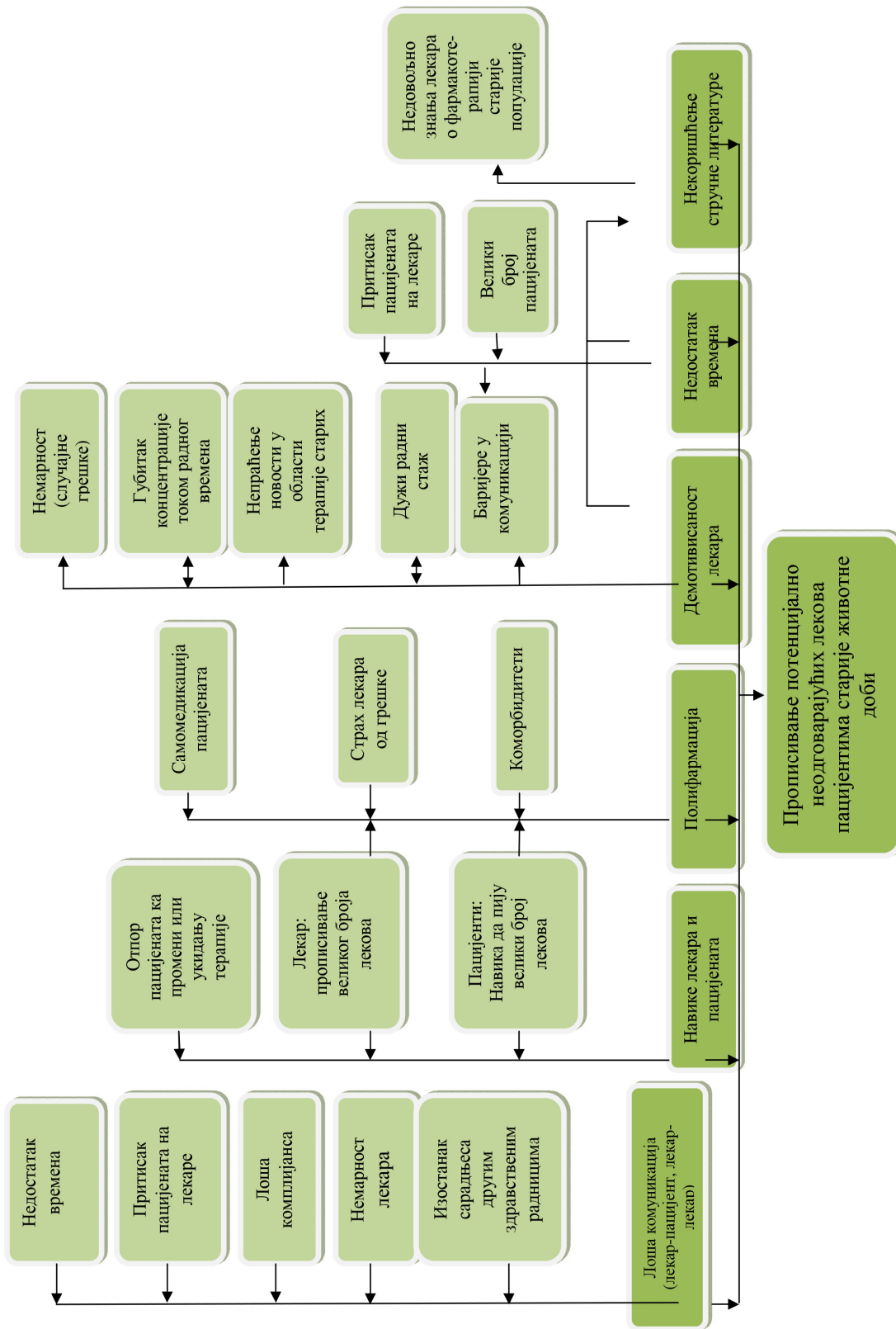
укључени у потрагу за новим информацијама везаним за лекове и терапију у старијој популацији, губе стрпљење у раду са старима и о терапији размишљају тек кад не долази до побољшања здравственог стања, или у случају да дође погоршања истог. Грешка лекара је и у томе што све старе сматрају истима, и врло често ординирају терапију коју стално прописују овој популацији, а да претходно не утврде детаљно здравствено стање пацијента. Услед незаинтересованости често пропуштају нове информације везане за нежељена дејства лекова или однос ризика и користи у примени код старије популације.

Сам проблем је комплексан, и сви фактори који до њега доводе су међусобно повезани. Тешко је јасно издвојити појединачне кључне тачке које су извори грешака. Закључује се да лекари најчешће не греше директно приликом одређивања терапије, већ својим понашањем индиректно доводе до њих. Важно је напоменути да су закључци донети на основу разговора са малим бројем испитаника, и не могу се генерализовати. Приказ категорија и фактора дат је на слици 1.

ДИСКУСИЈА

Велики број истраживача се бавио проблематиком прописивања "погрешних" лекова пацијентима старије животне доби. Међутим, то су углавном биле квантитативне студије, дескриптивне методологије која можда није најбољи избор за доношење закључака о проблемима овог типа.

Опште је познато да су грешке честе, при чему су истраживачи студије рађене у Хрватској 2004. године дошли до податка да је преваленција одабира погрешног лека у старијој популацији 2,2% док је преваленција неодговарајућег прописивања била 1,9%, утврђено по Веерс' – овим критеријумима, док је у САД забележена преваленција од 24% у примарној здравственој заштити, и 40% у старачким домовима. Преваленција посматраног проблема иде чак и до 80%¹¹⁻¹³. Неадекватно прописивање лекова је препознато као глобални јавно-здравствени проблем који неретко резултује морбидитетом и морталитетом. У већ поменутој студији рађеној 2015. године у Крагујевцу, као фактори ризика за прописивање потенцијално неодговарајућих лекова пацијентима старије животне доби детектовани су: понашање пацијената попут недовољно физички активног начина живота (седентерни начин живота), полифармација



Слика 1. Категорије и фактори повезани са потенцијално неодговарајућим прописивањем лекова у старијој популацији

(5-8 лекова истовремено) и лоше навике (чест унос алкохола, пушење цигарета и лоша исхрана). Истраживачи су утврдили да се грешке у прописивању код пацијената старије животне доби чешће дешавају лекарима који имају учестале посете од стране представника фармацеутских компанија¹¹. Сличан тренд је примећен и у овој студији, при чему је окарактерисан као последица навика и демотивисаности лекара. Старији лекари су мање склони праћењу нових сазнања из области терапије, при чему лако подлежу утицају представника фармацеутских компанија. Сами признају да ће се пре одлучити за лек одређене фармацеутске компаније чији представник их чешће посећује. Истраживачи из Београда су 2014. године утврдили предикторе неодговарајућег прописивања код старих, при чему се као предиктор РР-а издвојила примена више од четири лека истовремено, а РРО-а старост, дијабетес, инфаркт миокарда, остеопороза, мождани удар, хронична опструктивна болест плућа и ангина пекторис. Ови фактори су утврђени квантитативним методама, при чему представљају само особине или понашања која повећавају ризик од "погрешног" прописивања. Међутим, обзиром на природу проблема који је мултифакоријалан и стално присутан неопходно је открити узроке, како би се могле поставити стратегије за његово решавање.

У ранијој студији која се бавила утврђивањем баријера адекватног прописивања у старијој популацији детектовани су фактори који су се до одређеног степена слагали са онима утврђеним у овој студији¹⁴. У обе студије је утврђено да је узрок грешки у прописивању обиман посао лекара у току радног времена, тј велики број пацијената, учестали уласци у ординацију током прегледа, што лекарима ствара притисак јер им је тешко да одрже концентрацију. Ситуацију компликује притисак пацијената или њихових породица како би добили жељени лек. У жељи да пацијенту удовоље, лекари често подлегну утицају, и на тај начин неретко чине грешке. Овакво понашање је примећено и међу лекарима испитаним за потребе ове студије.

Извор оваквог проблема нису само пацијенти, и велики део одговорности припада и лекарима који би морали наћи одговарајући приступ сваком пацијенту понаособ. Као што је и у овој студији углавном лоша комуникација и сарадња између лекара и пацијената, и између лекара међусобно, препозната као највећи индиректни узрок прописивања "неод-

говарајућих" лекова старијој популацији, тако су и истраживачи студије из Енглеске¹⁴ дошли до сличног закључка. Обзиром да су се бавили проблематиком присутном у болницама, сматрају да је неопходно повећати степен сарадње, поред осталог, и између лекара и фармацеута. Неопходност боље сарадње између ових здравствених радника и на нивоу примарне здравствене заштите, изразили су испитаници и ове студије.

Закључке овог истраживања, о немарости лекара и демотивисаности које су повезани са slabим коришћењем стручне литературе потврдили су истраживачи из Енглеске. Детектовали су недовољно знања својих лекара из области фармакотерапије старије популације, истичу потребу иза едукацијом како лекара, тако и пацијената о лековима које треба избегавати, односно које би требало увести у терапију¹⁴. Оно што су лекари који су учествовали у енглеској студији приметили за разлику од испитаних лекара овог рада, је да би се са побољшањем ИТ (информационо технолошке) инфраструктуре њихов посао знатно олакшао и грешке свеле на минимум. Под тиме сматрају да се унапређењем и бољим повезивањем електронских система које користе у амбулантама могу превазићи комуникационе баријере између лекара и лекара-консултаната (специјалиста), што би на крају допринело смањењу ризика за настанак грешака.

У студији спроведеној у САД, која је пратила ставове лекара о прописивању бензодиазепина у старијој популацији, примећене су сличности са ставовима ове студије. Наиме, и у овом случају лекари се пре одлучују за прописивање бензодиазепина како би избегли незадовољство својих пацијената јер сматрају да би то значајно утицало на њихову даљу сарадњу. Бензодиазепини се по STOPP/START критеријумима класификују као лекови које треба избегавати код старијих особа под ризиком, обзиром да могу да резултују падовима⁵. Као један од фактора наведени су страхови лекара приликом прописивања терапије у овој популацији, при чему одлуку ипак доносе након испитивања односа ризика и користи. Лекари су свесни препорука и смерница, али не верују да је употреба бензодиазепина озбиљан клинички проблем код старијих особа, већ да је већи код млађе популације, обзиром на злоупотребу. Из тог разлога избегавају да угрозе свој однос са старијим пацијентима ускраћивањем терапије, иако је то мимо препорука, при чему је овакав

став примећен и међу лекарима запосленим у амбулантама у Лапову и Крагујевцу¹⁵. Страх је чест узрок баријера приликом одређивања терапије. Тако из истог разлога лекари у САД прописују опиоидне аналгетике старијим пацијентима са хроничним боловима, иако они по критеријумима нису прва линија терапије. У овом случају, узроци грешака у ординирању терапије су страх лекара од појаве нежељених ефеката, промена опиоида услед неодговарајућег одговора на првенствено одабрани лек из ове групе, и злоупотребе у чијој основи лежи недостатак знања лекара о фармакотерапији овим лековима¹⁶. Велики проблем је и незадовољавајућа комплијанса која је присутна у високом степену у старијој популацији. Старије особе су склоне употреби лекова мимо савета лекара па чак и самовољном прекиду употребе прописане терапије. Главни разлог је неразумевање инструкција које лекар даје приликом ординирања терапије. Из тога произилази велики број нежељених реакција, па и прекомерне употребе лекова. У том случају грешке проистичу из немарности лекара који би требало да имају на уму да овој популацији морају да прилагоде свој речник и да им посвете више пажње, али и из незаинтересованости или страха пацијената од реакције лекара у колико би признали да нису савсвим схватили упутства¹¹⁻¹⁶.

Неопходност смањења неадекватног прописивања у старијој популацији је и више него очигледна. Потребно је унапредити комуникацију између лекара и пацијената, поради на сарадњи између здравствених радника и едуковати и лекаре и пацијенте. Како би се избегао проблем демотивисаности и немарности лекара, неопходно је унапредити функционисање здравственог система, чиме би се постигло растерећење и смањење губитака концентрације током времена. Јавља се потреба за већим интересовањем лекара за новитете у области фармакотерапије у старијој популацији. Обзиром да је у последње време откривено толико нових нежељених ефеката лекова који се масовно користе у старијој популацији и који ни мало нису безазлени, требало би да постоји много већа свест међу лекарима. Стога им је неопходно приближити значај претраживања релевантне медицинске литературе и похађања предавања везаних за фармакотерапију. Други истраживачи истичу потребу за унапређењем софтвера који се користе у здравственим установама како би се повећала сарадња између здравствених стручњака⁶.

ЛИТЕРАТУРА

1. Reich O, Roseman T, Rapold R, Blozik E, Senn O. Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patient In Swiss Managed Care Plan: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. *Public Library of Science* 2014; 9(8): e105425
2. Pretorius R, Gataric G, Swedlung S, Miller J. Reducing the Risk of Adverse Drug Events in Older Adults. *American Family Physician* 2013; 87(5): 331-6.
3. Cullinan S, O'Mahony D, Fleming A, Byrne S. A Meta-Synthesis of Potentially Inappropriate Prescribing in Older Patients. *Drugs Aging* 2014; 31(8):631-8.
4. Yayla M, Bilge Y, Binen E, Keskin A. The Use of START/STOPP Criteria for Elderly Patients in Primary Care. *The Scientific World Journal* 2013; (10):165873.
5. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and aging*. 2014; 0: 1-6.
6. O'Connor M, Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing. Criteria, Detection and Prevention. *Drugs Aging* 2012; 29(6): 437-52.
7. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing* 2008; 37: 673-9.
8. San-Jose A, Agusti A, Vidal X. et al. Inappropriate prescribing to the oldest old patients admitted to hospital: prevalence, most frequently used medicines, and associated factors. *BioMed Central Geriatrics* 2015; 15:42.
9. Galvin R, Moriarty F, Cousins G. et al. Prevalence of potentially inappropriate prescribing and prescribing omissions in older Irish adults: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing study (TILDA). *European Journal of Clinical Pharmacology* 2014; 70: 599-606.
10. Holmes H, Luo R, Kuo Y-F, Baillargeon J, Goodwin J. Association of Potentially Inappropriate Medicine Use with Patient and Prescriber Characteristics in Medicare Part D. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2013; 22 (7): 728-34.
11. Projovic I, Vukadinovic D, Milovanovic O. et al. Risk factors for potentially inappropriate prescribing to older patients in primary care. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2016; 72(1): 93-107.
12. Vlahovic-Palcevski V, Bergman U. Quality of prescribing for the elderly in Croatia – computerized pharmacy data can be used to screen for potentially inappropriate prescribing. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2004; 60: 217-20.
13. Hamilton H, Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BioMed Central Geriatrics* 2009; 9:5
14. Cullinan S, Fleming A, O'Mahony D. et al. Doctors' perspectives on the barriers to appropriate prescribing in older hospitalized patients: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2014; 79(5): 860-9.
15. Cook J, Marshall R, Masci C, Coyne J. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *Society of General Internal Medicine*. 2007; 303-7.
16. Spitz A, Moore A, Papalentiou M, Granieri E, Turner B, Reid C. Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: A qualitative study. *BioMed Central Geriatrics* 2011; 11:35.