

HODNOCENÍ KVALITY PRESKRIPCE

Michal Prokeš

INFOPHARM a.s., Praha

Lékaři nepředepisují léčivé přípravky vždy optimálním způsobem, proto je vhodné poskytovat jim zpětnou vazbu prostřednictvím hodnocení jejich preskripčních návyků. Toto hodnocení je založeno na statistickém zpracování preskripčních dat, které je schopno u jednotlivých lékařů identifikovat určité farmakoterapeutické problémy, jako např. suboptimální volba antibiotik, klinicky významné lékové interakce, léky potenciálně nevhodné ve stáří apod. Tento článek přehledným způsobem informuje o historii i současnosti farmakoterapeutických komisí v Nizozemí a o obecných zásadách rozborů preskripce a podpory racionální farmakoterapie, které vychází ze zkušeností odborníků z Nizozemí a z jiných vyspělých zemí Evropy. Z jejich zkušeností vyplývá, že v každé zemi je třeba optimální předepisování léčiv podporovat a jaké metody přitom používat.

Klíčová slova: hodnocení preskripce léků, indikátory kvality preskripce, farmakoterapeutické komise.

EVALUATION OF PRESCRIBING'S QUALITY

Physicians always do not prescribe drugs in optimal, therefore they should be provided by feed-back by means of evaluation of their prescribing habits. This evaluation is based on drug statistics, which can identify drug related problems which can be present in prescriptions issued by individual physician, eg. suboptimal choice of antibiotics, clinically relevant drug-drug interactions, drugs potentially harmful to seniors, etc. In this paper pharmacotherapeutical committees in Netherlands are mentioned as well as methods, by which rational pharmacotherapy is supported, which are successfully used in developed countries of Europe. From their experiences it is evident, that in every country rational prescribing should be supported and which methods can be used.

Key words: evaluation of drug prescribing, quality indicators, pharmacotherapeutical committees.

Klin Farmakol Farm 2008; 22(3): 118–122

Kvalitu zdravotní péče můžeme sledovat a hodnotit podle různých ukazatelů. Můžeme se ptát pacientů, jak byli spokojeni s pobytem v nemocnici, můžeme sledovat úspěšnost aplikace totální endoprotézy kyčle, výskyt pooperačních infekcí a podobně. Ve zdravotních pojišťovnách, ve kterých jsem pracoval (VZP ČR, Garant Hospital, Vojenská zdravotní pojišťovna) jsme se pokoušeli měřit kvalitu zdravotní péče ve třech oblastech (tabulka 1). V oblasti struktury zdravotnického zařízení, v oblasti procesu poskytování zdravotní péče příslušným zdravotnickým zařízením a v oblasti výsledků zdravotní péče.

V posledních letech se odborníci z řad praktických lékařů snaží nalézt objektivní ukazatele kvality zdravotní péče i pro ambulantní sektor, přičemž lékaři jsou vyzýváni k vyplňování různých sofistikovaných dotazníků za účelem získání validních dat. Často je přitom opomíjen jeden z nejdůležitějších ukazatelů typu kvality procesu, kterým je preskripce léčiv. Z vlastní

zkušenosti ve zdravotních pojišťovnách mohu říci, že čím je vypovídací hodnota ukazatele lepší, tím pracněji je sběr a vyhodnocování dat (což jsem se pokusil znázornit v tabulce 2). Z tohoto pravidla se vymykají ukazatele správné (respektive nesprávné) preskripce, neboť při využití databází zdravotních pojišťoven lze poměrně jednoduchým způsobem získat údaje, které vcelku dobře hovoří i o kvalitě poskytování zdravotní péče jako celku.

Databáze předepsaných a/nebo uhrazených léčiv si udržuje každá zdravotní pojišťovna a některé nemocnice, řada lékáren v ČR již vede lékové záznamy svých klientů („patient-notes“). Získání podrobných informací z takových databází není technicky obtížné, avšak je třeba vědět jak. Dále je třeba umět získaná data převést do jednoduchých tabulek či grafů, aby z nich bylo možno bez problémů čerpat informace. V neposlední řadě je třeba umět získané poznatky správně interpretovat. Tento člá-

Tabulka 2. Vypovídací hodnota a pracnost zjišťování jednotlivých druhů ukazatelů

	Vypovídací hodnota	Pracnost zjištění
Kvalita struktury zdravotnického zařízení	+	(+)
Kvalita procesu zdravotní péče v konkrétním zdravotnickém zařízení	++	++
Kvalita výsledků, které u svých pacientů zdravotnické zařízení dosahuje	+++	+++

nek přináší základní poznatky o tom, jaké informace můžeme z preskripčních dat získat a jak je využít ke zkvalitnění péče o pacienty ve smyslu účinnosti a bezpečnosti léčby i k zamezení zbytečnému plýtvání prostředky.

Rozhodovací proces

předepisujícího lékaře (1)

Z práce Denning P (1) vyplývá, že rozhodování lékaře o léčbě není vždy 100% správné, i když řada lékařů může být přesvědčena o opaku. Dobrá (správná, optimální...) preskripce v sobě zahrnuje tyto pojmy: správnost vzhledem k diagnóze, bezpečnost, účinnost a ekonomickou přiměřenost. Lékaři by se měli snažit o co nejlepší plnění těchto kritérií. Tabulka 3 (2) ukazuje, jakou váhu přisuzují praktičtí lékaři ve Velké Británii jednotlivým kritériím při výběru léčiva pro terapii nezávažné uroinfekce. Z tabulky vyplývá, že se lékaři snaží vyvarovat se závažným nežádoucím účinkům (NÚ), podávat účinná léčiva

Tabulka 1. Možnosti měření kvality zdravotní péče

Druh měření kvality	Příklad
Kvalita struktury	odbornost lékaře a zdravotní sestry
	přístrojové vybavení
	licence, akreditace
Kvalita procesu	podíl preventivních prohlídek
	podíl pacientů, u kterých bylo postupováno podle doporučených postupů, a zdůvodnění jiných (odchylných) postupů
	struktura a objem použité farmakoterapie
	další – čekací doby, komunikace s pacientem, přístup zdravotnického personálu k pacientům
Kvalita výsledků	nemocnost
	podíl vyléčených, či kompenzovaných pacientů (např. TK, diabetes mellitus)
	výskyt komplikací léčby

Tabulka 3. Váha přiznávaná lékaři jednotlivým kritériím při výběru terapie nekomplikované močové infekce; čím vyšší je hodnota váhy, tím je kritérium považováno za důležitější (2)

Váha kritéria (1 až 5):	5	4	3	2	1
Účinnost	21%	62%	16%	-	-
Závažné NÚ	67%	30%	3%	-	-
Nezávažné NÚ	-	10%	28%	51%	12%
Cena	-	30%	46%	16%	-
Dávkování	2%	33%	39%	16%	-
Osobní zkušenost	3%	65%	30%	1,60%	-

a že kladou velký důraz na vlastní zkušenost s léčivým přípravkem.

Obecně se udává, že lékaři předepisují

- příliš mnoho léčiv
- příliš drahých léčiv tam, kde je možno požadovaný efekt docílit levnějším (generickým) přípravkem
- příliš silná léčiva tam, kde onemocnění nevyžaduje tak agresivní terapii.

V Nizozemí končí téměř polovina konzultací pacienta s lékařem bez předepsání léčiva (40 %), což je více než v ostatních evropských zemích, přesto jsou i zde lékaři kritizováni, že předepisují příliš mnoho sedativ, antibiotik a protivředových léčiv.

Pacienti v některých případech přichází proto, aby lékař cosi předepsal (někdy i určitý přípravek, o kterém četli v novinách či získali informaci při surfování po internetu), ale bylo zjištěno, že holandsští lékaři četnost takových případů přeceňují. Domnívají se, že nejméně 50 % jejich pacientů vyžaduje předpis („proč by jinak ke mě přišli?“), ve skutečnosti byla tato potřeba zjištěna u 20–40 % pacientů (1). Jakmile je pacientovi na určitou (chronickou) potíž jednou předepsáno léčivo, je nesmírně těžké tuto vazbu zlomit. To platí, když léčivo poprvé předepsal ten samý praktický lékař, stejně tak, když léčbu nasadil jiný praktik či specialista. Preskripce je levnou cestou, jak se vystríhat konfliktů s pacientem, s jinými lékaři či jak si „zachránit tvář“, takže lékaři pokračují v preskripci i v případech, kdy jsou přesvědčeni o zbytečnosti takového postupu. Příkladem v ČR může být preskripce dlouhodobých nitrátů v případech, že pacient netrpí anginou pectoris, časté podávání vazodilatačních léčiv nebo venofarmak.

Pokud se lékař rozhodne léčivý přípravek předepsat, musí rozhodnout který. Zpravidla vybírá pouze z těch léčivých přípravků, jejichž názvy si zapamatoval. V Nizozemí bylo zjištěno, že v konkrétních případech (pro určitou diagnózu) si lékař vybaví pouze 2 až 5 názvů přípravků, které považuje za vhodné pro léčbu určitého onemocnění. Tomu se říká „evoked set“.

Celkové množství léčivých přípravků, jejichž názvy si takto vybaví, u praktických lékařů činí 150–200. Denning P. odhaduje, že každoročně se v hlavě lékaře vymění cca 5 % názvů přípravků. Zda se určitý přípravek stane součástí „evokovaného setu“, záleží na

informacích, které lékař dostane a na edukaci či na jiných přesvědčovacích metodách. Toho pochopitelně využívají výrobci léčivých přípravků, pro něž je důležité, aby názvy jejich léčivých přípravků byly součástí evokovaných setů co největšího počtu lékařů.

Teoreticky by měl lékař vybírat konkrétní léčivý přípravek pro konkrétního pacienta následujícím způsobem (1):

1. Definovat problém a cíle, které chceme svým zásahem dosáhnout.
2. Zjistit strukturu problému, identifikovat všechny možné alternativy a relevantní kritéria rozhodování (příklad viz tabulka č. 3).
3. Zjistit pravděpodobnost, že určitá volba postupu povede k určitým výsledkům.
4. Vyhodnotit přitažlivost dílčích výsledků pro pacienta. Jinými slovy je třeba určit, jakou váhu budou mít tato kritéria:
 - a) účinnost léčby
 - b) bezpečnost léčby (je přijatelné riziko 1 úmrtí na milion léčených pacientů?)
 - c) cena léčby
5. Propočítat přínosu a rizik léčby, na základě kterého určíme optimální léčebný postup.

Takový postup je však značně náročný, je možno jej použít pouze při stanovování guidelines či při zařazování léčiv do pozitivních seznamů léčiv (které v ČR v ambulantním sektoru neznáme). V Nizozemí zjistili, že v reálné praxi existují čtyři základní typy rozhodovacího procesu lékaře (1).

Racionální, analytické rozhodování

Bylo zjištěno, že někteří lékaři se snaží o racionální rozhodování zhruba podle výše uvedeného teoretického schématu. Mohou však dosáhnout mylných výsledků, zejména proto, že nemají správné vědomosti o skutečných přínosech jednotlivých léčiv (výsledcích léčení) a že ani se správnými informacemi nedokáží správně zacházet (špatně kvantifikují váhu jednotlivých informací). Kromě farmakologických a ekonomických kritérií zohledňují přání pacienta (např. brát léky jen 1x denně – tedy na tonzilitidu dají ne V-PNC, ale azithromycin), profesionální akceptabilitu (určité léky již nejsou módní, např. V-PNC), osobní zkušenosti a další. Během času se taková rozhodnutí stávají rutinou.

Rozhodování,

které hraničí s racionalitou

Lékař se snaží dosáhnout výsledku rozhodování zkratkou. Nehledá již optimální možnost pro individuálního pacienta, ale začne ověřovat, zda první léčivo, které si v mysli vybaví, splňuje určité minimální požadavky správnosti; pokud nesplní, začne takto „testovat“ další léčivo, na které si vzpomene atd.

Ne zcela správná je i situace, kdy lékař vybere pouze jedno z kritérií, které má léčivý přípravek splnit (např. pouze účinnost léčby, přičemž bezpečnost a cenu nepovažuje za důležité) a pouze tímto se řídí.

Extrémní příklad zjednodušení procesu rozhodování je spoléhat na úsudek někoho jiného – podá to léčivo, které mu poradí jeho kolegové či nadřízení nebo jiná „autorita“.

Intuitivní rozhodování

Intuitivní myšlení je rychlé a neuvědomělé, na rozdíl od analytického myšlení, které je pomalé a uvědomělé (dotyčný ví, co dělá). Lékaři rozhodující intuitivně užívají šablony, určité hotové vzorce, aniž by přemýšleli, z čeho jsou složené. Léčivý přípravek je předepsán, protože v podobných případech s ním bylo dosaženo úspěchu. Značná váha je kladena na zkušenost. Spoléhání na intuici a osobní zkušenost však s sebou nese značné riziko zaujatosti a zkreslení (bias), je málokdy založeno na reprezentativním vzorku populace pacientů.

Emocionální rozhodování

Takovéto rozhodování prý dává lékařům více sebeúcty. Chrání lékaře před konflikty (lépe je pokračovat v terapii zavedené jiným lékařem než se řídit vlastním rozumem). Chrání lékaře i před tím, aby v případě špatného konce pacienta opožděně litovali, že určité léčivo nepodali. Např. lékař četl o případu, kdy jiný lékař byl žalován proto, že pacientovi s „chřipkou“ nepodal antibiotika, neboť se později u dotyčného pacienta vyvinula hnisavá meningitis; od té doby lékař podává antibiotika u všech nejasných horečnatých případů.

Paradoxně může vést emocionální rozhodování i k nepředepsání preventivní terapie (statiny) v obavě před nežádoucími účinky.

Studie prováděné v Nizozemí ukazují, že zhruba 3/4 všech rozhodování (praktických lékařů i specialistů) jsou zdůvodnitelná, užíváme-li jak farmakologická, tak i ostatní kritéria.

Účinnost, nežádoucí účinky, cena, osobní zkušenost, profesionální akceptabilitu (co předepisují ostatní lékaři a příslušní odborníci), akceptovatelnost pacienty (dávkovací schéma) a požadavky pacientů. Z toho nepřimo vyplývá, že 1/4 výsledků rozhodování je nezdůvodnitelná.

Farmakoterapeutické komise

v Nizozemí

FTO (FarmacoTherapie Overleg) je skupina praktických lékařů a lékárníků pracujících v určitém regionu. Má od 5 do 20 členů, kteří se setkávají zpravidla 1x za měsíc (3). Práce v těchto komisích je považována za jeden z tradičních úkolů pro farmaceuty. V 70. letech jejich vznik iniciovali mladí farmaceuti, kteří chtěli lépe využít svých znalostí léčiv pro dobro pacientů a předávat tyto znalosti i lékařům, neboť komerční stránka provozování lékáren je nemohla uspokojit po odborné stránce. Neoficiálně si tak mladí lékárníci vytvořili zadání „nové úkoly pro farmaceuty“:

- Kontrola – nejen kvality léčiv jako takových, ale i kontrola, zda léčivo bylo předepsané správně pro správného pacienta.
- Poradenství pro lékaře v oblasti léčivých přípravků.
- Edukace pacientů.

Zpočátku byla kontrola preskripce prováděna tak, že pro pacienta se specifickým onemocněním (diabetes, astma atd.) byla v lékárně zřízena karta, do které lékárník zapisoval léčivé přípravky, které vydal. Byly sledovány lékové interakce a kontraindikace. Později se z této karty stala „léková průkazka“, kterou pacient nosil vždy s sebou, když navštívil lékárnou (cosi jako rozsáhlejší průkazka diabetika v našich zemích). Zároveň někteří lékárníci začali sdělovat své obecnější poznatky z takových kontrol preskripce jednotlivým pacientům předepisujícím praktickým lékařům. Proto se začali lékárníci s lékaři scházet, zpočátku sporadicky, později však pravidelně. Takto vznikly první FTO – farmakoterapeutické komise. Účast byla vždy dobrovolná, ani lékárníci, ani lékaři tehdy nebyli za takovou práci nijak odměňováni. Od té doby však mají lékárníci v Holandsku image důvěryhodných expertů na léky. V roce 1986 začal fungovat projekt „Spolupráce mezi rodinným lékařem a lékárníkem“, v rámci kterého Ministerstvo zdravotnictví skupinám začalo poskytovat finanční pomoc. Byl vytvořen manuál, který nabízel několik různých modelů spolupráce. Od roku 1991 (rok zavedení systému referenčních úhrad) vláda FTO přeměnila z prosté zájmové organizace (srovnatelné např. se spolky leteckých modelářů či včelařů) na profesionální orgán. Od lékařů i lékárníků se nyní očekává, že se budou FTO pravidelně účastnit a že se práce v nich stane nedílnou součástí jejich profesionálních aktivit. Praktičtí lékaři nyní dostávají za svou účast na FTO zaplacení.

Způsob práce v jednotlivých FTO se značně liší. V některých prostě lékárníci pouze informují lékaře o lécích, v jiných se kolektivně lékaři i lékárníci též snaží o zlepšení preskripčních návyků, což je pochopitelně mnohem náročnější úkol. Lékaři se snaží

získat důvěryhodnou informaci o lécích, ale zachovat si volnost v rozhodování. Oproti tomu se lékárníci snaží vnést určitou standardizaci preskripčních návyků v určitém regionu dohodnutím určitých „pozitivních seznamů léčiv“ s lékaři. Standardizace je výhodná pro všechny 3 strany:

- Pro pacienta – zvýší se kvalita péče, a to přes to (nebo právě proto), že je volnost výběru přípravku lékařem omezena.
- Pro lékaře – lépe se seznámí s účinky menší skupiny léčiv, která bude společná všem lékařům v daném regionu.
- Pro lékárníky – sníží se počet přípravků, které lékaři „vyzkoušeli“ a poté se k nim již nevrátili a které lékárník nakoupí, ale (po odeznění módní vlny) již nikdy neprodá.

Klíčové pro fungování FTO je, aby předepisující lékař měl zájem o zlepšení preskripce (tedy o změnu svého chování). K tomu potřebuje objektivní informace, které o léčivu říkají nejen pozitivní, ale i negativní, aby v diskusi lékaři mohli zvážit všechna pro a proti určité změně v terapeutických postupech.

Dále je třeba podat lékařům zpětnou vazbu, co vlastně předepsali, neboť fenomen „automatického předepisování“ bez velkého přemýšlení je v Nizozemí značně rozšířený. Zpětnou vazbu je třeba podat celé skupině lékařů (statistika preskripce určitého regionu) i jednotlivým lékařům zvlášť. Preskripčních statistik se užívá též při vytváření pozitivních seznamů léčiv. S odstupem času je vhodné opět provést šetření, jak jednotliví lékaři pozitivní seznamy skutečně dodržují.

Centrální farmakoterapeutická komise (ustanovená v rámci projektu podpory lokálním FTO) poskytuje komisím metodické zázemí a nabízí ucelené programy pro jednotlivé problematiky (např. antibiotická preskripce, užívání anxiolytik, nesteroidních antiflogistik, problematika léků ve stáří a podobně).

Metodika práce FTO

FTO jsou malé skupiny lékárníků a lékařů, kteří se pravidelně schází za účelem zlepšení své preskripce. Spíše než komisi připomínají „kroužky účelné farmakoterapie“. Pomocí statistických metod zjišťují, nakolik se preskripce jednotlivých lékařů odchyluje od doporučených postupů (guidelines), které jsou na národní úrovni zpracovávány. Současně zjišťují, jak se kteří lékaři odlišují od průměru příslušné FTO. I když u jednotlivých pacientů není běžně zjišťováno, zda byla léčba správná (to je úkol auditu), soubory pacientů ošetřované jednotlivými lékaři jsou dostatečně veliké, aby je bylo možno statisticky vyhodnocovat při zohlednění individuálních zvláštností. Preskripční data jsou získávána od zdravotních pojišťoven, metodiku jejich rozboru poskytuje centrální FTO. Metodiku blíže

popisuje de Vries (4): Na schůzce FTO je probíráno jedno z důležitých témat. Bývá pozván odborník, který seznámí přítomné s problematikou a s guidelineami. Pak jsou promítnuty grafy se statistickou preskripce v rámci FTO a celého Nizozemí, lékařům je rozdán materiál s rozбором jejich vlastní preskripce. Poté jsou diskutovány rozdíly v preskripci, je navrhována interpretace a navržena opatření. S odstupem času je pak zjišťováno, jakým způsobem se daří jednotlivým lékařům přibližovat se dikci guideline. Lékaři zlepšují svou práci již tím, že o rozdílech v preskripci přemýšlí, diskutují a tak si nové, lepší preskripční návyky upevňují v paměti. Bylo zjištěno, že tento systém práce objektivně vede k trvalým pozitivním změnám v péči o pacienty (7).

Aby informace mohla ovlivnit chování lékaře, musí splňovat tyto podmínky:

- srozumitelnost
- správnost, ověřitelnost
- důvěryhodnost.

Pochopitelně lékař musí mít pocit, že tato informace mu pomůže řešit některý z jeho problémů. Rezistence na antibiotika na chirurgickém oddělení krajské nemocnice sice praktické lékaře může zajímat, ale bez dalšího jim nemusí být jasné, co s tím oni mají společného.

Jaké jsou typické ukazatele, které FTO používají?

A) Obecné indikátory, užívané ve všech vyspělých zemích

- Jak lékaři dodržují pozitivní seznamy léčiv, respektive jak moc předepisují léky prvé volby doporučené guidelineami. Zde je možno s výhodou využít např. statistickou metodu DU 90 (8); DU 90 je zkratka pro Drug Utilization 90 %; metodiku vysvětluje Perlik et al, (9).

- Procento předepsaných generik.
- Procento předepsaných léčiv s neprokázaným účinkem (či s nevelkým účinkem – dle německých zdrojů např. venofarmaka, vazodilatancia) nebo léčiv, které jsou často předepisovány, přestože jsou určitým způsobem rizikové (typicky nesteroidní antiflogistika).

- Kolik druhů léčiv určité skupiny lékař předepisuje; zde se přidružují obecně uznávané zásady, že čím víc léků, tím hůř pro pacienty – lékař zřejmě tápe. I zde lze s výhodou využít statistickou metodu DU 90 (viz výše).

B) Lékové specifické indikátory
Hodnoceny jsou průměrné náklady, počty balení či DDD za celou FTO a průměry jednotlivých lékařů. Využívají též medián a modus, které v řadě případů popisují skutečnost lépe než průměr. Příkladem je objem preskripce benzodiazepinů s dlouhým poločasem u seniorů.

C) Indikátory kompenzace specifických onemocnění

Příklad: podíl krátkodobých beta-mimetik vůči inhalačním glukokortikoidům a dlouhodobým beta-mimetikům; čím vyšší podíl, tím méně jsou pacienti zřejmě kompenzováni (potřebují léky, které poskytují krátkodobou úlevu). I když by bylo optimální znát skutečné klinické parametry u jednotlivých pacientů (např. rychlost výdechu měřenou peak-flowmetrem), preskripční indikátory dostačují k získání přehledné informace. Je však třeba si uvědomit, že konkrétnímu pacientovi mohou léky předepisovat dva lékaři – např. praktický lékař krátkodobě účinné beta-mimetika a ostatní léky specialista; proto je vhodné též vyhodnocovat preskripci u konkrétního pacienta jako celek, ne rozdělenou na jednotlivé lékaře.

D) Indikátory na úrovni pacienta

- Kolik jednotlivých léčiv užívá pacient najednou? Jsou přítomny klinicky závažné lékové interakce? Duplicita?
- Jak se u jednotlivých pacientů střídá druh předepsaného antibiotika (důležité zejména u chronické obstrukční choroby plic)?
- Vyzvedává si pacient pravidelně léky, které jsou podávány dlouhodobě? Např. antihypertenziva, statiny, preventivní antiastmatika atd.

F.Haaijer-Ruskamp (EURODURG 2001), která je světově uznávanou odbornicí, upozorňuje: neexistuje kompletní seznam indikátorů správné preskripce, ale za pomoci kreativity jednotlivých členů FTO je možno mnoho indikátorů sestavit. Validita indikátorů by měla být ověřena, než budou široce implementovány do užívání. Sestavení a ověřování preskripčních indikátorů je důležitý úkol pro „DU research“ – výzkum v oblasti předepisování léčiv. Další důležité informace a návody je možno získat na www.durg.org, což je stránka mezinárodní organizace EURODURG. Tato organizace spojuje profesionály zabývající se rozboru preskripce a podporou racionální farmakoterapie, kteří jsou nezávislí na farmaceutických firmách.

Hodnocení kvality preskripce v ČR

Ze zkušeností vyspělých zemí je zřejmé, že racionální farmakoterapie je třeba systematicky podporovat. Toto se neobejde bez rozborů preskripce jednotlivých lékařů, které pro ně slouží jako zpětná vazba. Součástí rozboru je hodnocení kvality preskripce, respektive upozorňování konkrétního lékaře na určitá rizika a možná pochybení, které byly u nich nalezeny. Ačkoli byly výše popsané metody úspěšně použity i v ČR, je třeba si přiznat, že účinnost farmakoterapie není v ČR systematicky podporována. Jako příklad uvedu tři oblasti, kde absence podpory racionální farmakoterapie zřetelně chybí:

Tabulka 4. Informace rozesílaná jednotlivým lékařům (1. část)

Pořadí	ATC	Zkrácený název skupiny léčiv	Vaše náklady (Kč)	Počet balení	Podíl ve vaší preskripci	Podíl v preskripci praktických lékařů
1.	J01	ATB	230 644	102	17%	8%
2.	C09	ACE-I a ABR	14 056	75	10%	13%
3.	R03	antiastmatika	10 809	29	8%	3%
4.	C10	hypolipidemika	10 561	34	8%	8%
5.	C07	betablokátory	9 776	69	7%	9%
6.	H05	homestáza Ca	9 295	8	7%	0%

Tabulka 5. Informace rozesílaná jednotlivým lékařům (2. část - rozbor antibiotik podle počtu balení)

ATC	Zkrácený název skupiny	Počet balení	Podíl ve vaší preskripci	Podíl v preskripci praktických lékařů
J01CE	V-PNC a příbuzné PNC	6	6%	12%
J01CA	širokospektré PNC	1	1%	12%
J01CR	chráněné PNC	8	8%	9%
J01DA	cefalosporiny	22	22%	10%
J01FA	makrolidy	32	31%	14%
	ostatní skupiny ATB	33	32%	43%

1. Racionální aplikace finančních limitů pro předepisující lékaře. Bylo by vhodné lékaře upozorňovat, ve kterých oblastech předepisují více než jejich kolegové a kde je možno hledat úspory tak, aby pacient nebyl postižen nepředepsáním důležitých léků. Tabulky 4 a 5 ukazují jednoduchý rozbor preskripce určitého praktického lékaře, který jsme sestavili ve Vojenské zdravotní pojišťovně v roce 2002, přičemž je porovnávána statistika preskripce tohoto lékaře se statistikou preskripce všech praktických lékařů (dosud nepublikované údaje). Pořadí skupiny léčiv je v tabulce 4 určeno dle nákladovosti jednotlivých skupin u dotyčného lékaře. Podíl na preskripci je určen počtem balení.

2. Suboptimální preskripce antibiotik. Antibiotika jsou typická skupina léčiv, která nejsou předepisována vždy zcela správně, ačkoli si lékaři ani nemusí uvědomovat, že nepostupují podle našich národních guidelines. Suboptimální preskripce může poškodit pacienta, vede k plýtvání prostředky i k nárůstu rezistence mikrobu na antibiotika (10). Již několik let jsou zjišťovány zásadní rozdíly v preskripčních návycích lékařů jednotlivých evropských zemí (11), které nelze odborně (medicínsky) zdůvodnit. Proto ve všech 15 původních zemích EU existuje systematická podpora racionální preskripce antibiotik. Na www.cls.cz jsou dostupné české národní guidelines k léčbě respiračních infekcí i uroinfekcí i konsenzy odborných společností k používání jednotlivých skupin antibiotik, avšak řada lékařů o těchto doporučeních neví a řídí se tedy pouze informacemi získanými od výrobců antibiotik. V EU probíhá intervenční program „Happy audit project“ (Health Alliance for Prudent Prescribing), který podporuje racionální předepisování antibiotik praktickými lékaři u respiračních infekcí (12).

3. Lékové interakce, duplicita v preskripci, léky nevhodné v těhotenství a při kojení, léky

potenciálně nevhodné ve stáří. Každé z uvedených témat by si vyžádalo zvláštní článek. Jedno mají společné. Existuje obrovské množství dat, která by (teoreticky) lékaři měli znát. Prakticky však není možné, aby si jakýkoli člověk mohl zapamatovat všechna rizika. K tomu mohou pomáhat speciální počítačové programy, které lékaře na rizikovou preskripci samy upozorní. Nutno si uvědomit, že řada lékařů zatím počítač k preskripci léků neužívá a že řada pacientů užívá léky předepsané různými lékaři. Zde je nutno vyzvednout důležitost spolupráce lékaře s lékárníky a nejlépe i se zdravotními pojišťovnami, které mohou ze svých databází zjišťovat rizika preskripce u jednotlivých pacientů a lékaře o nich průběžně informovat. Po technické stránce je problém vcelku snadno řešitelný, bohužel však existuje společenská bariéra mezi pojišťovnou a lékařem. Managementu zdravotních pojišťoven totiž není jasné, jakou formou jednotlivé lékaře informovat, a lékaři si dosud dostatečně neuvědomují rizika preskripce a to, že zdravotní pojišťovny mají objektivní data, která by jim při rozhodování o preskripci pomohla. Neboť, jak již bylo řečeno, systém podpory racionální preskripce v ČR zatím neexistuje.

Závěr

Ve všech státech EU existují programy podpory racionální farmakoterapie nezávislé na farmaceutických firmách, které využívají rozborů preskripce k identifikaci preskripčních problémů u jednotlivých lékařů. Jak je zřejmé z Nizozemí, je možno s výhodou využít farmaceutů, kteří pracují v lékárnách, a existujících profesních organizací lékařů. Tyto organizace již dnes fungují i na místní, „okresní“ úrovni a mohly by tedy v rámci své činnosti uvést v život lokální „kroužky racionální farmakoterapie“ podobně jako je tomu v Nizozemí. Je však třeba si uvědomit, že dlouhodobých výsledků je možno dosáhnout pouze v případě,

že existuje politický konsenzus všech zúčastněných stran, že tato činnost je potřebná (za klíčové považují lékaře, lékárníky a zdravotní pojišťovny). Důležitá je metodická podpora této činnosti, poskytováním dat zdravotními pojišťovnami a – ať chceme nebo ne – i určitá finanční podpora. Zkušenost totiž napovídá, že proti informační i finanční přesile výrobců léčiv, kteří nepodávají vždy zcela vyvážené informace o svých produktech, nelze stát jen „s holýma rukama“.

MUDr. Michal Prokeš

INFOPHARM a.s.

Hvoždanská 3, 148 00 Praha 4

e-mail: prokes@drugagency.cz

Literatura

1. Denning P. The Decision Process of the Prescribing Physician. In: Bakker A, Buurma H, Hekster YA, Leufkens HG. Drug consumption in the Netherlands, Volume 2, Utrecht 1997: 23–26.
2. Denning P, Haijjer-Ruskamp F. Investigating Decision-making by Prescribers. In: United Kingdom Drug Utilisation Research Group: Handbook of Drug Use Research Methodology, 1st Edition, 2000: 70–87.
3. Paes AHP. Pharmacy and Therapeutic Committees in the Netherlands. In: Bakker A, Buurma H, Hekster YA, Leufkens HG. Drug consumption in the Netherlands, Volume 2, Utrecht 1997: 37–48.
4. de Vries CS. Feedback on Prescribing. In: Bakker A, Buurma H, Hekster YA, Leufkens HG. Drug consumption in the Netherlands, Volume 2, Utrecht 1997: 49–66.
5. Haijjer-Ruskamp. Measuring effects of interventions to improve prescribing; sdělení na konferenci EURODURG 2001 (Praha, 7.–9. června 2001).
6. Mason A, Towse A, Drummond M, Cooke J. Influencing prescribing in a primary care; LED NHS, Office of Health Economics, 2002.
7. Richards D, Toop L, Graham P: Do clinical practice education groups result in sustained change in GP prescribing? Family Practice 2003; Vol. 20, 199–206.
8. Berg van den, Bergman U: Improving drug prescribing by use of quality indicators and feed back; sdělení na konferenci EURO-DURG 2001 (Praha, 7.–9. června 2001).
9. Perlík F, Kubica Z, Štika L. Hodnocení spotřeby léků při zavádění pozitivních listů. Časopis lékařů českých 1999; 138: 56–58.
10. <http://www.rivm.nl/earss/>
11. <http://www.esac.ua.ac.be>
12. http://durg.org/workgr/happy_audit.htm