

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DARBUOTOJŲ POŽIŪRIS Į ANTIBAKTERINIŲ VAISTŲ VARTOJIMĄ IR JŲ LEMIANČIUS VEIKSNIUS LIETUVOS BENDROJO POBŪDŽIO LIGONINĖSE

Asta Jurkevičienė¹, Rolanda Valintėlienė¹, Aušra Beržanskytė^{1,2}

¹Higienos institutas, ²Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

Santrauka

Tyrimo tikslas. Atliktas kiekybinis tyrimas Lietuvos ligoninėse parodė bendrą antibakterinių vaistų suvartojimą ligoninėse ir didelius suvartojimo skirtumus atskirose ligoninėse. Siekiant išsamesnės situacijos analizės atliktas kokybinis tyrimas, kurio tikslas – išsiaiškinti sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į antibakterinių vaistų vartojimą ir jį lemiančius veiksnius Lietuvos ligoninėse.

Medžiaga ir metodai. Tyrimo metu taikytas grupinių diskusijų metodas. Grupės buvo sudarytos pagal kiekybinio tyrimo metu gautus antibakterinių preparatų suvartojimo duomenis: kiekvieną grupę sudarė vienos srities specialistai iš skirtingų pagal antibiotikų suvartojimo lygį ligoninių. Iš viso organizuotos šešios diskusijos: dvi su gydytojais terapeutais, dvi su skyrių vedėjais, viena su gydytojais chirurgais, viena su mikrobiologais. Diskusijose išsakytos mintys išklaustytos ir transkribuotos, apibendrinant ir pateikiant kaip nuomones, taikant turinio analizės metodą (angl. *content analysis*). Tai buvo atliekama keliais etapais: daugkartinis pasisakymų klausymas / skaitymas, semantiškai artimų atsakymų ir raktažodžių paieška, apibendrinimas sudarant kategorijas ir subkategorijas, rezultatų interpretavimas.

Rezultatai. Diskusijų metu paaiškėjo, kad realus antibakterinių vaistų suvartojimas yra didesnis nei gautas kiekybinio tyrimo metu, nes dalį šių vaistų pacientai perkasi patys ir jie į bendrą antibakterinių preparatų suvartojimo apskaitą nepatenka. Ligoninėse vyrauja skirtinga antibakterinių vaistų skyrimo tvarka. Antibakterinių vaistų skyrimas dažniausiai yra tik gydančiojo gydytojo sprendimas. Diskusijose dalyvavusių gydytojų teigimu, farmacinių kompanijų atstovai visiškai nedaro įtakos skiriant antibakterinius vaistus ligoninėse. Šiuo klausimu mikrobiologų nuomonė išsiskyrė ir, jų teigimu, farmacinės kompanijos turi labai didelę įtaką skiriant ir pasirenkant antibakterinius vaistus. Diskusijų dalyvių nuomone, norint pagerinti antibakterinių vaistų skyrimą, reikalingos vienodos rekomendacijos, diagnostikos gerinimas ir antibakterinių vaistų skyrimo optimizavimas pirminiame sveikatos priežiūros lygyje.

Išvados. Tyrimas parodė, kad Lietuvos ligoninėse nėra antibakterinių vaistų skyrimo sistemos. Tai yra esminis trūkumas siekiant racionalios antibiotikoterapijos.

Raktažodžiai: antibakteriniai preparatai, lemiantys veiksniai, ligoninės, kokybinė turinio analizė.

ĮVADAS

Dešimtmečius antimikrobinų preparatų skyrimo valdymas ir valdymo programos buvo nukreiptos į tinkamo antimikrobinų vaistų vartojimo užtikrinimą, pacientų gydymo išeitį, pašalinių reiškinių mažinimą, ekonominio efektyvumo siekimą. C. MacDougallas ir R. E. Polkas pirmieji šių vaistų skyrimo valdymą apibrėžė kaip gydymo įstaigos bandymą optimizuoti antibakterinių preparatų vartojimą, siekiant gerinti gydymo išeitį, garantuoti finansiškai efektyvią antibiotikoterapiją ir mažinti neigiamas antibakterinių

preparatų vartojimo pasekmes, įskaitant ir antimikrobinį atsparumą. Šiandien antimikrobinio atsparumo mažinimas yra svarbiausias antibakterinių preparatų skyrimo valdymo elementas [1].

Antibakterinių preparatų skyrimo valdymas apima veiksnius, kurie galėtų turėti įtakos antibakterinių preparatų suvartojimui. Pasaulyje atlikti tyrimai rodo, kad antibakterinių preparatų vartojimą lemia tokie veiksniai kaip medikų žinios, pacientų lūkesčiai ir jų santykiai su medikais, ekonominės sąlygos, sveikatos sistemos ypatumai, teisinė bazė. Visa tai būtina žinoti siekiant valdyti problemą [2, 3–8].

Viena svarbiausių ir veiksmingiausių priemonių, padedančių kontroliuoti antibakterinių preparatų suvartojimą ir su tuo susijusį antimikrobinį atsparumą ligoninėse, yra antibakterinių preparatų sąrašas, kuriame turėtų būti apriboti arba neįtraukti potencialūs antimikrobinį atsparumą sukeltys preparatai, juos

Adresas susirašinėti: Asta Jurkevičienė,
Higienos institutas,
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius.
El. p. asta@hi.lt

turėtų pakeisti mažesnę antimikrobinio atsparumo potencialą turintys vaistai [9, 10].

MacGowan ir Finlandas aprašė vienoje Bostono ligoninėje įgyvendinamą programą, kurios metu buvo apribotas tam tikrų antimikrobinų preparatų skyrimas. Norint gydytojui skirti antibiotikus iš ribojamų vaistų sąrašo, buvo reikalaujama telefoninio infekcinių ligų gydytojo sutikimo skirti antibakterinį preparatą. Tačiau gydančiam gydytojui nesutikus su infekcinių ligų gydytojo siūlymu neskirti prašomo vaisto, šis galėjo būti skiriamas. Tai buvo daugiau mokojo pobūdžio priemonė, o ne griežtas apribojimas. Autoriai nustatė, kad taip buvo mažiau skiriama ribojamų antibakterinių preparatų [11].

Panašus tyrimas atliktas vienoje Slovėnijos ligoninių. Buvo sudarytas ribojamų antibiotikų sąrašas, pagal kurį skiriant tam tikrą antimikrobinį preparatą iš gydytojų buvo reikalaujama pagrįsti skyrimą ir gauti skyriaus vedėjo, antibiotikų komiteto atstovo ar infekcinių ligų gydytojo sutikimą. Penicilinų grupės antibakteriniai preparatai, II ir III kartos cefalosporinai, gentamicinas, makrolidai į šį sąrašą nebuvo įtraukti ir jų skyrimas nebuvo apribotas. Tyrimo rezultatai parodė, kad per dvejus metus bendras antibiotikų suvartojimas ligoninėje padidėjo 16,8 proc. (nuo 56,68 VPD/100 LD iki 66,19), tačiau šį padidėjimą lėmė neribojamų antibakterinių preparatų suvartojimo padidėjimas. O ribojamų antibakterinių preparatų suvartojimas sumažėjo 33,7 proc. Be to, autoriai nustatė, kad tyrimo laikotarpiu gydymo antibakteriniais preparatais trukmė sutrumpėjo 26,5 proc., o bendros išlaidos – 35,1 proc. Tyrimas parodė, kad vien sudarius ribojamų antibiotikų sąrašą galima sumažinti klinikiniu požiūriu svarbių, labiau lemiančių antimikrobinio atsparumo vystymąsi, antibakterinių preparatų suvartojimą ir atskleidė ekonominę naudą [12].

Kaip teigia F. Allerbergeris ir kiti, gydymo ir profilaktikos antibakteriniais preparatais rekomendacijos – svarbus pagalbininkas gydytojui, tačiau jos neturėtų apriboti gydytojo priimti savo sprendimą išskirtiniais atvejais. Rekomendacijose turėtų būti nurodytos indikacijos antibiotikoterapijai (diagnozė), rekomenduojamas antibakterinis preparatas (pavadinimas, paros dozė). Jos turėtų būti specifinės skirtingiems skyriams, sudarytos atsižvelgiant į vyraujančias infekcijas, atliekamas operacijas. Svarbu užtikrinti, kad rengiant rekomendacijas dalyvautų kompetentingi specialistai [1].

Anglijos ligoninėse buvo atliktas tyrimas, siekiant išsiaiškinti, kokie dokumentai ir kaip dažnai naudojami atliekant antibakterinių preparatų skyrimo kontrolę. Į anketą, kuri buvo siunčiama ligoninėms paštu,

įtraukti klausimai apie tris dokumentų tipus: žinytus (jais buvo laikomi antibakterinių preparatų skyrimą ribojantys sąrašai), strategijas (bendra ligoninės strategija), rekomendacijas (dokumentas, kuriame nurodoma, kokį antibakterinį preparatą rekomenduojama skirti esant konkrečioms klinikiniams atvejams). Rezultatai parodė, kad 32 proc. į anketas atsakiusių ligoninių turėjo visus tris dokumentus, 36 proc. – du, 24 proc. – vieną dokumentą, 7 proc. į anketas atsakiusių ligoninių neturėjo nei vieno antibakterinių preparatų skyrimą kontroliuojančio dokumento [13].

L. Philippe'o ir kitų teigimu, antibakterinių preparatų skyrimo valdymas kartu su veiksmingomis infekcijų kontrolės priemonėmis gali padėti sustabdyti antimikrobinio atsparumo atsiradimą ir plitimą. Antibakterinių preparatų skyrimo valdymas turėtų būti nukreiptas į šių vaistų vartojimo optimizavimą, ekonomiškai efektyvios antibiotikoterapijos užtikrinimą, pacientų saugumą siekiant išvengti atsparių bakterijų sukeltų infekcijų ir jų pasekmių. Įgyvendinant antibakterinių preparatų skyrimo programas ligoninėse neabejotinai svarbu parengti antibakterinių preparatų skyrimo rekomendacijas, suformuoti mažiausiai dviejų specialistų (infekcinių ligų gydytojo ir klinikinio farmakologo) komandą, taikyti daugialypes strategijas, apimančias mokymus, antibakterinių preparatų skyrimo apribojimus, auditus su grįžtamąja informacija [14].

Atlikta tyrimų, kurių rezultatai parodo infekcinių ligų gydytojo naudą, optimizuojant antibakterinių preparatų skyrimą [11, 15]. Vienos programos metu antibakterinius preparatus skiriantys gydytojai savaistoriškai galėjo konsultuotis su infekcinių ligų gydytoju dėl antibakterinių preparatų skyrimo. Nustatyta, kad skiriant antibakterinius preparatus 90 proc. atvejų buvo vadovautasi infekcinių ligų gydytojo patarimu. Dėl to ligoninėje išlaidos vaistams sumažėjo 31 proc. ir pirmiausia dėl mažiau skiriamų cefalosporinų [11].

Ispanijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad infekcinių ligų specialisto konsultacija prieš paskiriant antibakterinius preparatus padeda sumažinti neteisimą šių vaistų skyrimą [16]. Panašus tyrimas kaip Ispanijoje atliktas vienoje iš Turkijos ligoninių, kurio metu gydytojas galėjo paskirti antibakterinį preparatą tik pasikonsultavęs su infekcinių ligų specialistu. Vien tai bendrą antibakterinių preparatų suvartojimą sumažino 18,5 proc., o išlaidos sumažėjo 332 000 dolerių per metus [17].

Daugelyje šalių vis svarbesnę vaidmenį kontroliuojant antibakterinių preparatų skyrimą atlieka

klinikinis farmakologas. Be pagrindinės funkcijos skirti tinkamas vaisto dozes ir užtikrinti vaisto saugumą, klinikinis farmakologas atlieka daugybę kitų funkcijų: dalyvauja rengiant antibakterinių preparatų skyrimo rekomendacijas, atlieka gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros darbuotojų mokymus, antibakterinių preparatų skyrimo duomenų analizę su grįžtama informacija gydytojams. Atliktas tyrimas, kurio metu nustatyta, kad 83 proc. atvejų, konsultuojantis su klinikiu farmakologu dėl antibakterinių preparatų skyrimo, sutaupoma daugiau nei 68 000 JAV dolerių [11].

JAV Ligų prevencijos ir kontrolės centras atliko tyrimą, kurio metu nustatė, kad apie 70 proc. ligoninės gydytojų skiria antibakterinius preparatus netinkamai, nors daugiau nei pusė gydytojų sutinka, kad antimikrobinis atsparumas yra problema jų ligoninėse [18]. Kitas tyrimas buvo atliktas vienoje iš Čikagos ligoninių, kur nustatyta, kad 55 proc. gydytojų ir apie 40 proc. vaistininkų laikosi antibakterinių preparatų skyrimo rekomendacijų. Tokie rezultatai paskatino šioje ligoninėje sukurti veiksmingą metodą antibakterinių preparatų skyrimo kontrolei diegti. Sudaryta antibakterinių preparatų valdymo komanda iš gydančio gydytojo ir vaistininko. Per pilotinį dviejų savaičių tyrimą nustatyta, kad kasmet būtų galima sutaupyti 120 000 dolerių, jei 90 proc. antibakterinių preparatų paskyrimų atitiktų rekomendacijas [18].

Prancūzijoje atliktas tyrimas parodė, kad svarbiausi veiksniai, lemiantys antibakterinių preparatų suvartojimą ligoninėse, yra antibiotikų komitetai, parengtos infekcinių ligų konsultantų ir antibakterinių preparatų rekomendacijos [8].

Skiriant antibiotikus svarbus ir klinikinio mikrobiologo vaidmuo. Vienoje Danijos ligoninių atliktas tyrimas parodė, kad konsultacija su klinikiu mikrobiologu kiekvieną kartą skiriant plataus veikimo spektro antibiotiką ciprofloksaciną padėjo sumažinti ir užtikrinti tinkamą šio antibiotiko skyrimą [19].

Kito tyrimo Prancūzijos ligoninėje metu nustatyta, kad ligoninėse, kur yra klinikinis mikrobiologas, konsultuojantis dėl antibiotikų skyrimo, antibiotikų suvartojama mažiau nei ligoninėse, kur klinikinio mikrobiologo nėra [20].

Išanalizavus literatūrą, nustatyti pagrindiniai veiksniai, galintys turėti įtakos skiriant antibakterinius preparatus ligoninėse. Šio tyrimo tikslas – išsiaiškinti sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į antibakterinių vaistų skyrimą ir jį lemiančius veiksnius Lietuvos ligoninėse.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo objektas – sveikatos priežiūros darbuotojų požiūris į antibiotikų suvartojimą ir jį lemiančius veiksnius Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse.

Tyrimo apimtis – sudarytos šešios tikslinės grupės iš bendrojo profilio ligoninių specialistų: dvi su gydytojais terapeutais, dvi su skyrių vedėjais, viena su gydytojais chirurgais, viena su mikrobiologais. Diskusijos organizuotos Vilniaus, Šiaulių ir Alytaus apskrityse. Kiekvieną grupę sudarė vidutiniškai 5–7 dalyviai.

Duomenų rinkimas. Tyrimo metu taikytas grupinės diskusijos metodas. Grupinė diskusija – tai toks giluminio interviu metodas, kai dalyvauja tarpusavyje sąveikaujantys informantai, sutelkiantys dėmesį į visiems rūpimą problemą. Dalyviai atrenkami pagal pasirinktą bendrą požymį (sociodemografinę charakteristiką, bendrą patirtį, bendrus interesus ir pan.), todėl grupė tam tikru požiūriu (požiūriais) yra homogeniška [21]. Grupės sudarytos atliekant netikimybinę tikslinę atranką. Tai atranka, kai tyrėjas renkasi imtį, atsižvelgdamas į konkretų tikslą, remdamasis tam tikrais kriterijais arba sprendimais (pvz., pagal tam tikras kompetencijas, patirtį, įvykius) [22]. Šio tyrimo metu grupės buvo sudarytos remiantis kiekybinio tyrimo metu gautais antibakterinių preparatų suvartojimo duomenimis: kiekvieną grupę sudarė vienos srities specialistai (terapeutai, skyrių vedėjai, chirurgai arba mikrobiologai) iš skirtingų pagal antibiotikų suvartojimo lygį ligoninių. Grupės buvo suformuotos gavus informacijos iš anketų ir kviečiamo asmens sutikimą. Pokalbiai įrašyti į diktofoną ir vėliau analizuoti.

Duomenų tvarkymas. Diskusijose išsakytos mintys išklaudytos ir transkribuotos, apibendrinant ir pateikiant kaip nuomones, papildančias anketų rezultatus, taikant turinio analizės metodą (angl. *content analysis*). Tai buvo atliekama keliais etapais: daugkartinis pasisakymų klausymas / skaitymas, semantiškai artimų atsakymų ir raktažodžių paieška, apibendrinimas sudarant kategorijas ir subkategorijas, rezultatų interpretavimas. Patvirtinantys teiginiai yra diskusijų metu pateikti respondentų atsakymai. Remiantis kokybinio tyrimo metodika šie teiginiai negali būti keičiami ir turi būti cituojami tiksliai taip, kaip pasakė respondentas.

REZULTATAI

Diskusijos atskleidė, kad ligoninėse vartojami daugiausiai baziniai antibakteriniai vaistai – penicilinas, gentamicinas, amoksicilinas. Tačiau diskusijų metu

1 lentelė. Antibakterinių vaistų skyrimas

Antibakterinių vaistų vartojimas	
Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Skiriamų antibakterinių vaistų spektras	„Mūsų pagrindinis antibiotikas tai yra penicilinas.“ „<...> verčiamės su penicilinu, gentamicinu, makrolidais amoksicilinu ir cefuroksimu.“ „<...> baziniai antibiotikai – penicilinas, gentamicinas. Viskas, jais ir gydom.“ „Vyrauja pirmiausiai penicilinai visi.“
Antibakterinių vaistų suvartojimas (kiekiai)	„70–80 proc. pacientų perkasi patys.“ „Kas liečia profilaktiką, tai taip, perka visi.“ „<...> brangesnius perka ligonis. Ligonį prašom, trečdalis ligonių perka.“
Gydančio gydytojo sprendimas	„Mes patys galvojame ką skirt.“ „Skyrimas paliktas asmeniškai gydytojui, nes nėra visuotiniai patvirtintos rekomendacijos. Dabar nieko nėra.“ „<...> ganėtinau daug leidžiama gydančiam gydytojui <...> gali paskirti ceftriaksoną, iki III kartos cefalosporiną mes skiriame.“
Antibakterinių vaistų skyrimo racionalumas	„Aišku, matosi spragų.“ „Kartais būna ir lengva ranka paskiriami antibiotikai.“

2 lentelė. Administracinės priemonės ligoninėse ir respondentų požiūris į jų reikalingumą

Administracinės priemonės	
Subkategorijos	Patvirtinantys teiginiai
Antibakterinių vaistų skyrimo tvarka (reglamentavimas)	„Mes turim pagrindinių vaistų sąrašą.“ „Tam tikriems skyriams, tam tikroms infekcijoms yra rekomendacijos.“ „Pas mus yra patvirtinta kažkokia tai tvarka.“ „Mes irgi tokį vietos patys pasidarėm, o jis teisingas ar neteisingas, vėlgi <...>.“
Antibakterinių vaistų skyrimo kontrolė	„Skyrių vedėjai, pavaduotojai gydymo reikalams kontroliuoja.“ „Pavaduotoja gydymo reikalams tikrina kaip užėina.“ „Jau esamom sąlygom griežtinti tą antibiotikų skyrimą būtų sąstingio skatinimas ir biurokratinio aparato skatinimas, kas tikrai trukdytų gydymą.“ „Turi būt kontroliuojama ne tik skyriaus vedėjo.“ „Turi būt kontroliuojama. Negalima leisti, kad atskiri gydytojai nuspręstų, kaip gydo savo ligonį.“

paaikškėjo, kad brangesnius vaistus neretai perkasi patys pacientai. Ypač šis reiškinys aktualus skiriant chirurginę profilaktiką (1 lentelė). Todėl realiai antibakterinių vaistų suvartojama ligoninėse daugiau nei nustatyta kiekybinio tyrimo metu, nes paciento pirkti antibakteriniai vaistai į bendrą apskaitą nepatenka.

Atsižvelgiant į ligos kliniką, dinamiką, pagrindinių diagnostinių tyrimų (bendras kraujo tyrimas, šlapimo, rentgenologinis) rezultatus, sprendimas dėl antibiotikų skyrimo pirmiausiai priklauso individualiai nuo gydančio gydytojo. Respondentai mato spragų jiems patiems skiriant antibakterinius vaistus (1 lentelė).

Ligoninėse yra tam tikros antibiotikų skyrimą numatančios priemonės. Čia yra antibiotikų sąrašas, kuris kažkiek riboja antibiotikų skyrimą, tačiau kaip paaikškėjo, neretai ir patys pacientai nusiperka antibiotikų, jei jų nėra ligoninėje. Kai kuriose ligoninėse yra griežtesnė antibiotikų skyrimo tvarka, kitose gydytojams suteikiama didesnė laisvė. Dažniausiai yra ligoninės vyriausiojo gydytojo / direktoriaus patvirtintos

rekomendacijos, antibiotikų skyrimo tvarka atskiriems skyriams. Tačiau įdomu tai, kad ne visi gydytojai žino apie tokių dokumentų egzistavimą, net negali konkrečiai įvardyti, kas tai per dokumentai, ir abejoja jų nauda. Kai kurie gydytojai mano, kad tvarka jau neturėtų būti griežtinama, nes tai trukdytų laiku paskirti tinkamą gydymą. Skyrių vedėjų ir mikrobiologų nuomonė šiuo klausimu buvo kur kas griežtesnė ir aiškesnė. Jų teigimu, tvarka reikalinga, reikalingos bendros rekomendacijos.

Mikrobiologiniai tyrimai neatliekami pakankamai, net ir turint tam galimybę. Kaip pagrindinį trukdį mikrobiologiniams tyrimams atlikti rajonų ligoninių gydytojai įvardijo tai, kad pačioje ligoninėje ar net mieste nėra mikrobiologijos laboratorijos. Tuomet iškyla problemų dėl transportavimo, ilgai laukiamo atsakymo, susidaro daugiau išlaidų. Todėl rajonuose mikrobiologiniai tyrimai atliekami gerokai rečiau. Tačiau bendra miestų ir rajonų ligoninių respondentų nuomone, mikrobiologinių tyrimų atlikimą riboja

3 lentelė. Mikrobiologinių tyrimų atlikimas

Mikrobiologiniai tyrimai	
Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Mikrobiologijos laboratorijos prieinamumas	„Su mikrobiologija turim problemų, <...> važiuojame į Vilnių <...>.“ „<...> pačioj ligoninėj neturim mikrobiologijos laboratorijos, neturim galimybių paimti pasėlių kiaurą parą.“
Lėšų trūkumas	„Liepia taupyti, taupyti ir dar kartą taupyti.“ „Negalim dabar sau leist visiem iš eilės daryt kiek, sakykim, seniau. Tuoj pat valdžia sureaguotų ir pasikviestų, ką jūs, daktare, čia darot.“
Bendravimas su mikrobiologais	„<...> jei atsakymas daktarui yra neaiškus, jį konsultuojasi. Vyksta tas kontaktas.“ „Patys mikrobiologai skambina pirmą parą, jeigu augimas yra.“

4 lentelė. Išorinių veiksnių įtaką skiriant antibakterinius vaistus

Išorinių veiksnių įtaka skiriant antibakterinius vaistus	
Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pacientai	„Pacientai prašo geresnių, stipresnių.“ „Be abejo, sprendžia gydytojas, bet jeigu stovi ant galvos visą laiką <...>.“
Žinios, mokymai	„Šitų dalykų visiem visą laiką reikia.“ „Per mažą savišvieta ir informacija kliniciams.“
Baimė	„Kartais iš baimės bijau laukti, geriau aš gausiu už tai, kad per anksti paskyriau, negu, kad per vėlai.“ „Niekur pasaulyje nėra tokio daktaro nesaugumo. Daktaras turi jaustis saugus.“
Farmacinė kompanijos	„Šiai dienai daug kur vadovauja farmacinės kompanijos ir tik po to klinicisto žodis.“ „Mes manome, kad jie stipriai įtakoja tam tikrų antibiotikų skyrimą.“ „<...> jie čia mūsų įtakot negali, nes jie daugiausiai eina į ambulatorines įstaigas.“

finansinės ligoninių galimybės. Gydytojų ir mikrobiologų bendravimas įvardytas kaip geras ar labai geras (3 lentelė).

Nors diskusijose dalyvavę gydytojai teigia, kad dažniausiai gydantis gydytojas sprendžia, kokį gydymą skirti, tačiau buvo išsakyta nuomonių, jog pacientai turi įtakos jų apsisprendimui.

Mokymai, kursai, konferencijos antibiotikų vartojimo tema vyksta gana retai. Visi gydytojai mano, kad bet kokios žinios yra naudingos. Didesnį žinių poreikį išreiškė vedėjai. Jie įsivaizduoja, koku būdu turėtų būti gaunama žinių.

Baimė – veiksnys, turintis įtakos dažnesniam antibiotikų skyrimui, ypač tarp eilinių gydytojų. Diskusijų metu ypač išryškėjo gydytojų baimė ir noras apsidrausti.

Gydytojų manymu, farmacinės kompanijos neturi įtakos skiriant ir pasirenkant antibiotikus ligoninėse. Jų nuomone, ambulatorinė grandis yra ta erdvė, kurioje gali veikti farmacinių kompanijų atstovai. Tačiau gydytojai sako, jog būna, kad ligoninėje apsilanko farmacinių kompanijų atstovai, pristato naują produktą ir tai vertina teigiamai.

Mikrobiologų nuomonė šiuo klausimu visiškai kita nei gydytojų. Jų manymu, farmacinės kompanijos

turi įtakos skiriant ir parenkant tam tikrus antibiotikus (4 lentelė).

Diskusijos su chirurgais metu išryškėjo, jog nors ligoninėje yra gana ribotas vaistų sąrašas, tačiau profilaktiškai iš ligoninės išteklių ar neretai ir pacientui pačiam įsigijus dažniausiai skiriami cefalosporinai.

Vienas iš svarbių rodiklių yra antibiotikų skyrimas profilaktiškai chirurgijoje, kuris vertinamas pagal antibiotikų skyrimo trukmę ir pradžią, skiriamų antibiotikų spektrą. Nors profilaktiškai antibiotikai turėtų būti skiriami vartoti ne ilgiau kaip tris dienas, o dažniausiai pakanka vienos dozės, diskusijų metu paaiškėjo, kad antibiotikai skiriami 3 ir daugiau dienų. Tačiau tvirtos nuomonės, kuri pagrįstų būtent tokį profilaktikos modelį, jie neturi. Tiesiog taip yra įprasta (5 lentelė).

Respondentų teigimu, gerinant antibiotikų skyrimo tvarką, pirmiausia reikalingos vienodos antibiotikų skyrimo rekomendacijos Lietuvos mastu. Gydytojų manymu, racionaliai antibiotikoterapijai būtina stiprinti mikrobiologinę diagnostiką ir skirti tam pakankamai lėšų. Kaip problema, kurią reikia spręsti, įvardytas pirminis sveikatos priežiūros lygis, kur antibakterinių preparatų, respondentų nuomone, skiriama itin daug (6 lentelė).

5 lentelė. Chirurginės profilaktikos ypatumai

Chirurginė profilaktika	
Subkategorija	Patvirtinantis teiginiai
Profilaktiškai skiriamų antibiotikų spektras	„Profilaktikai skiri zinacefą arba cefobidą.“ „Cefuroksimas mylimas labai <...>.“
Trukmė	„<...> antibakterinė profilaktika yra viena dozė anestezijos indukcijos metu ir paskui mes nebetęsiam antibiotikų, jeigu jų nereikia.“ „Toks šablonas yra, kuris galioja nuo seno trim parom.“
Profilaktiškai skiriamų antibiotikų tvarka	„Profilaktika buvo numatyta atskiru dokumentu <...>.“ „Tai yra antibiotikų skyrimo protokolai, numatyti ligoninės tvarkoj.“

6 lentelė. Antibakterinių preparatų skyrimo racionalizavimas

Siūlymai, kaip pagerinti antibakterinių preparatų skyrimą	
Subkategorija	Patvirtinantis teiginiai
Vienodos rekomendacijos	„Lietuvoj nėra nacionalinių rekomendacijų. Reikėtų Lietuvos mastu patvarkyt, nes tai priverstų kai kurias ligonines laikytis geros praktikos.“ „Profilaktika turi būti suvienodinta visoje Lietuvoje.“ „Pats geriausias variantas būtų nacionalinės rekomendacijos.“ „Trūksta rekomendacijų, kaip skirti antibiotikus.“
Mikrobiologinės diagnostikos gerinimas	„Gerinti diagnostiką visų infekcijų – čia yra pagrindas.“ „Sustiprinti mikrobiologinę diagnostiką.“
Problemos sprendimas pirminiame sveikatos priežiūros lygyje	„Labiausiai krenta į akis tai šeimos daktarų piktnaudžiavimas antibiotikais, nerealus. <...> Nes jausmams nebelineka nieko ką skirti, jie išnaudoja viską.“ „<...> yra specialistų ambulatorinėje grandyje, kur stipriausius antibiotikus varo. Ir ligoniai ateina pas mus, mes problemų turim.“ „Ir, aišku, ambulatorinė grandis yra svarbi, kur labai daug antibiotikų skiria.“

REZULTATŲ APTARIMAS

PSO strategijoje teigiama, kad siekiant kontroliuoti ir gerinti antibakterinių preparatų vartojimą ligoninėse, svarbu vadovautis antibakterinių preparatų skyrimą kontroliuojančiais dokumentais, t. y. svarbu kurti ir naudotis rekomendacijomis, strategijomis, žinytais [23].

Šis tyrimas patvirtino prieš tai atlikto kiekybinio tyrimo rezultatus, kad Lietuvos ligoninėse nėra antibakterinių vaistų skyrimo sistemos. Tačiau gydytojai diskusijų metu išreiškė norą turėti rekomendacijas. Kaip paaiškėjo diskusijų metu, skirtingose ligoninėse vadovaujama skirtingo lygio dokumentais, kurių rengimas – kiekvienos ligoninės reikalas. Rengimo procese daugiausia dalyvauja administracija, labai retai mikrobiologai, kiti ekspertai. Dokumentai rengiami naudojantis skirtinga literatūra, atsižvelgiant į kiekvieno dalyvaujančio specialisto žinių lygį. Tai rodo, kad rekomendacijos neapima visų sričių. Dalis gydytojų net nežino apie esančią antibakterinių preparatų skyrimo tvarką. Literatūros duomenimis, labai svarbu užtikrinti darbuotojų informuotumą ir tinkamą prieinamumą prie ligoninėse esančių dokumentų. Anglijoje atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad trečdalis

dokumentų (antibiotikų skyrimą ribojantys sąrašai, ligoninės strategijos ir antibiotikų skyrimo rekomendacijos) yra prieinami elektronine versija, pusė ligoninių individualiai aprūpina antibiotikus skiriančius gydytojus šių dokumentų kopijomis [24].

Šio tyrimo metu paaiškėjo, kad kiek ir kas daroma siekiant gerinti ir kontroliuoti antibiotikų vartojimą priklauso nuo kiekvienos ligoninės tam skiriamų lėšų, jose dirbančių specialistų žinių ir iniciatyvos. Todėl iškyla didžiulis nacionalinių rekomendacijų poreikis. Galima teigti, kad šiuo požiūriu išsiskiria universitetinės ligoninės, kuriose formuojama griežtesnė ir aiškesnė antibiotikų skyrimo politika. Galbūt dėl didesnio ir sunkiau sergančių pacientų srauto kyla ir didesnis poreikis apsaugoti nuo atsparių bakterijų. Be to, tikėtina, kad universitetinių ligoninių specialistai turi geresnes sąlygas gauti pakankamai žinių ir įvertinti problemą.

Svarbus veiksnys, galintis gerokai sumažinti neteisingą antibiotikų vartojimą, yra klinikinio farmakologo, klinikinio mikrobiologo, infekcinių ligų specialisto konsultacijos ir nuolatinis jų dalyvavimas antibiotikų skyrimo procese [25–27]. Klinikinio farmakologo Lietuvoje nerengia joks universitetas.

Tačiau dauguma diskusijose dalyvavusiųjų išreiškė poreikį ligoninėse turėti tiek klinikinį farmakologą, tiek klinikinį mikrobiologą, nors pripažino, kad nau- da būtų tik tuo atveju, jei šie specialistai būtų stiprūs savo srities žinovai. Tačiau daugeliui ligoninių iškyla ir kita problema – lėšų trūkumas ir išlaidos papildomoms darbo vietoms sukurti. Kaip parodė rezultatai, Lietuvoje dar nėra tvirtos gydančio gydytojo ir mi- krobiologo bendradarbiavimo praktikos. Čia padė- tį kiek gelbsti infekcinių ligų specialistai, kurie yra daugelyje ligoninių ir neretai pagal savo kompetenciją konsultuoja antibiotikų skyrimo klausimais.

Mikrobiologijos laboratorijos prieinamumas ir pakankamas mikrobiologinių tyrimų atlikimas – dar vienas veiksnys, prisidedantis prie racionalaus anti- biotikų skyrimo. Čia, gydytojų teigimu, susiduriama su sunkumais, kuomet trūksta lėšų ne tik pačiam mi- krobiologiniam tyrimui atlikti, bet ir transportuoti, tinkamai pervežti medžiagą, be to, ilgesnis atsakymo laukimo terminas. Diskusijų metu gydytojai akcenta- vo, kad mikrobiologiniai tyrimai atliekami retai.

Literatūros duomenimis, farmacinių kompanijų atstovų lankymasis ir jų informacija daugeliui dak- tarų yra vienintelis informacijos šaltinis apie naujus vaistus ir veiksnys, keičiantis vaistų išrašymo įpročius [28]. Prieštaringi duomenys gauti dėl farmacinių kom- panijų įtakos skiriant antibakterinius vaistus. Anketų duomenimis (kiekybinis tyrimas), daugiau nei pusė ligoninių nurodė, kad jose lankosi farmacinių kom- panijų atstovai reklamuodami antibiotikus. O disku- sijų metu, gydytojų manymu, farmacinės kompanijos

visiškai nedaro įtakos pasirenkant ir skiriant antibio- tikus, nes tai joms, anot medikų, finansiškai nenau- dinga. Priešingai nei gydytojai mano mikrobiologai, kurių teigimu, farmacija daro didžiulę įtaką pasiren- kant ir skiriant antibiotikus. Aiškesnes išvadas ga- lima būtų padaryti tik atlikus išsamią analizę pagal rajonus aptarnaujančias kompanijas ir suvartotus an- tibiotikus.

IŠVADOS

1. Lietuvos ligoninėse vyrauja skirtinga antibakteri- nių preparatų skyrimo tvarka, nėra sistemos, pa- gal kurią dirbtų visos ligoninės.
2. Vertinant realų antibakterinių vaistų suvartojimą turėtų būti atsižvelgiama į pacientų pirktų anti- bakterinių vaistų kieki.
3. Nors skirtingų specialistų nuomonė dėl farmaci- nių kompanijų išsiskyrė, tačiau įvertinus tarptau- tinę praktiką ir mikrobiologų nuomonę, galima daryti prielaidą, kad ligoninėse turėtų būti aiškiai nustatyta tvarka, numatanti farmacinių kom- panijų veiklą jose.
4. Diskusijų dalyvių nuomone, norint optimizuoti antibakterinių vaistų skyrimą reikia parengti re- komendacijas, gerinti diagnostiką ir racionalizuo- ti antibakterinių vaistų skyrimą pirminiame svei- katos priežiūros lygyje.

Straipsnis gautas 2010-09-23, priimtas 2010-11-30

Literatūra

1. Allerberger F, Lecher A, Wechsler-Forods A, Gareis R. Optimization of antibiotic use in hospitals – antimicrobials stewardship and the EU Project ABS International. *Chemotherapy*. 2008;54:260-7.
2. Hulscher ME, Grol RP, van der Meer JW. Antibiotic prescribing in hospitals: a social and behavioural scientific approach. *Lancet Infect Dis*. 2010;10(3):167-75.
3. Chang MT, Wu TH, Wang CY, Jang TN, Huang CY. The impact of an intensive antimicrobial control program in a Taiwanese medical centre. *Pharm World Sci*. 2006;4:257-64.
4. Hosoglu S, Esen S, Ozkurt R, Altindis M, Ertek M, Kaygusu S et al. The effect of restriction policy on the antimicrobial consumption in Turkey: a country-wide study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2005;61(10):727-31.
5. Larson EL, Quiros D, Giblin T, Lin S. Relationship of antimicrobial control policies and hospital infection control characteristics to anti- microbial resistance rates. *Am J Crit Care*. 2007;16(2):110-20.
6. Dryden MS, Cooke J, Davey P. Antibiotic stewardship – more educa- tion and regulation not more availability. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2009;64:885-8.
7. Ozkurt Z, Erol S, Kadanali A, Ertek M, Ozden K, Tasyaran MA. Changes in antibiotic use, cost and consumption after an antibiotic restriction policy applied by infectious disease specialists. *Jpn J Infec Dis*. 2005;58(6):338-43.
8. Rogues AM, Dumartin C, Parneix P, Prudhon H, Placet-Thomazeau B, Beneteau C et al. Policies for the use of antibiotic in 99 Southwestern French hospitals in 2002. *Med Mal Infec*. 2005;35(11):536-42.
9. Nouwen JL. Controlling antibiotic use and resistance. *Clin Infect Dis*. 2006;42(6):776-7.
10. Cunha BA. Antibiotic resistance: a historical perspective. *Semin Respir Crit Care Med*. 2000;21(1):3-8.
11. MacDougall C, Polk RE. Antimicrobial stewardship programs in he- alth care systems. *Clin Microbiol Rec*. 2005;18(4):638-56.
12. Peklar J, Tartar F, Mrhar A. Evaluation of the introduction of an an- timicrobial drugs formulary in a general hospital in Slovenia. *Pharm World Sci*. 2004;26(6):361-5.
13. Woodford EM, Wilson KA, Marriott JF. Documentation of antibiotic prescribing controls in UK NHS hospitals. *J Antimicrob Chemother*. 2004;53(4):650-2.
14. Phillippe L, Christian BB. Hospital antibiotic stewardship. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2008;21(4):344-9.
15. Tunger O, Karakaya Y, Cetin CB, Dinc G, Borand H. Rational antibio- tic use. *J Infec Dev Ctries*. 2009;3(2):88-93.

16. Kritsotakis EI, Assithianakis P, Kanellos P, Tzagarakis N, Ioannides MC, Gikas A. Surveillance of monthly antimicrobial consumption rates stratified by patient care area: a tool for triggering and targeting antibiotic policy changes in the hospital. *J Chemphther.* 2006;18(4):394-401.
17. Recommendations for Antibiotic Stewardship in Irish Hospitals. Hospital Antibiotic Stewardship options, 2003.
18. Williamson JE. Improper antibiotic use costing hospitals millions. *Healthcare Purchasing News*, 2000.
19. Babette C van Hees, Ruiter E, Wiltink EH, Jongh BM, Tersmette M. Optimizing use of ciprofloxacin: a prospective intervention study. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* 2008;61:210-213.
20. Miliiani K, L'Heriteau F, Alfandari S, Arnaud I, Costa Y, Deliere E, Carbonne A, Astagneau P. Specific control measures for antibiotic prescription are related to lower consumption in hospitals: results from a French multicentre pilot study. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* 2008;62:823-829.
21. Bitinas B, Rupšienė L, Žydžiūnaitė V. Kokybinio tyrimo metodologija. Vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. II tomas. Klaipėda, 2008;8-9.
22. Rupšienė L. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija. Klaipėda, 2007;19.
23. World Health Organisation. WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance, 2001.
24. Vlahovic-Palcevski V, Dumpis U, Mitt P, Gulbinovic J, Struwe J, Palevski G et al. Benchmarking antimicrobial drug use at university hospitals in five European countries. *Clin Microbiol Infect.* 2007;31(3):277-83.
25. Projan SJ. Why big Pharma getting out antibacterial drug discover? *Curr Opin Microbiol.* 2003;6(5):427-30.
26. Hadi U, Duerink DO, Lestari ES, Nagelkerke NJ, Keuter M, Huis I et al. Audit of antibiotic prescribing in two governmental teaching hospitals in Indonesia. *Clin Microbiol Infect.* 2008;14(7):698-707.
27. Erbay A, Bodur H, Akinci E, Colpan A. Evaluation of antibiotic use in intensive care units of a tertiary care hospital in Turkey. *J Hosp Infect.* 2005;59(1):53-61.
28. Day R. How to make the most of a visit from a pharmaceutical company representative. *Aust Prescr.* 2000;23:97-9.

Health care professionals attitude towards antibiotic use and it influencing factors in Lithuanian acute hospitals

Asta Jurkevičienė¹, Rolanda Valintėlienė¹, Aušra Beržanskytė^{1,2}

¹Institute of Hygiene, ²Vilnius University Faculty of Medicine

Summary

Objective. Survey in Lithuania showed big differences in antibiotic consumption and their structure in acute hospitals. The main aim of this qualitative study was to enlighten health care professionals' attitude towards antibiotic use and it influencing factors in Lithuanian hospitals.

Methods. Focus group discussions were done with staff from hospitals with different consumption level. Six discussions were organised in total: two with therapists, one with surgeons, one with microbiologists and two with heads of department. Content analysis was applied working up the conversation material in several steps: multiple listening / reading of discussions; search of semantically close answers and keywords; summarising by forming categories, subcategories; interpretation.

Results. Focus group discussions showed that overall antibiotic consumption should be higher than the one found in quantitative study as some antibiotics are obtained by patients. Methods regulating antibiotic prescription differ between hospitals but in general control of antibiotic prescribing is performed rarely. Antibiotic prescribing is mainly based on doctor's decision. Pharmaceutical

companies don't influence antibiotic choice and prescribing according to physicians', but microbiologists have opposite opinion. National guidelines, improvement of diagnostics and optimization of antibiotic use in outpatient setting were highlighted by discussants as main points to rationalize antibiotic use in healthcare.

Conclusions. The study revealed the absence of antibiotic policy in Lithuanian acute hospitals in general. Lack of stewardship was enlightened as the main problem to work on.

Keywords: antibiotics, influencing factors, hospitals, content analysis.

Correspondence to Asta Jurkevičienė,
Institute of Hygiene,
Didžioji 22, LT-01 128 Vilnius, Lithuania.
E-mail: asta@hi.lt

Received 23 September 2010,
accepted 30 November 2010