

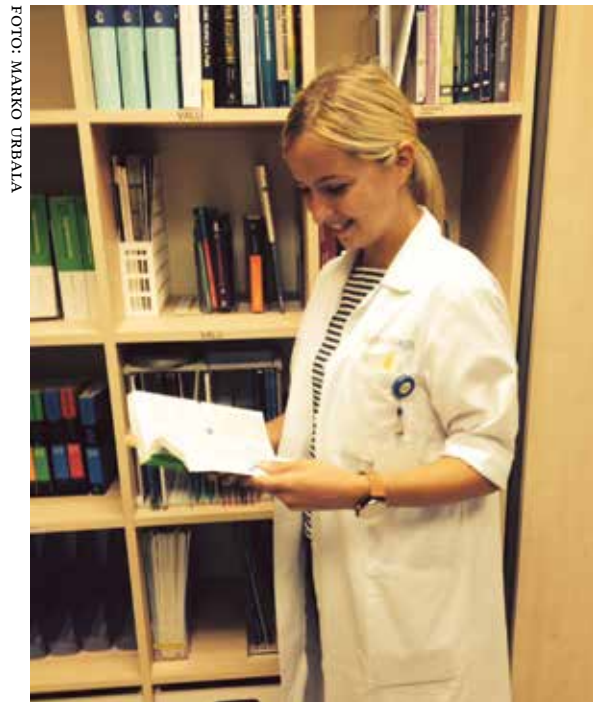
Põhja-Eesti Regionaalhaigla haiglaapteegi koostöö kvaliteediteenistuse ja järelravi kliinikuga parima ravitulemuse nimel

Laura Orav, proviisor, Põhja-Eesti Regionaalhaigla haiglaapteek
Marko Urbala, juhataja asetäitja, Põhja-Eesti Regionaalhaigla haiglaapteek
Kristjan Kongi, juhataja, Põhja-Eesti Regionaalhaigla haiglaapteek
Merike Johanson, kliiniku juhataja, Põhja-Eesti Regionaalhaigla järelravi kliinik
Toomas Marandi, kliiniline farmakoloog, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
 kvaliteediteenistus; kardioloog-vanemarst, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
 kardioloogiakeskus

2014. aasta talvel sai alguse Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) haiglaapteegi koostöö kvaliteediteenistuse ja järelravi kliinikuga, mille eesmärgiks on haigete professionaalne multidistsiplinaarne käsitus ja ratsionaalse farmakoteraapia rakendamine igapäevases ravitegevuses, samuti suurema tähelepanu pööramine ravimite kasutamise ohutuse aspektidele.

PERH proviisorid koos haigla kliinilise farmakoloogiaga käivad järelravi kliinikus suurtel visiitidel üks kord kuus. Visiitide käigus töötatakse koos kliiniku raviarstidega läbi iga patsiendi raviskeem pöörates suuremat tähelepanu võimalike kõrvaltoimete ennetamisele, kokkusobimatute ravimite kombineerimise vältimisele, üle- või alaannustamisele ja muudele ravikvaliteeti mõjutavatele aspektidele. Seni juba väga heaks koostööks kujunenud rutiin sai alguse kõigi kolme osapoole aktiivsusest ja integreeritud meeskonnatöö vajaduse teadvustamisest kliinilises praktikas.

Järelravi kliinikusse saavad patsiendid üldjuhul plaaniliselt aktiivraviosakondadest koos neile määratud raviskeemiga. Kuna haigeid on eelnevalt ravitud erinevates ravietappides ning tihti mitme eriala spetsialistide poolt, siis harilikult on tegemist üsna komplitseeritud raviskeemidega, mille asjakohasuse hindamine on suureks väljakutseks kõikidele osapooltele. Meie meeskonna lähenemine on patsiendikeskne. See hõlmab raviskeemide korrigeerimist sõltuvalt haige hetke seisundist ning prognoosist, et võimaldada patsiendil stabiliseeruda ning naasta koju võimalikult lihtsa tänapäevase ravisoovitusega. Tulenevalt haige prognoosist



Proviisor Laura Orav

tuleb nii mõnelgi korral piirduda vaid sümptomaatilise raviga. See tähendab olukorda, kus on lõpetatud patsiendi põhihaiguse aktiivravi ning keskendutakse vaid sümptomite leevendamisele.

Praktiline töökorraldus. Meie visiidipäev järelravi kliinikus on äärmiselt sisutihe ja produktiivne. Visiidi jooksul annab esmalt arst ülevaate konkreetse haige põhihaigusest ja kaasuvatest haigustest, teadaolevast prognoosist ning raviplaanist. Seejärel vaatame koos meeskonnaga üle patsiendi ravilehe, vajaduse kor-

ral esitame patsiendile täiendavaid küsimusi. Enamlevinud teemad, millega kokku puutume, hõlmavad näiteks opioidide kasutamist ja kõhukinnisust, mit-testeroidsete põletikuvastaste ravimite valikut konkreetse haigusseisundi puhul, paljude psühhotroopsete ravimite kooskasutamist, erinevate ravimite keemilist kokkusobivust/kokkusobimatust infusioonilahustes, nasogastraalsondi kaudu manustatavate ravimite purustamist jms. Kuna visiitidel osalevad ka patsientidega regulaarselt tegelevad osakondade õed, siis saame ülevaate ka piasjadest, mis võivad osutada oluliseks informatsiooniks raviprotsessi planeerimisel kuid ei pruugi kajastuda ravidokumentides. Suurepärase visiidi aluseks on kujunenud hea meeskonnatöö ning soov üksteiselt õppida – oluline on, et proviisor mõistaks arsti seisukohti kui ka see, et arstil oleks arusaam proviisori lähenemisest farmakoteraapiasse.

Milliste patsientidega on tegu? Keskmise järelravi kliinikus viibiv patsient on 2013. aasta seisuga 73 aastane, sõbralik ja jutukas, kellel on diagnoositud keskeltläbi viis erinevat haigust. Seetõttu ei tohi raviotsuste tegemisel unustada patsiendi vanust, sellega kaasuvaid seisundeid ja sümptomeid, mitmete samaaegselt esinevate krooniliste haiguste rolli, võimalike kõrvaltoimete ohte ning sotsiaalset tausta. Varasemalt on näidatud, et 27% ravimitega seotud vigadest oleks võimalik ära hoida haigla aktiivravi osakondades ning 42% vigadest on ennetatavad järelravi etapis^{1,2}. Ameerika Geriaatriite Selts (American Geriatrics Society) on toonud välja ja Beers kriteeriumi (ingl. k. Beers Criteria) ja sellega koos 53 erinevat ravimit või ravimite gruppi, mis võivad osutada ohtlikeks just kõrges eas patsientide puhul³. Kriteeriumi järgi on võimalik hinnata ravimite ohutust nii nende omavahelises kombineerimises kui ka ravimite kasutamises teatud haigusseisundite puhul. Näitena toome ka meie patsientidel suhteliselt levinud kesknärvisüsteemi toimivate ravimite liigse kasutamise ja omavahelise kombineerimise. See võib põhjustada ülemäärast unisust ja pärssida kehalist aktiivsust või tekitada pearinglust ning sellega seoses suurendada kukkumisohtu. Seetõttu tuleb ravimite määramisel kinni pidada põhimõttest „less is more“ ehk „vähem on parem“. Samuti on vajalik läbi mõelda, kas konkreetse seisundi puhul on ohutum kasutada lühitoimelist või pikatoimelist ravimvormi arvestades näiteks patsiendi neerufunktsiooni või ravimi manustamissagedust (ravimi kasutamismugavust). Eelkirjeldatud koostöö käigus on ilmnunud, et krooniliste haiguste ravis oleme tihti viimaseks filtriks enne patsiendi haiglast väljakir-

jutamist ja meil lasub vastutus kindlustada talle ohutuim optimaalne kodune raviskeem, milles haige ise suudaks orienteeruda.

Kokkuvõtteks. Tänapäeva vananevas ühiskonnas muutub ka igapäevane haigete kontingent järjest eakamaks. Lisanduvad uued kaasuvad kroonilised haigused ja raviskeemid muutuvad üha keerukamateks, tuues kaasa üha suurema vajaduse multidistsiplinaarseks koostööks. Meie koostöö on väga heaks näiteks, kuidas võiks haigete käsitus areneda Eesti haiglates arstide, proviisorite ja õdede koostööna. Loodame, et meie hea kogemus innustab ka teisi erialakaaslasi haiglates leidma toredaid koostööpartnereid osakondades, et koos arendada kliinilise farmaatsia ja kliinilise farmakoloogia eriala ja suurendada nende erialade spetsialistide rolli igapäevases ravidagnostilises töös.

Järelravi kliinikust:

PERH järelravi on 132 voodikohaga eraldi korpuses asuv kliinik, mis jaguneb neljaks osakonnaks: öendusabi, intensiivravi, kirurgiline ja onkoloogiline järelravi ning neuroloogiline ja sisehaiguste järelravi. Järelravi etapp järgneb vajadusel patsiendi aktiivravile, mille eesmärgiks on inimese tervisliku ja funktsionaalse seisundi taastamine. Teisisõnu järelravi teostatakse siis kui patsiendil on teatud näidustustel vaja veel mõned nädalad täiendavalt haiglas viibida. Kui järelravi etapil selgub, et haigestumiseelse seisundi taastamine ei ole võimalik, siis suunatakse stabiliseerunud seisundis haige hooldusravisse ehk järelravi öendusabi osakonda. Järelravi keskmine ravipäevade arv ühe patsiendi kohta oli 2013. aastal 29,2 päeva. Patsiendi tervisliku seisundi eest vastutavad kliiniku üldarstid.

1. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities.

Gurwitz JH, Field TS, Judge J, Rochon P, Harrold LR, Cadoret C, Lee M, White K, LaPrino J, Erramuspe-Mainard J, DeFlorio M, Gavendo L, Auger J, Bates DW. Am J Med. 2005 Mar;118(3):251-8.

2. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW. JAMA. 2003 Mar 5;289(9):1107-16

3. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel.

J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616-31.