

FARMACEVTSKA SKRB PRI HIPERTENZIJU; VLOGA KLINIČNEGA FARMACEVTA V ZUNANJI LEKARNI

PHARMACEUTICAL CARE IN HYPERTENSION MANAGEMENT; ROLE OF CLINICAL PHARMACIST IN COMMUNITY PHARMACY

AVTOR / AUTHOR:

Meta Milovanovič, mag. farm., spec.

Lekarna Dravlje, Ulica bratov Babnik 10, 1000 Ljubljana

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: metka@lekarna-dravlje.si

Tel.: 01/ 510 3320

POVZETEK

Glavni cilj izvajanja programov farmacevtske skrbi v javnih lekarnah je zmanjšati obolevnost in smrtnost populacije zaradi problemov povezanih z zdravili. Farmacevtska skrb v javnih lekarnah se izvaja po enotnih principih. Klinična farmacija je zdravstvena specialnost, ki vključuje aktivnosti in storitve za racionalno in pravilno uporabo zdravil in medicinskih pripomočkov. Sodelovanje kliničnega farmacevta v izvajanju farmacevtske skrbi po določilih dobre lekarniške prakse pri izvajanju programov farmacevtske skrbi je pomembno za zagotavljanje kakovosti storitev in s tem doseganja zastavljenih ciljev.

KLJUČNE BESEDE:

farmacevtska skrb, klinični farmacevt, javna lekarna, hipertenzija

ABSTRACT

Main goal of pharmaceutical care programs in community pharmacies is to reduce morbidity and mortality caused by drug related problems. Pharmaceutical care in community pharmacies is carried out in uniform principles. Clinical pharmacy is health specialty, which describes the activities and services of the clinical pharmacist to develop and promote the rational and appropriate use of medicinal products and devices. Collaboration of clinical pharmacist in performing pharmaceutical care programs according to Good pharmaceutical practice is important for assuring quality of service and achieving defined goals.

KEYWORDS:

pharmaceutical care, clinical pharmacist, community pharmacy, hypertension

1 UVOD

Farmacevtska skrb je odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili za doseg pozitivnih končnih izidov, katerih namen je optimizirati bolnikovo kakovost življenja povezano z zdravjem (Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Uradni list RS št.39/13.4.2006). Gre za nove lekarniške storitve, s popolnoma novim strokovnim pristopom v izvajanju lekarniške dejavnosti in zahteva bistveno spremembo v načinu in organizaciji dela v lekarni. Zato je Lekarniška zbornica Slovenije v sodelovanju z razširjenim strokovnim kolegijem za lekarniško dejavnost pri oblikovanju strokovnih osnov in smernic povzela organizacijsko strukturo po vzoru projektov farmacevtske skrbi EuroPharm Foruma. To pomeni, da se farmacevtska skrb uvaja v obliki programov za skupine bolnikov glede na vrsto kroničnega obolenja (npr. farmacevtska skrb pri hipertenziji, sladkorni bolezn, astmi...) ali druge skupne značilnosti (npr. farmacevtska skrb za starostnike). Prednost tega pristopa je, da se za vsak program oblikujejo strokovne smernice, ki vključujejo navodila in protokole za izvajanje, usklajene z medicinsko stroko in drugimi strokami, ki sodelujejo v posameznem procesu obravnave bolnika. Organizirajo se strokovna izobraževanja za pridobivanje poglobljenih znanj o izbranih obolenjih in zdravilih ter za izvajanje novih storitev, na primer s področja komunikacije, vodenja dokumentacije in podobno. S širjenjem programov in vključevanjem vse večjega števila lekarn želimo vzpostaviti osnove za rutinsko izvajanje postopkov farmacevtske skrbi kot orodja za preprečevanje, odkrivanje in reševanje težav povezanih z zdravili ne glede na bolezen ali populacijo.

V Sloveniji smo pričeli z izvajanjem farmacevtske skrbi v lekarnah na osnovi projektov EuroPharm Foruma konec devetdesetih let prejšnjega tisočletja. Pri uvajanju farmacevtske skrbi v vsakodnevno lekarniško prakso smo se srečali s številnimi problemi od katerih jih kar nekaj obstaja še v tem času. Med ključnimi problemi sta bila slabo poznavanje koncepta farmacevtske skrbi s strani lekarniške stroke in prepoznavnost novih storitev s strani zdravstvenih strok in samih uporabnikov. Lekarniška zbornica je v letu 2008 sprejela pomemben dokument »Dobra lekarniška praksa pri izvajanju programov farmacevtske skrbi«, katerega namen je bil definirati pogoje za izvajanje programov in standardizirati postopke pri izvajanju farmacevtske skrbi ter s tem zagotoviti kakovostno izvajanje po eni strani in prepoznavnost po drugi strani.

Kot problem pri uvajanju farmacevtske skrbi v naše lekarne se je pokazalo tudi dejstvo, da projekti EuroPharm Foruma niso bili uvrščeni v obstoječe univerzitetne študijske programe ter da je obstajalo vsesplošno odklonilno mnenje zdravniške stroke o umeščenosti magistra farmacije v partnerski odnos pri obvladovanju bolnikove uporabe zdravil v konceptu kakovosti bolnikovega življenja. Danes študenti farmacije pridobijo v teku študija bistveno več znanj za izvajanje kognitivnih storitev farmacevtske skrbi. Prav tako se v zadnjih letih počasi spreminja tudi mnenje zdravniške stroke, ki je vedno bolj naklonjeno sodelovanju obeh strokovnjakov pri obravnavi bolnika.

Nerešen žal še vedno ostaja problem, ki je prav tako ključen in močno ovira uvajanje in izvajanje farmacevtske skrbi v naših lekarnah: principi farmacevtske skrbi še vedno niso celovito podprti s predpisi, ki urejajo področje zdravstva oz. lekarniške dejavnosti, kar vpliva predvsem na možnosti financiranja novih storitev in posledično zelo omejuje dostopnost do le-teh.

2 CILJI IZVAJANJA PROGRAMOV FARMACEVTSKE SKRBI V JAVNIH LEKARNAH

Glavni cilj izvajanja programov farmacevtske skrbi v javnih lekarnah je zmanjšati obolevnost in smrtnost populacije zaradi problemov povezanih z zdravili. S tem bomo vplivali na boljšo kakovost življenja povezano z zdravljenjem in zdravjem ter na zmanjšanje stroškov zdravljenja z zdravili.

Za doseganje glavnega cilja smo si postavili tudi delovne cilje. Prvi je standardizacija postopkov pri izvajanju farmacevtske skrbi in s tem zagotavljanje kakovostnega izvajanja. Drugi delovni cilj je vzpostavitev aktivne vloge lekarniškega farmacevta pri obvladovanju težav povezanih z zdravili in pri obvladovanju kroničnih nenalezljivih obolenj.

¹ Europharm Forum: The European Forum of Pharmaceutical Associations and WHO je bil ustanovljen z namenom vzpostaviti sodelovanje med nacionalnimi farmacevtskimi združenji Evrope za izboljšanje zdravja v Evropski regiji na osnovi ciljev Zdravje za vse do leta 2000. Združuje farmacevtska združenja vse Evrope, tudi novonastale države centralne in vzhodne Evrope. Program Europharm Foruma vključuje: izboljšati zdravljenje z zdravili, izboljšati informiranost zdravstvenih delavcev, pacientov in družbe nasploh o zdravilih, učvrstiti sodelovanje med zdravstvenimi delavci, izboljšati organiziranost preskrbe z zdravili (od proizvajalca do končnega uporabnika).

3 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA PROGRAMOV TER NALOGE IN ODGOVORNOSTI POSAMEZNIH SUBJEKTOV

Dobra lekarniška praksa pri izvajanju programov farmacevtske skrbi definira tudi organizacijsko strukturo, katere namen je predvsem lažje uvajanje farmacevtske skrbi in z njo povezanega novega principa dela v lekarnah. Vključena je sama Lekarniška zbornica kot krovna organizacija, ki skrbi za strokovno izvajanje z oblikovanjem in sprejemanjem smernic, navodil in protokolov, z organizacijo izobraževanj, imenovanjem nacionalnih koordinatorjev za posamezne programe, organizira mrežo sodelujočih lekarn in definira pogoje, ki so obvezni za vključitev v mrežo lekarn.

Za vsak program farmacevtske skrbi, ki se izvaja na nacionalni ravni Lekarniška zbornica imenuje koordinatorske, ki je odgovoren za pripravo in posodabljanje smernic in navodil za izvajanje ter pravilno uporabo le-teh v sodelujočih lekarnah. Naloga koordinatorja je tudi povezovanje z ostalimi strokami, ki sodelujejo v procesu zdravljenja ter promocija programa v strokovni in laični javnosti.

Lekarna, ki želi izvajati enega ali več programov farmacevtske skrbi (sodelujoča lekarna), mora zadostiti določenim pogojem, ki jih predpiše Lekarniška zbornica v Pravilih dobre lekarniške prakse pri izvajanju farmacevtske skrbi. Bistveni pogoji so poseben prostor za svetovanje, odgovorna oseba za izvajanje posameznega programa skladno s smernicami (moderator) in vodenje določene dokumentacije.

Moderator je magister farmacije s posebnimi znanji, ki jih pridobi na izobraževalnih programih za vodenje in izvajanje programov farmacevtske skrbi. Zadolžen je za strokovno izvajanje posameznega programa v eni ali več lekarnah oz. lekarniških enotah ter za poročanje o izvajanju programa.

4 POSTOPKI PRI IZVAJANJU FARMACEVTSKE SKRBI

Farmacevtska skrb v javnih lekarnah se izvaja po enotnih principih. Za vsakega bolnika, vključenega v program farmacevtske skrbi, v lekarni izvajamo šest ključnih postopkov:

1. Vzpostavitev terapevtskega odnosa med farmaceutom in bolnikom. Terapevtski odnos kot temelj farmacevtske skrbi, je delitev odgovornosti med bolnikom in farmaceutom, ki soglašata, da bosta delovala skupaj z namenom doseči optimalne izide zdravljenja. Brez vzpostavitve terapevtskega odnosa ni možen noben nadaljnji ukrep pri zagotavljanju farmacevtske skrbi. Odgovornosti obeh partnerjev v odnosu morajo biti definirane in prepoznane.
2. Pregled podatkov o bolniku. Pregled podatkov o zdravljenju z zdravili obsega zbiranje in organiziranje podatkov, potrebnih za izvajanje programa farmacevtske skrbi in vključuje tako zdravstvene kot tudi demografske podatke o posamezniku. Pregled podatkov vsebuje tudi oceno, odkrivanje in reševanje problemov povezanih z zdravili, na primer klinična primernost vsakega od zdravil, ki jih bolnik uporablja, primernost odmerka in režima odmerjanja za vsako zdravilo, vključno z upoštevanjem indikacij, kontraindikacij, neželenih učinkov in možnih interakcij z drugimi sočasnimi zdravili, terapevtsko podvajanje ali uporaba nepotrebnih zdravil. V pregledu podatkov ocenimo tudi bolnikovo zavzetost pri zdravljenju z zdravili ter ocenimo prisotnost nezdravljene bolezni oz. stanja.
3. Posredovanje individualno prilagojenih navodil za jemanje zdravila na bolnikovem domu – osebna kartica zdravil in individualno prilagojena navodila za pozitivne spremembe življenjskega sloga.
4. Izdelava individualnega načrta farmacevtske skrbi: Ob vsakem obisku v lekarni, če ugotovimo probleme povezane z zdravili, za bolnika izdelamo plan farmacevtske skrbi. To je seznam težav povezanih z zdravili, predlagane rešitve in postavljeni cilji za vsako zdravilo ali težavo povezano z zdravili. Plan vedno izdelamo skupaj z bolnikom in po potrebi z njegovim osebnim zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem.
5. Ukrepanje farmacevta (=farmacevtska intervencija) za izvajanje plana farmacevtske skrbi.
6. Spremljanje in ocena bolnikovega odgovora na zdravljenje z zdravili, vključno z varnostjo in učinkovitostjo.

Določimo intervale, datume obiskov in ugotavljamo spremembe. Upoštevamo podatke laboratorijskih izvidov, če so dosegljivi ter druge podatke, ki jih pridobimo z meritvami in v razgovoru s pacientom v lekarni. Ob rednih obiskih v lekarni poteka tudi izobraževanje bolnikov o pravilni uporabi zdravil in o vsebinah potrebnih za razumevanje ciljev zdravljenja ter učenje bolnikov za pravilno uporabo medicinskih pripomočkov.

Poleg individualnih storitev farmacevtske skrbi za posameznega bolnika, se v okviru izvajanja farmacevtske skrbi v lekarni izvaja tudi:

1. promocija pravilne in varne uporabe zdravil
2. promocija zdravega načina življenja;
3. zgodnje odkrivanje oseb z dejavniki tveganja za nastanek kroničnega obolenja ter odgovorno ukrepanje farmacevta.

5 VREDNOTENJE

Farmacevtska skrb je kognitivna lekarniška storitev, ki pa do tega trenutka še vedno nima statusa zdravstvene storitve. Posledica tega je, da lekarne te storitve ne moremo vključiti v Splošni dogovor, ki odloča o financiranju posameznih dejavnosti v zdravstvenem sistemu. Lahko rečemo, da je farmacevtska skrb nadstandardna lekarniška storitev, saj ni plačana iz javnih sredstev. Potencialni plačniki teh storitev so torej prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, lahko tudi delodajalci (po vzorcu ZDA) za svoje zaposlene in seveda sami uporabniki.

Lekarniška zbornica je ob uvedbi dobre prakse pri izvajanju programov farmacevtske skrbi izdelala tudi predlog vrednotenja posameznih postopkov. Predlog temelji na obstoječem storitvenem sistemu, ki točkuje posamezne storitve glede na čas, porabljen za izvedbo storitve in kader, ki storitev izvaja. V tem predlogu je v vseh predlaganih storitvah vključen tudi specialist klinične ali lekarniške farmacije.

6 FARMACEVTSKA SKRB PRI HIPERTENZIJ

Program farmacevtske skrbi pri hipertenziji v slovenskih lekarnah smo povzeli po modelu, ki je nastal kot skupen projekt CINDI programa Svetovne zdravstvene organizacije in EuroPharm Foruma. Glavni cilj programa je izboljšati nadzor nad krvnim tlakom na ravni družbe z aktivnim sodelovanjem farmacevta v preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju hipertenzije.

Ciljna populacija so vsi odrasli obiskovalci lekarne s poudarkom na osebah z enim ali več dejavniki tveganja za razvoj kardiovaskularnih obolenj in bolnikov, ki se že zdravijo zaradi zvišanega krvnega tlaka.

Program farmacevtske skrbi pri hipertenziji izvajamo po smernicah, ki so nastale na osnovi projekta CINDI/EuroPharm Foruma (1) in jih je sprejela in potrdila Lekarniška zbornica Slovenije. Smernice so usklajene tudi z Dobro lekarniško prakso pri izvajanju programov farmacevtske skrbi ter vsebujejo:

- navodila za izvajanje programa, z opisom ključnih postopkov farmacevtske skrbi.
- protokole za merjenje krvnega tlaka, za odkrivanje dejavnikov tveganja ter za ukrepanje glede na izmerjen krvni tlak in ugotovljene dejavnike tveganja. Protokoli se redno posodablajo in usklajujejo z medicinskimi smernicami za odkrivanje, zdravljenje in vodenje arterijske hipertenzije.
- obvezne evidence o rezultatih in izvajanju programa, ki zagotavljajo kakovost storitev
- Smernice definirajo tudi obvezno strokovno izobraževanje za farmacevte vključene v izvajanje programa. Izobraževanje organizira Lekarniška zbornica Slovenije vsaj enkrat letno v obliki predavanj in učnih delavnic. Izobraževalni program zajema vsebine s področja hipertenzije, zdravil za zdravljenje hipertenzije, promocije zdravja, farmacevtske skrbi in komunikacije.

7 POSEBNOSTI PROGRAMA FARMACEVTSKE SKRBI PRI HIPERTENZIJU

VELIKO ŠTEVILO BOLNIKOV

Arterijska hipertenzija je najpogostejše srčnožilno bolezensko stanje in predstavlja enega največjih javnozdravstvenih problemov. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije umre vsak osmi prebivalec sveta zaradi zapletov arterijske hipertenzije (2). V raziskavi, ki je potekala v Sloveniji v letih 2007 do 2009 so ugotovili, da je prevalenca hipertenzije 64,3%. Urejenost krvnega tlaka je bila ugotovljena pri 31,3% bolnikov, ki so se zdravili z zdravili (3). Program farmacevtske skrbi torej potencialno vključuje veliko število pacientov.

POGOSTO SPREMINJANJE SMERNIC NA OSNOVI VELIKIH RAZISKAV

Zaradi obsežnosti zdravstvenega problema, ki ga predstavlja arterijska hipertenzija, se na tem področju v svetovnem merilu izvaja veliko pomembnih kliničnih raziskav. Na osnovi izsledkov teh raziskav se spreminjajo tudi medicinske smernice za obravnavo bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Z razvojem smernic se je spreminjal pristop pri zdravljenju bolnika z arterijsko hipertenzijo. Mednarodne in tudi slovenske smernice, sprejete konec devetdesetih let so uvedle oceno absolutnega srčnožilnega tveganja kot ključno opravilo v diagnostiki hipertenzije (4, 5). Trenutno velja, da odločitev o načinu zdravljenja arterijske hipertenzije temelji na oceni tveganja bolnika, ne le na višini krvnega tlaka. Za oceno tveganja se uporablja metodologija Framinghamskih tabel tveganja in tabel SCORE. Med dejavnike, ki vplivajo na tveganje in s tem na napoved izida zdravljenja so tudi subklinične okvare tarčnih organov (6, 7).

Skladno z medicinskimi smernicami se morajo spreminjati tudi smernice in navodila za izvajanje programa farmacevtske skrbi v lekarni.

SPREMLJANJE ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI

Za doseganje ciljnih vrednosti krvnega tlaka je pogosto težko izbrati optimalno zdravilo, saj je odziv bolnikov na isto zdravilo lahko zelo različen. Na začetku zdravljenja je potrebno redno spremljanje učinkovitosti zdravil in prilagajanje izbora in odmerka. Tudi po dosegu ciljnih vredno-

sti krvnega tlaka, je smiselno redno spremljanje učinkovitosti in varnosti zdravil, saj se le-ta lahko zaradi različnih dejavnikov spremeni. Na primer, zaradi na novo odkrite bolezni bolniku predpišejo dodatna zdravila, ki lahko s »staro« terapijo stopajo v interakcijo. Zaradi dodatne bolezni se lahko spremeni farmakodinamika ali farmakokinetika antihipertenzivnega zdravila. Veljavne smernice za hipertenzijo priporočajo za bolnike z majhnim tveganjem in vzpostavljenim nadzorom nad dejavniki tveganja pregled pri zdravniku vsakih 6 mesecev, če si bolnik redno meri krvni tlak doma, pa se ta interval lahko tudi poveča. Z uvedbo obnovljivih receptov se je pri velikem številu bolnikov interval med obiski pri zdravniku povečal na 12 mesecev. Pri tem opazimo, da si veliko bolnikov doma ne meri krvnega tlaka in bolniki nimajo nadzora nad učinkovitostjo zdravil. Prav tako v tem obdobju ni nadzora nad pojavljanjem dodatnih dejavnikov tveganja, nad neželenimi učinki zdravil oz. drugimi težavami povezanimi z zdravili ali nastankom okvar tarčnih organov.

Farmacevt v okviru programa farmacevtske skrbi za vsakega vključenega pacienta ob rednih obiskih izvaja aktivnosti za preverjanje učinkovitosti in varnosti zdravljenja z zdravili. Pri obravnavi bolnikov z arterijsko hipertenzijo je pomembno, da redno spremljamo višino krvnega tlaka, prisotnost drugih dejavnikov tveganja in tudi znake prizadetosti tarčnih organov.

V lekarni izvajamo meritve krvnega tlaka za ugotavljanje učinkovitosti zdravljenja in za odkrivanje potencialnih bolnikov. Meritve se izvajajo z merilniki predpisane kakovosti in po postopkih usklajenih z medicinsko stroko. Ukrepi farmacevta in napotitev k zdravniku se izvaja po protokolih, ki upoštevajo stopnjo tveganja za posameznega bolnika.

V lekarni lahko spremljamo tudi nekatere druge dejavnike tveganja, na primer telesno težo, abdominalno debelost, starost, kajenje, dislipidemijo (vsaj vrednosti skupnega holesterola in lipidov), krvni sladkor in družinsko anamnezo o prezgodnji srčnožilni bolezni.

Farmacevt v lekarni nima ne možnosti ne znanja, da bi lahko ugotavljal ali spremljal subklinične okvare tarčnih organov. O že ugotovljenih okvarah lahko pridobi podatke od bolnika in te podatke upošteva pri ukrepanju in napotitvah.

ASIMPTOMATSKI POTEK BOLEZNI

Bolezen poteka brez simptomov in se pogosto odkri-

je šele, ko se pojavijo zapleti. Posledica tega dejstva je slaba zavzetost bolnikov za zdravljenje z zdravili in nefarmakološko zdravljenje. Bolniki pogosto zelo težko sprejmejo dejstvo, da gre za doživljenjsko zdravljenje, zato jih je predvsem na začetku potrebno vzpodbujati k redni in pravilni uporabi zdravil. Slabo zavzetost in vztrajnost pri zdravljenju hipertenzije opažamo v lekarni tudi ob izdajah zdravil na obnovljive recepte, saj so intervali med dvigi zdravila velikokrat precej daljši kot bi pričakovali glede na količino prejetih zdravil. S predpisovanjem zdravil bolnikom s hipertenzijo na obnovljive recepte se je velik del odgovornosti za učinkovitost in varnost zdravljenja bolezni prenesel na samega bolnika. Ta mora zato imeti dovolj znanja in informacij o svoji bolezni, zdravilih in posledicah njihove nepravilne uporabe ter možnost, da sam preverja učinkovitost zdravljenja. Pomembno je, da bolnik te informacije in znanje črpa iz zanesljivih virov, ki ne zavajajo ali celo odvrtačajo od pravilnega zdravljenja.

Farmacevt v lekarni je tisti strokovnjak, ki je dostopen praktično ves čas in ima ogromno znanja o zdravilih in tudi sami bolezni. S svojim znanjem in učenjem lahko v veliki meri vpliva na zavzetost bolnika za zdravljenje hipertenzije.

8 VLOGA KLINIČNEGA FARMACEVTA V PROGRAMU FARMACEVTSKE SKRBI PRI HIPERTENZIJU

Klinična farmacija je zdravstvena specialnost, ki vključuje aktivnosti in storitve za racionalno in pravilno uporabo zdravil in medicinskih pripomočkov. Klinična farmacija vključuje storitve, ki so povezane z zdravjem bolnikov in jih izvajajo klinični farmacevti v bolnišničnih ali javnih lekarnah ter drugih ustanovah, kjer se predpisujejo in uporabljajo zdravila. Cilj aktivnosti klinične farmacije je promocija pravilne in primerne uporabe zdravil in medicinskih pripomočkov. Aktivnosti so usmerjene v:

- doseganje optimalnih kliničnih učinkov zdravil, na primer pravilno izvajanje terapije z zdravilom za vsakega posameznika,
- zmanjšanju tveganja za pojav težav povezanih z zdravili, na primer spremljanje terapije in zavzetosti bolnika za zdravljenje
- zmanjševanje izdatkov za zdravljenje z zdravili (8).

Glede na zgoraj opisano definicijo lahko celoten program farmacevtske skrbi pri hipertenziji obravnavamo kot aktiv-

nosti in storitve klinične farmacije. V praksi program izvajajo magistri farmacije z nekaterimi poglobljenimi znanji s področja klinične in lekarniške farmacije, ki jih pridobijo v izobraževanjih za izvajanje programa. V večini primerov so ta znanja omejena na hipertenzijo in zdravila za zdravljenje te bolezni.

Zdravljenje bolnika s hipertenzijo je kompleksno, upoštevati je potrebno številne dejavnike, ki vplivajo na izide. Vprašanje je, ali je magister farmacije kljub dodatnemu izobraževanju za program zadosti usposobljen za sprejemanje te odgovornosti v vseh primerih in za vse storitve, ki se izvajajo.

Zdravstveni sistem, ki ga imamo v Sloveniji v javnih lekarnah ne vključuje storitev klinične farmacije oziroma farmacevtske skrbi. Posledično javne lekarne skozi obstoječi sistem financiranja ne dobijo sredstev za zaposlovanje kliničnih farmacevtov, kar je velika ovira za razvoj javne lekarniške dejavnosti.

Iz istega razloga v javnih lekarnah tudi ni interesa za izobraževanje v programu specializacije iz klinične farmacije. Število specialistov klinične farmacije je v javnih lekarnah zelo majhno, zato bi v tem trenutku le težko dosegli, da je sodelovanje kliničnega farmacevta v izvajanju programa obvezno.

Kljub temu smo v predlogu za vrednotenje storitev, ki se izvajajo v programih farmacevtske skrbi upoštevali tudi čas kliničnega farmacevta. Ta naj bi sodeloval predvsem pri:

- pregledu podatkov bolnikov z oceno tveganja za nastanek težav povezanih z zdravili,
- izdelavi individualno prilagojenih navodil za uporabo zdravil (osebna kartica zdravil)
- izdelavi plana farmacevtske skrbi za reševanje odkritih težav povezanih z zdravili
- usklajevanju terapije in poročanju osebnemu ali drugemu zdravniku.

ALI STE VEDELI?

- Glavni cilj programov farmacevtske skrbi v javnih lekarnah je zmanjšati obolevnost in smrtnost populacije zaradi težav povezanih z zdravili.
- Lekarniška zbornica Slovenije je leta 2008 sprejela dokument »Dobra lekarniška praksa pri izvajanju programov farmacevtske skrbi, katerega namen je definirati pogoje za izvajanje programov in standardizirati postopke pri izvajanju farmacevtske skrbi.
- Sodelovanje kliničnega farmacevta v izvajanju farmacevtske skrbi v javnih lekarnah je ključno za zagotavljanje kakovosti storitev in s tem doseganje zastavljenih ciljev.

9 SKLEP

Sodelovanje kliničnega farmacevta v izvajanju farmacevtske skrbi po določilih Dobre lekarniške prakse pri izvajanju programov farmacevtske skrbi je ključno za zagotavljanje kakovosti storitev in s tem doseganja zastavljenih ciljev.

Programi farmacevtske skrbi še vedno niso uradno priznani kot zdravstvena storitev in zato niso plačani iz javnih sredstev. Pri oblikovanju cene storitev farmacevtske skrbi imamo zato bolj proste roke in s tem možnost pridobiti sredstva za sodelovanje kliničnega farmacevta. Kakovost izvajanja programov bi se s tem nedvomno povečala, prav tako tudi zaupanje medicinske stroke in samih pacientov. Pri tem se poraja etično vprašanje dostopnosti storitev za vse, ki bi takšno oskrbo potrebovali a si je ne bi mogli privoščiti. Po drugi strani pa je potrebno tudi upoštevati kakovost storitve, ki lahko bistveno vpliva na kakovost življenja uporabnika.

10 LITERATURA

1. WHO Regional Office for Europe, EUR/04/5049481: *Pharmacy-based hypertension management model: Protocol and guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project. Copenhagen, 2005.*
2. World Health Organisation. *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organisation, 2002*
3. Rok Acceto, Barbara Salobir, *Epidemiologija arterijske hipertenzije – regijske razlike, Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, XIX strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo. Zbornik 2010; 7 – 16.*
4. Accetto R, Dobovišek J, Dolenc P, Salobir B. *Slovenske smernice za obravnavo arterijske hipertenzije (2003). Zdrav Vestn 2004; 73: 507–17.*
5. Accetto R, Dobovišek J. *Predgovor urednikov. Arterijska hipertenzija 5. izdaja, 2004, Lek d.d.*
6. Accetto R, Brguljan-Hitij J, Dobovišek J, Dolenc P, Salobir B. *Slovenske smernice za zdravljenje arterijske hipertenzije. Zdrav Vestn 2008 77: 349–63.*
7. *2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension 2007; 25: 1105–87.*
8. *European Society of Clinical Pharmacy. What is Clinical Pharmacy. http://www.escpweb.org/cms/Clinical_pharmacy. Dostop: 04-04-2013.*