Национальный фармацевтический университет

КУРСОВАЯ РАБОТА

на тему: Организация фармацевтической опеки

Студентки 5курсу 1 группы

специальностіи7.12020101 - фармация

Мачулки Я. В.

м. Харків – 2013 рік

План

История развития фармацевтической опеки

Основные понятия

Фармацевтическая опека. Новое направление профессиональной деятельности провизора

Рекомендации и консультации для пациента

Факторы, которые могут влиять на исполнительность пациента

Препараты безрецептурного отпуска (ОТС-препараты)

Новая эволюция фармацевтической опеки

Доклад директора ОГУП гМ «Аптека No 57» О.Г. Мягковой «Проблемы в работе современной аптеки и пути их решения»

Умение и ориентировки провизора аптеки согласно лекарственного препарата

Алгоритм действий провизора при осуществлении фармацевтической опеки пациентов во время отпуска безрецептурных лекарственных препаратов для симптоматического лечения незначительных нарушений здоровья

Вывод

Список литературы

История развития фармацевтической опеки

В мировой медицинской практике специальность «клинический фармацевт» появилась в 1971 г. Примерно в это же время возникла клиническая фармакология как отдельная область медицины. Острая потребность в высококвалифицированных специалистах, которые в полной мере владели бы всесторонними знаниями о лекарствах и в то же время разбирались в вопросах лечения заболеваний, возникла в связи с резким ростом ассортимента лекарств (с 2 тыс. в 1940 г. до 12 тыс. в 1970 г.).

В настоящее время в развитых странах присутствует 30 000 - 40 000 наименований лекарственных средств. При этом побочные действия ЛС при амбулаторном лечении отмечаются у 10-20% больных, а 0,5-5% нуждаются в госпитализации для лечения осложнений фармакотерапии. В США частота возникновения побочных реакций у госпитализированных больных достигает 35%, при этом сроки госпитализации увеличиваются от 1 до 5,5 дня. Затраты, связанные с лечением осложнений, составляют в разных странах от 5 до 17% общих затрат на здравоохранение. Среди причин смертности последствия фармакотерапии (прием некачественных препаратов или неправильное их применение/сочетание) занимают пятое место. Вызвано это, в частности, тем, что при лек-обеспечении клиник нередко используется либо устаревшая, либо недостоверная информация из рекламных и популярных источников. Иногда выбор основывается только на цене лекарства, без учета его качества, а также стоимости и эффективности всего курса лечения. Все это негативно сказывается на состоянии здоровья населения и здравоохранении, создает почву для злоупотреблений и нерационального использования ресурсов. Предупредить нерациональное применение лекарств и связанные с ним последствия - задача клинических фармацевтов.

Такие специалисты весьма востребованы и в связи с широким распространением самолечения (использование потребителем лекарств для лечения распознанных самостоятельно нарушений и симптомов у себя и членов семьи, включая детей). Все больше больных предпочитают, минуя врача, обращаться за помощью в аптеки, где получают советы по выбору необходимых ЛС. Среди причин растущего недоверия к профессионализму врачей в области фармакотерапии - назначение устаревших и даже снятых с производства препаратов, незнание новых препаратов, правил применения ЛС, использование справочников в присутствии пациента, небрежное отношение к рекомендациям и выписыванию рецептов, попытки продать больному препарат во время приема, назначение лечения по принципу «не помогло это лекарство, попробуем другое». В 1979 г. ВОЗ была принята концепция «ответственного самолечения», то есть распределения ответственности за результаты лечения между потребителем лекарств, врачом и аптечным работником.

Вместе с тем значительно возросли значение и ответственность провизора (фармацевта): он обязан оказывать помощь больным при самолечении, информировать их обо всех преимуществах и недостатках лекарственных препаратов. Всемирной организацией здравоохранения и Международной фармацевтической федерацией было принято понятие «фармацевтическая опека» - ответственность провизора и фармацевта перед конкретным пациентом за результат фармакотерапии. В связи с этим получила широкое распространение специальность «Клинический фармацевт». В лечебно-профилактических учреждениях Франции клинические фармацевты составляют уже около четверти всех фармацевтов, а в США они работают почти в 80% больниц.

На Украине специальность «Клинический провизор» введена в номенклатуру провизорских специальностей в 1999 г., а должность клинического провизора включена в штатные расписания учреждений здравоохранения. С 1993 г. дисциплина «клиническая фармация» введена в учебный план по специальности «Фармация» Национальной фармацевтической академии Украины, а с 1997 г. - в учебные планы фармацевтических факультетов семи вузов страны.

В соответствии с классическим определением, клинический фармацевт - специалист с высшим фармацевтическим образованием, получивший подготовку в области лекарственных средств и фармакотерапии. Клиническая фармация связывает фармацию как науку о лекарственных средствах и фармакологию, предметом которой является взаимодействие лекарственного средства и организма человека. Участие клинического провизора в лечении повышает качество медицинской помощи, уменьшает количество врачебных ошибок, снижает частоту и тяжесть побочных реакций, которые сегодня очень распространены. В вопросах фармакотерапии важны мнения и врача, и клинического фармацевта. Их взаимопонимание позволяет наиболее рационально использовать огромный арсенал лекарственных препаратов.

Подготовку клинических фармацевтов осуществляют медицинские вузы, имеющие полноценные кафедры клинического профиля. Будущие специалисты получают практические навыки работы с больными непосредственно в разных отделениях клинических баз. Особое внимание при обучении клинических фармацевтов уделяется медико-биологическим дисциплинам (70% предметов, которые им преподают, обычные фармацевты/провизоры не изучают).

Основные понятия

Фармацевтическая опека –это комплексная программа взаимодействия провизора и пациента в течении всего периода лекарственной терапии, начиная то момента отпуска лекарства до полного окончания его действия.

Фармацевтическая опека подразумевает принятие провизором ответственности перед конкретным пациентом за результат лечения лекарственными препаратами.

В свете требований надлежащей аптечной практики(НАП) термин фармацевтическая опека в качестве идеологии практике, определяющей больного и общество как первичных пользователей деятельности фармацевта. Правомерно сказать, что належащая аптечная практика является одним из наиболее эфективных путей осуществления фармацевтической опеки.

Фармацевтическая опека подразумевает провизора ( фармацевта) совместно с врачом в активную деятельность по обеспечению здоровья и предотвращения заболеваемости населения. На провизора возглавляется обязанность обеспечить больного не только качественными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, но и содействовать их рациональному применению.

Фармацевтическая опека – комплексная программа взаимодействия провизора, врача и больного в течении всего периода медикаментозной терапии. Она должна проводится провизором в тесном сотрудничестве с другими профессионалами здравоохранения( врачами, медицинскими сёстрами) и больными.

Основой для надлежащей фармацевтической опеки являются профессиональные знания и опыт провизора, нормы професиональной фармацевтической этики, отношения провизора к больному, своим обязанностям, то есть фармацевтическая опека- важнейший аспект фармации

Лекарственные средства приносят пользу только в умелых руках. По данным ВОЗ, около 10% госпитализаций связано с неправильным назначением лекарств. Иногда, к сожалению, неправильное назначение и применение лекарственных препаратов может стать причиной тяжелых, порой летальных осложнений. Безопасное и эффективное применение лекарств во многом зависит от скоординированной деятельности врача и провизора. В свете концепции ответственного самолечения роль провизора возрастает.

Фармацевтическая опека. Новое направление профессиональной деятельности провизора

В начале 90-х годов Всемирная организация здравоохранения определила стратегическое направление развития здравоохранения во всем мире тремя словами: фокус на пациента. Это положение закреплено в документах ВОЗ и лежит в основе Программы действий по основным лекарственным препаратам (ЛП), утвержденной Европейским Региональным Бюро ВОЗ. В свете этой стратегии коренным образом меняется роль провизора в системе здравоохранения. Основной целью его профессиональной деятельности становится не столько повышение количества и качества лекарственных препаратов на рынке, сколько повышение эффективности и безопасности лекарственной терапии конкретного больного — обеспечение каждому больному надлежащего качества фармацевтической опеки.

Фармацевтическая опека включает следующие рекомендации и консультации для пациента:

Выбор оптимальной лекарственной формы и пути введения ЛП;

Правила использования разнообразных лекарственных форм;

Особенности индивидуального дозирования;

Особенности взаимодействия данного лекарственого препарата с другими препаратами;

Особенности взаимодействия данного лекарственого препарата с пищей, никотином, алкоголем;

О времени суток, оптимальном для приема данного препарата;

О возможности неблагоприятного влияния лекарства на функции органов и систем человека;

Об условиях хранения.

Повышение роли провизора в системе здравоохранения как мировая тенденция наметилось с конца 50-х годов и тесно связано с развитием концепции ответственного самолечения.

Самолечение — это разумное использование потребителем лекарственных препаратов, находящихся в свободной продаже, для профилактики и лечения нарушений самочувствия и симптомов, распознанных им самим. На практике оно также включает лечение членов семьи и знакомых, особенно когда дело касается лечения детей. Самолечение ни в коей мере нельзя рассматривать как альтернативу врачебного лечения, более того, оно должно иметь свои пределы там, где картину болезни и ее причины невозможно установить непрофессионалу, а применение лекарств на свой страх и риск может нанести вред.

Очень важно подчеркнуть, что прием лекарств, не находящихся в свободной продаже, под собственную ответственность, но без квалифицированного контроля (по совету друзей, из остаточных запасов “домашней аптечки”) ни в коей мере нельзя считать самолечением и следует рассматривать как совершенно недопустимое явление, хотя и широко распространенное в реальной жизни.С точки зрения органов здравоохранения, принятие концепции самолечения не только удовлетворит растущее желание населения управлять своим здоровьем, но и позволит удерживать общественные расходы на здравоохранение на разумном уровне.При самолечении провизор, являясь единственным квалифицированным собеседником потребителя-пациента, выполняет важную контрольно-консультационную функцию. Поскольку пациент приходит в аптеку без диагноза врача, при самолечении исходным моментом является самодиагноз. Отсюда следует, что провизор (клинический провизор) — никем не заменимый партнер пациента, намеревающегося приступить к самолечению. Опираясь на свое образование, опыт и специальные знания, в целях защиты пациента он принципиально и высокопрофессионально обязан проверять целесообразность действий пациента. Контрольная функция провизора находит свое выражение в общении, когда через консультационную беседу он получает от самого пациента надежную информацию, необходимую для начала самолечения. При этом провизор ни в коей мере не является конкурентом врача, а наоборот, дифференцированно отбирает контингент пациентов, нуждающихся именно во врачебной помощи.

Помимо этого контрольная функция провизора распространяется на:

Профилактику применения не отвечающим показания лекарств;

Указания на условия рационального применения ;

Разъяснения риска возникновения нежелательных побочных эффектов лекарственных средств;

Ограничением применения отдельных категорий лекарств;

В связи с развитием самолечения крайне необходимым является взаимное сотрудничество между пациентом, врачом и провизором. Необходимо слияние знаний и опыта, накопленного обеими медицинскими профессиями, во имя обеспечения надежного и качественного лекарственного лечения на благо пациента.

Необходимые условия для качественной фармацевтической опеки

Работники здравоохранения должны распространять среди провизоров информацию об основных препаратах и схемах лечения наиболее распространенных заболеваний.

Провизоры должны владеть знаниями по основам внутренних болезней.

Провизоры должны владеть основами рационального применения лекарств.

Провизоры должны владеть правилами проведения консультаций больным.

Необходим контроль информации, поступающей к провизору от производителя лекарств через их представителей и рекламу.

В настоящее время важное место отводят такому фактору, как готовность пациента выполнять рекомендации врача. Это новое понятие получило название комплаенс (Complians) — индекс кооперативности.

На исполнительность пациента могут повлиять следующие факторы:

1. Частота дозирования ( обычно соотношение «частота приема и исполнительность» имеет четкую обратно пропорциональную зависимость- чем чаще прием лекарственного средства, тем ниже исполнительного пациента);

2. Количество принимаемых за сутки таблеток (необходимость приема большого количества таблеток препарата не только неудобно для пациента но может поколебать его доверие и к препарату, и к лечащему врачу и даже стать причиной отказа от лечения;

3. Лекарственная форма принимаемого препарата (нередко лекарственна форма на может скрыть неприятный вкус препарата или не удобна для приема;

4. Связь приема препарата с приемом пищи;

5. Побочные эффекты лечения (зачастую пациенты отказываются от приема назначенных им лекарственных препаратов из-за неприятных ощущений вызванных последними: запоры, тошнота и д. р.)

Таким образом, пациента может сильно варьировать и соответственно существенно влиять на эффективность фармакотерапии.

Фундаментальные изменения в функции провизора, когда из банального продавца лекарств он становится незаменимым звеном в системе самолечения, являются необходимым условием развития рынка безрецептурных препаратов.

Препараты безрецептурного отпуска (ОТС-препараты)

Препараты безрецептурного отпуска (ОТС-препараты — от англ. over the counter) — обширная группа лекарств, которые пациент может купить для самолечения в аптеке (а некоторые лекарства и не только в аптеке) без рецепта врача. Они поступают к больному непосредственно из рук провизора, минуя врача.

Среди ОТС-препаратов достаточное количество лекарств, способных оказать значительное побочное действие, особенно при нерациональном применении.

Перечень препаратов, разрешенных для самолечения, может существенно отличаться в различных странах в зависимости от существующих систем здравоохранения и социально-экономических условий. Однако критерии отбора таких препаратов должны быть общими для всех и основываться на достоверных данных, большой терапевтической широте и стоимости.

Анализ 40 национальных исследований, посвященных самолечению, позволяет выделить 10 наиболее распространенных состояний, которые лечатся с помощью безрецептурных препаратов. Это — головная боль, кашель, простуда, боли в горле, расстройство желудка, запоры (или диарея), угревая сыпь, мышечные боли, порезы и ссадины.

Безопасное и эффективное использование безрецептурных препаратов возможно только при условии получения пациентом понятной и доступной информации об этих лекарствах. Потребитель должен четко знать, в каких случаях плохого самочувствия он может лечиться без помощи врача и какими лекарственными препаратами в этих случаях необходимо пользоваться.

Эта цель достигается с помощью правил, по которым должна быть составлена информация на упаковке лекарственных препаратов. Эти правила были сформулированы в Директиве 92.27. ЕС от 31 марта 1992 г. В соответствии с директивой наличие листка-вкладыша в упаковке всех лекарств обязательно до тех пор, пока вся необходимая информация не будет изложена на упаковке.

Листок-вкладыш должен быть составлен в соответствии с краткой характеристикой препарата и изложен в доступной для потребителя форме. Он должен содержать исчерпывающий перечень сведений в соответствии с установленным порядком.

Однако обеспечить пациента должной информацией о лекарствах только лишь с помощью инструкции на практике не представляется возможным по ряду причин:

Не все инструкции отвечают должным требованиям и для их правильного понимания необходимо образование, как минимум, выпускника фармацевтического училища;

Характерологические особенности ряда пациентов отрицательно сказываются на установке, читать длинную, подобную инструкцию;

Все эти причины на фоне роста популярности среди населения абсолютного большинства стран концепции самолечения обусловливают необходимость профессиональной подготовки провизоров как стратегических экспертов по выбору и применению препаратов ОТС.

Отдельные категории пациентов требуют от провизора повышенного внимания, так как риск развития побочного действия лекарств у них значительно выше, а последствия для здоровья могут быть значительно более тяжелыми, чем для “среднего” пациента.

Лекарственная терапия должна быть не искусством, а серьезной рациональной наукой. Только тогда возможно обеспечить больному эффективное и безопасное лечение. Гарантировать пациенту надлежащее качество лекарственной помощи возможно только при объединении врачей и провизоров. Для этого провизор должен в полной мере владеть знаниями клинической фармации.

Новая эволюция фармацевтической опеки

На рубеже XX–XXI веков произошла эволюция взаимоотношений врач — пациент — фармацевт, отметил В. Черных. Пациенты становятся более требовательными, меньше обращаются к врачам, начинают приобретать лекарственные средства через интернет, чаще прибегают к самолечению. Врачи, не успевая за стремительным увеличением количества препаратов, проявляют чрезмерный, «вынужденный» консерватизм в вопросах фармакотерапии, реже выписывают рецепты. В то же время фармацевт выходит на первый план, часто становится основным и единственным посредником между пациентом и лекарственным средством. Престиж профессии фармацевта стал высоким! Задача сегодняшнего дня — активное участие фармацевтов в обеспечении здоровья населения. Рекомендации фармацевта влияют на выбор препаратов для самостоятельного лечения пациентами. Фармацевт может и должен указать пациенту на дозы, курс лечения, особенности приема, противопоказания, побочные эффекты препаратов, несовместимость, на последствия самолечения, развеять мифы, созданные рекламой. Поэтому сегодня провизору с классическим фармацевтическим образованием приходится быть диагностом, психологом, маркетологом, диетологом, бизнесменом, юристом.

клинический провизор — не только лучший первостольник, визитная карточка аптеки, но и консультант как врача, так и пациента. Поэтому на Западе у постели больного сегодня два специалиста — клинический провизор и врач. Один хорошо знает этиологию, патогенез и клинику, другой — свойства препаратов. Врач проводит диагностику и совместно с клиническим провизором назначает лечение, оба делают записи и расписываются в истории болезни. Сегодня в медико-биологическом и клиническом цикле дисциплин, которые изучает клинический провизор, — 71% тех, которые обычный провизор не изучает. Поэтому в отличие от него клинический провизор может вместе с врачом участвовать в лечебном процессе.

В развитии клинической фармации В. Черных отметил позитивный опыт Европы, США и Канады, где клинический провизор (фармацевт) востребован в условиях страховой модели здравоохранения и успешно работает в условиях аптеки и клиники, способствуя повышению эффективности, в том числе экономичности и безопасности фармакотерапии. Напротив, в Российской Федерации и Молдове эту идею воплотить пока что не удалось, потому что не был построен соответствующий правовой фундамент. К тому же, не оправдала ожиданий идея готовить клинических провизоров в медицинских вузах.

В alma mater отечественной фармации еще в 1980–1990-е гг. в учебные планы подготовки провизоров были включены новые медицинские дисциплины, открыты соответствующие кафедры, а в 1996–1997 гг. в рамках украинско-канадской государственной программы «Партнеры в здравоохранении» представители харьковского, львовского и запорожского вузов посетили Канаду. В течение месяца представители украинской высшей школы перенимали зарубежный опыт, вскоре после чего согласно постановлению Кабинета Министров № 11871/33, приказам МЗ Украины № 231 и МОН Украины № 275 была введена новая специальность «клиническая фармация» и соответственно ей специалист — клинический провизор. Когда на следующий год после поездки украинской делегации нашу страну посетили канадцы с ответным визитом, они нашли, что могут многому поучиться в alma mater украинской фармации — не многопрофильном, как в Канаде, а сугубо фармацевтическом вузе с 200-летней историей. За 10 лет, которые прошли с тех пор, были разработаны учебные планы, созданы соответствующее учебно-методологическое обеспечение, клиника, начат выпуск журнала «Клиническая фармация». Сегодня должность клинического провизора утверждена среди провизорских должностей в учреждениях здравоохранения Украины (приказ МЗ Украины № 385). МОН Украины утверждены государственные стандарты высшего образования подготовки специалистов и магистров по специальности «клиническая фармация» (приказы МОН Украины № 629 от 29.07.2004 г. и № 196 от 16.03.2006 г. соответственно).

В аптеке клинический провизор выполняет такие основные функции: блиц-опрос посетителя; фармацевтическая опека при отпуске рецептурных и безрецептурных лекарственных средств; фармаконадзор и фармакобдительность; фармакоэкономический консалтинг для потребителя; оптимальный выбор безрецептурных препаратов; квалифицированное направление к врачу.

Участие клинического провизора может реально повысить качество оказания медицинской помощи, уменьшить количество врачебных ошибок, частоту и тяжесть побочных реакций, которые сегодня являются бичом фармакотерапии. Почему сегодня пациент, минуя врача, обращается за помощью в аптеку, к фармацевту? Причина этого — недоверие к профессионализму врачей в области фармакотерапии. Среди негативных факторов, усугубляющих это недоверие, В. Черных отметил такие: назначение устаревших, зачастую снятых с производства препаратов; незнание новых препаратов; использование справочников в присутствии пациента; незнание условий применения; небрежное, недобросовестное отношение к рекомендациям и выписыванию рецептов; попытки продать препарат прямо в кабинете, на приеме; лечение по принципу «не помогло это лекарство, попробуем другое!».

По данным опроса посетителей в харьковских аптеках, с доверием к информации, полученной от работников аптеки, относится подавляющее большинство опрошенных (94%), а более половины (60%) доверяют полностью. При этом многие пациенты готовы оплачивать такие услуги (Шуванова Е.В., 2003). Какие позитивные моменты в большей степени, чем отечественным, свойственны зарубежным компаниям? За рубежом во время обучения внимание фармацевта акцентируют на том, как разговаривать с пациентом, чтобы тот не ушел без помощи, что затем реализуется во время практической работы. Клинический провизор во многих странах осуществляет диагностические мероприятия (измерение артериального давления, уровня глюкозы в крови, посещение больного на дому, выписывание рецептов на некоторые препараты). Мы к этому тоже готовимся, подчеркнул В. Черных, — сложно, трудно, но процесс идет.

Особое значение, отметил ректор НФаУ, приобретают навыки по фармацевтической опеке при отпуске безрецептурных препаратов в эпоху стремительного распространения концепции самолечения. При самолечении или ответственном самолечении (согласно Европейской ассоциации производителей безрецептурных лекарственных средств — Association of the European Self-Medication Industry; AESGP) провизор — единственный квалифицированный консультант потребителя-пациента, выполняющий важную контрольно-консультационную функцию.

Во всем мире отмечается тенденция к расширению категории лекарственных средств, разрешенных законодательством к безрецептурному отпуску. В Российской Федерации ОТС-препараты обеспечивают 30%, в Дании — 24%, Польше — 23%, Германии — 17% объема аптечных продаж. В Украине de-facto таких препаратов — 90%.

На провизоре лежит огромная ответственность за информирование пациента о побочных действиях, условиях приема препарата, в том числе особенностях диеты, питьевого режима, допустимости приема алкоголя, курения и т.п. Случается, что пациент не осведомлен о том, каким образом следует применять препарат той или иной лекарственной формы (суппозитории, например), и фармацевт должен прийти ему на помощь.

По отношению к врачу провизор не является конкурентом, а наоборот, дифференцированно отбирает контингент пациентов, нуждающихся именно во врачебной помощи, отметил В. Черных. Хорошо разбираясь в вопросах фармакотерапии, провизор совместно с врачом определяет условия рационального применения лекарственных средств, меры по снижению риска побочных реакций, следит за соотношением стоимость/эффективность терапии.

За рубежом за предоставление в аптеке консультации пациент нередко осуществляет дополнительную оплату, порядка 10% стоимости препаратов, отметил ректор. Другая оплачиваемая услуга — изготовление препаратов в аптеке, причем под этим термином зачастую понимают осуществление индивидуальной упаковки определенного количества препарата (20 таблеток, например). За рубежом широко пользуются и индивидуальным изготовлением многокомпонентных лекарственных средств, что в полной мере следуют возродить и в нашей стране.

Из мероприятий, которые необходимы для улучшения эффективности работы аптек – учреждений здравоохранения, нужно выделить как минимум четыре:

- разработка отраслевого стандарта аптек – учреждений здравоохранения;

- четкое прописывание порядка лицензирования фармацевтической деятельности; - разработка критериев соответствия фармацевтической деятельности установленным правилам;

- изменение нормативной базы в увязке с теми функциями, которые должны быть возложены на аптеку.

В настоящее время перед аптеками стоят следующие задачи:

- равноправное участие в формулярных комиссиях учреждений здравоохранения;

- контроль использования ЛС в отделениях;

- контроль фармацевтической совместимости при назначении терапии.

Фармацевтический работник – это организатор качественной фармацевтической помощи, менеджер, владеющий навыками управления лекарственным обеспечением, осуществляющий рациональный отбор препарата, организацию закупок лекарств, средств медицинского назначения и их эффективного использования. Но фармацевтический работник – это еще и маркетолог, владеющий навыками маркетинга, а также консультант в учреждениях здравоохранения.

Главной целью социальной политики аптеки является последовательное повышение уровня жизни и доступность лекарственной и медицинской помощи. Аптечные организации занимаются обеспечением доступности лекарственной помощи, и когда мы говорим о балансе экономических и социальных аспектов деятельности аптеки, всегда во главу угла должны ставиться социальные аспекты.

Если мы говорим о доступности лекарственной помощи, то должны учитывать основные составляющие:

- сами ресурсы ЛС и их распределение;

- ассортиментную доступность;

- материально-техническую базу аптечных организаций. Что касается пространственной доступности (ценовая, ассортиментная и пространственная доступность препаратов), мы занимаем одну из лидирующих позиций в мире;

- экономический фактор – обеспеченность оборотными средствами и система ценообразования

Центральную роль во всех процессах играют аптечные организации. Именно для них работают производители и дистрибьюторы. Аптека является конечным звеном, где непосредственно соприкасаются субъекты фармацевтического рынка. По характеру своей деятельности, аптеки – особые организации. Они находятся на завершающем этапе доведения ЛС до потребителя, от деятельности аптек во многом зависит качество и доступность лекарственной помощи; препарат может быть качественным, но если его неправильно представить пациенту, все усилия производителя будут напрасны. Аптека – это не просто торговая организация, она реализует особый товар – лекарственные средства и отличается рядом особенностей: прежде всего, обладает биологической активностью воздействия на организм человека.

Существуют особенные требования к качеству – потребитель не способен самостоятельно его оценить, поэтому ответственность возлагается на государство именно в плане обеспечения контроля качества. Специфика мотивации для приобретения лекарственных средств обусловлена тем, что выбор делает не пациент, а врач, и между отпускающей организацией и потребителем существует третье звено, которое определяет то, что должен приобрести больной.

Характерной особенностью аптечной организации является тот факт, что там работают профессионалы. Если мы говорим об аптеках, то должны признать, что они имеют давнюю историю, но своих традиций не потеряли. Это и социальная направленность, и качество, и соблюдение требований фармацевтического порядка. Из современных технологий можно отметить новые формы организации сетевой торговли, активный элемент мерчандайзинга, рекламу и информационное сопровождение этих процессов. До 1990 г. в каждом регионе существовал государственный аптечный склад, который снабжал все аптеки: наблюдался стабильный ассортимент, определенное количество аптек, открытие которых осуществлялось государством – все было четко запланировано.

Какова сейчас роль аптеки в лекарственном обеспечении? С одной стороны, должно быть учреждение здравоохранения, с другой, хозяйствующий субъект, осуществляющий экономическую деятельность. И здесь нужно найти место социальной функции аптеки. Если говорить о деятельности аптеки, нужно признать, что на ее работу оказывает воздействие комплекс внешних и внутренних факторов. Внешние факторы – месторасположение аптеки, внешний вид, конкурентная среда, и очень важно знать, сколько аптечных предприятий находится рядом. В некоторых странах государство жестко регулирует количество открываемых аптек, не считая, что увеличение их количества напрямую связано с увеличением доступности лекарственной помощи. Обострение конкуренции может привести к ослаблению позиции аптеки и снижению качества помощи, оказываемой населению. Внутренний фактор – планировка торгового зала, размещение отделов, расположение товаров, рекламно-информационное сопровождение, общая атмосфера. Иногда успешность работы аптеки заключается не в ценовой политике, а в представленном ассортименте, что зависит от месторасположения.

Если рассматривать качество лекарственной помощи, основное, что должна обеспечить аптека, мы говорим о «Принципе трех К» - это качество самих лекарственных средств, качество фармацевтической деятельности аптечных организаций, качество фармацевтической информации на всех уровнях. Конечно, никакие успехи не могут быть достигнуты, если в фармацевтических организациях не будет соответствующего кадрового состава. В начале 90-х гг. проводилось социологическое исследование мотивации работников аптечных организаций и оказалось, что на первом месте стояло не материальное стимулирование, а комфортность условий и престиж работы фармацевта. Говоря о проблеме традиций в деятельности аптек, нужно сказать о том, что ключевым документом в этой области является концепция надлежащей аптечной практики. Последние три года об этом много говорится, Россия приняла концепцию ВОЗ в этом вопросе, но именно как концепцию, потому что и ВОЗ, и Международная федерация фармацевтики рекомендуют в каждой стране создать свои стандарты национальной аптечной практики. Эта работа особенно активизировалась в связи с тем, что в 2003 г. вступил в силу закон «О техническом регулировании», и теперь нужно разрабатывать стандарты. Главное – это нацеливание работы аптечных предприятий на решение задач повышения доступности лекарственного обеспечения, вопросов по разработке нормативной базы - национальных стандартов и регламентов, усиление роли профессиональных ассоциаций. В России роль профессиональных ассоциаций в решении этих вопросов пока еще недостаточна. Аптечная деятельность – очень тонкий процесс, и невозможно все законодательно регламентировать с точки зрения структуры правовой базы. Регламентирование ряда вопросов должны взять на себя профессиональные сообщества, как это происходит за рубежом, например, в Великобритании. В последние годы в России зарождаются ассоциации, которые активизируют свою работу, но еще предстоит сделать многое в плане регулирования аптечной деятельности. Один из ключевых факторов – необходимость изменения системы подготовки кадров. Только баланс традиций современных технологий является залогом успешной работы современной аптеки.

Доклад директора ОГУП гМ «Аптека No 57» О.Г. Мягковой «Проблемы в работе современной аптеки и пути их решения»

За годы становления рынка в нашей стране работа аптечного предприятия прошла все этапы. По данным аналитических агентств российская розница является одной из самых быстро растущих рынков Европы. За последние четыре года ежегодный прирост рынка составил более 9 %., в 2004 г. – 10 %.

Все эти экономические показатели оказывают влияние и на работу аптеки, и на требования к ее сотрудникам. Любой успешный сотрудник знает, что для эффективной работы необходимы не только отраслевые знания, но мастерство психолога и личные коммуникативные качества. Одна из особенностей работы провизора – это преодоление различных психологических барьеров, возникающих при общении с посетителями аптеки. Часто главными считаются такие качества, как навык общения с посетителем, защита от агрессии клиентов и стрессов. Ведь любой большой город – источник стресса, и мы знаем, что не каждый посетитель – это покупатель, и не каждый покупатель – это пациент. Многие идут в аптеку не за лекарством, т. к. у людей сейчас не хватает душевного комфорта, их гнетет чувство неопределенности, тревоги за завтрашний день - и они идут общаться. Людей привлекают и дополнительные услуги – измерение давления, консультации врача в торговом зале. К сожалению, многие больные приходят конфликтовать.

По результатам западных исследований, дружелюбное обслуживание персонала и удобное расположение товара значимо для 55 % посетителей. Порой большой ассортимент провоцирует проблему выбора, которая рождает у посетителя новый стресс. Технический прогресс воспитал поколение, отлично владеющее современными технологиями, но, к сожалению, мы получаем социально некомпетентных людей. Существует проблема коммуникативности молодых кадров. Вопрос, который стоит остро в работе современного аптечного предприятия, – отпуск рецептурных препаратов без рецепта. Часто приходит пациент в лучшем случае с устным назначением врача, с выпиской из истории болезни и уверениями в том, что препараты уже принимались. И в аптеке ему отпускают эти препараты. Виноват и врач, который считает, что достаточно написать на бумажке больному название препарата, и провизор, отпустивший препарат без рецепта и понимающий, что его твердые профессиональные позиции не помешают больному пойти в соседнюю аптеку и купить все, что ему нужно. Виноват и пациент, который не желает ничего слушать и понимать, чем ему грозит безответственное самолечение.

Всегда должен существовать диалог между врачом, пациентом и аптекой. И мы должны, в первую очередь, говорить о качестве и безопасности лечебного процесса, т. к. вся работа направлена на интерес больного. Обязанность государства – проводить информационно–просветительскую деятельность населения. Рецепт – это обращение врача к провизору, он выписывается на латинском языке. Конечно, существует понятие человеческого фактора, ошибиться может каждый – и врач, и провизор. В США создана специальная комиссия по сбору данных от аптек о неправильно выписанных рецептах - они систематизируются, а затем ежегодно издается брошюра, чтобы врачи и фармацевты могли ознакомиться и учесть этот фактор в своей работе. В аптеке тоже есть такие приказы, но сейчас они зачастую забываются.

Работник аптеки играет значительную роль в антибиотикотерапии – фармацевту необходимо препятствовать неадекватному самолечению, ограничивать бесконтрольный прием антибиотиков, ведь ответственность в конечном итоге переносится на аптечных работников. Кроме информационной работы, проводимой среди врачей и работников аптек, нужно воспитывать культуру назначения, добиваться экономического роста, но не таким путем. Вот это и есть отличительная черта высокого профессионализма, традиций аптеки и искреннего отношения к своим пациентам.

По докладу заведующего кафедрой менеджмента и маркетинга в фармации ФПК Российского университета дружбы народов Ирины Владимировны Косовой «Анализ региональных процессов реорганизации государственных и муниципальных аптечных предприятий»

Увеличение доли безрецептурных препаратов в реализации лекарств требует повышенного внимания к потребителю, надлежащего информирования и консультирования его провизором или фармацевтом. Следует отметить, однако, что социологические исследования дают не очень утешительные результаты: больше половины безрецептурных препаратов приобретается без дополнительных вопросов со стороны фармацевтического работника; о симптомах опрашиваются менее 20% клиентов; совет обратиться к врачу даётся менее чем в 10% случаев.

Консультации допустимы преимущественно в случае «банальных» нозологий (простуда, головная боль, изжога и т.п.). Однако и в таких случаях необходимы дополнительные вопросы. Например, в случае просьбы порекомендовать лекарственный препарат от головной боли ответственный и этичный специалист задаст вопрос об обычном давлении; о том, что пациент обычно принимает, чтобы минимизировать риск побочных действий от непривычного препарата. Если провизор (фармацевт) считает, что рекомендация конкретному посетителю в его ситуации без врачебного диагноза опасны для его здоровья, – он об этом должен сказать клиенту.

Рекомендации по критерию цены препарата или участия аптеки в продвижении продукции определённого производителя не должны превалировать над критерием полезности.

Возможность проконсультировать посетителя аптеки обеспечивает знание ассортимента, потребительских свойств основных лекарственных препаратов из лидирующих в аптеке фармакотерапевтических групп, знание парафармацевтического товара (медицинской техники, косметических средств и т.п.). В крупных аптеках целесообразно выделение освобождённого консультанта.

Умение и ориентировки провизора аптеки согласно лекарственного препарата

Сопоставим диктуемые клинической фармацией функции клинического провизора и провизора аптеки. Клинический провизор, работающий в лечебном учреждении, ориентирован на изучение историй болезни и амбулаторных карт, интерпретацию результатов диагностических процедур, лабораторных анализов больного и фактически на выбор совместно с врачом стратегии и тактики фармакотерапии заболеваний, в том числе и достаточно серьезных.

[Провизор](http://www.pharmax.ru/search.html%26CODE%3Dpharmax_search%26keywords%3D%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%26s_glossary%3D1%26s_files%3D1%26s_catalog%3D1%26s_articles%3D1%26s_forum%3D1%26forums%3Dall) аптеки ориентирован на:

\* выбор, прежде всего, совместно с больным фармакотерапии симптомов, синдромов, патологических состояний, некоторых заболеваний легкого течения или на начальном этапе (как правило, в течение 24-48 ч), самолечение которых допускается;

\* дифференциацию симптомов, свидетельствующих о наличии у больного серьезного заболевания, требующего консультации врача;

\* обеспечение рационального (максимально эффективного, безопасного и экономически доступного) применения безрецептурных (ОТС-препаратов) и рецептурных лекарственных средств в течение всего курса фармакотерапии.

Рассмотрим идеальную модель провизора аптеки, владеющего элементами клинической фармации. Он должен уметь общаться с пациентом: добившись психологического контакта, доверия, задавая больному «ключевые» вопросы, установить за короткий промежуток времени, можно ли его лечить самостоятельно, как лечить, при необходимости убедить больного обратиться к врачу, удостовериться, что посетителю понятны рекомендации по рациональному применению лекарств.

Исходя из вышеизложенного, провизор аптеки должен иметь базу знаний по клинической фармации, включающей следующие аспекты.

Основные клинические симптомы и синдромы наиболее распространенных заболеваний; какие заболевания (симптомы, синдромы, патологические состояния) можно лечить самостоятельно, а какие требуют консультации врача; уметь распознать «угрожающие» симптомы, характерные для серьезных заболеваний, в частности, сахарного диабета, вирусного гепатита, тиреотоксикоза и гипотиреоза, туберкулеза и др. Таким образом, в практическом плане, как и специалисты здравоохранения, провизоры аптек выполняют ряд функций, связанных с самолечением (самомедикацией) больных.

[Провизор](http://www.pharmax.ru/search.html%26CODE%3Dpharmax_search%26keywords%3D%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%26s_glossary%3D1%26s_files%3D1%26s_catalog%3D1%26s_articles%3D1%26s_forum%3D1%26forums%3Dall) аптеки должен порекомендовать больному определенный лекарственный препарат. Для этого он, прежде всего, должен выбрать фармакотерапевтическую группу (группы) лекарственных средств с учетом знания общих принципов патогенетической или симптоматической фармакотерапии заболеваний (симптомов, синдромов, патологических состояний), самостоятельное [лечение](http://www.pharmax.ru/search.html%26CODE%3Dpharmax_search%26keywords%3D%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%26s_glossary%3D1%26s_files%3D1%26s_catalog%3D1%26s_articles%3D1%26s_forum%3D1%26forums%3Dall) которых допускается.

Далее провизор аптеки переходит к выбору наиболее оптимального для конкретного больного лекарственного средства из данной группы (групп), разрешенного к безрецептурному отпуску.

Мы сочли целесообразным интегрировать аргументированные во многих источниках литературы данные о факторах, влияющих на терапевтическую эффективность лекарственных средств и их безопасность, которые должны знать не только клинические провизоры, но и все без исключения провизоры аптек. Это фармацевтические факторы (лекарственная форма, природа и количество вспомогательных веществ и др.), изучаемые биофармацией, физиологические и патофизиологические характеристики, влияющие на фармакодинамику и фармакокинетику, а также токсичность лекарств у конкретного больного: возраст, пол, масса тела, биоритмы, состояние моторно-секреторной функции желудочно-кишечного тракта, рН желудочного сока, состояние гепатобилиарной системы, секреции желчи, функция органов выделения (почек, легких и др.), рН мочи, функция сердечно-сосудистой системы, состояние иммунитета, сопутствующая патология, аллергия на лекарственные средства.

Следующей проблемой является выбор лекарственного препарата, отпускаемого с (без) рецепта, из совокупности «бренд-генерики» для конкретного больного. Принципиальным для этого является знание, прежде всего, вида и состава лекарственной формы, с учетом всех вспомогательных веществ, их влияние на биологическую доступность и, в конечном счете, на терапевтическую эффективность, а также безопасность препарата.

[Провизор](http://www.pharmax.ru/search.html%26CODE%3Dpharmax_search%26keywords%3D%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%26s_glossary%3D1%26s_files%3D1%26s_catalog%3D1%26s_articles%3D1%26s_forum%3D1%26forums%3Dall) аптеки должен знать принципы рационального применения лекарственных средств: индивидуальное дозирование (разовая, суточная, курсовая дозы), время приема в течение суток с учетом аспектов хронофармакологии и режима питания; пищевые продукты, которые необходимо исключить из рациона или, наоборот, добавить; жидкость, которой следует запивать препарат; способ применения в зависимости от пути введения лекарственной формы, предполагаемого терапевтического эффекта и требуемой скорости его проявления, необходимости уменьшения негативного побочного действия; поведение больного при нарушении режима употребления лекарства (забыл принять дозу, принял лишнюю дозу или несколько доз); поведение больного при возникновении побочных эффектов, методы их предупреждения; взаимодействие с другими лекарственными средствами (нежелательные и, наоборот, рекомендуемые); механизм прекращения употребления лекарственного препарата.

При этом провизор аптеки особое внимание должен уделить контролю рационального применения лекарств у детей, пациентов пожилого возраста и стариков, беременных, женщин в период лактации, хронических больных.

Отдельного рассмотрения заслуживает проблема роли провизора аптеки в профилактике заболеваемости.

[Провизор](http://www.pharmax.ru/search.html%26CODE%3Dpharmax_search%26keywords%3D%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%EF%BF%BD%26s_glossary%3D1%26s_files%3D1%26s_catalog%3D1%26s_articles%3D1%26s_forum%3D1%26forums%3Dall) аптеки должен знать принципы профилактики заболеваний, например, острых респираторных вирусных инфекций, атеросклероза, железодефицитной анемии, рахита у детей, остеопороза в пожилом возрасте, онкозаболеваний и др.; рецидивов и обострений некоторых хронических болезней, например, аллергического ринита, хронического гастрита, холецистита, панкреатита, приступов стенокардии, бронхиальной астмы и др.; гиповитаминозов, дефицита макро- и микроэлементов, иммунодефицита у детей, в пожилом возрасте, в период беременности и лактации, при интенсивной физической и умственной нагрузке, нерациональном питании или на этапе реконвалесценции.

В соответствии с правилами и рекомендациями НАП для каждого симптома или недомогания , которое можно лечить самостоятельно, существует отдельно разработанный алгоритм, с которым в обязательном порядке должен быть знаком провизор, работающий в аптеке.

В целом действия провизора при осуществлении фармацевтической опеки пациентов во время отпуска безрецептурных препаратов могут быть представлены в виде следующих алгоритмов.

Алгоритм действий провизора при осуществлении фармацевтической опеки пациентов во время отпуска безрецептурных лекарственных препаратов для симптоматического лечения незначительных нарушений здоровья.

Установить, для лечения какого именно симптома приобретается лекарственный препарат

Определить на основании опроса пациента, не является ли данный симптом проявлением заболевания , требующего обязательного вмешательства врача

Определить фармакологическую группу препаратов для лечении данного симптома

Выбрать среди лекарственных препаратов оптимальный вариант для данного больного

Предоставить больному информацию о выбранном препарате

После выполнения вышеуказанного алгоритма осуществления опеки провизор должен уметь :

инициировать диалог с пациентом для получения достаточных данных о его заболевания

быть подготовленным к распознаванию специфических состояний, симптомов распространенных заболеваний;

в течении короткого времени, задав 3-4 ключевых вопроса, принять решение о возможности самолечения;

убедить больного при выявлении «угрожающих симптомов» в необходимости посещения врача;

обеспечить конфиденциальность сведений о состоянии пациента;

хорошо ориентироваться в номенклатуре ОТС- препаратов;

хорошо знать химические, фармацевтические и фармакологические свойства;

предоставлять адекватную информацию о лекарствах и передавать ее в доступной для пациента форме;

использовать дополнительные источники информации о лекарствах для удовлетворения насущных потребностей пациента;

В качестве примера можно привести фармацевтическую опеку при применении жаропонижающих средств:

Жаропонижающие ЛС применяются только при температуре тела 38 °С. Незначительно повышенную температуру (t- 37,5 °С) эти ЛС не снижают.

• Препараты парацетамола высокой степени очистки можно назначать детям, лицам пожилого возраста, беременным.

• Высокая степень очистки позволяет увеличить разовую дозу парацетамола до 1г,суточную до 4 г.

• Парацетамол высокой степени очистки можно применять пациентам, относящимся к группам высокого риска развития патологии ЖКТ, с бронхиальной астмой и непереносимостью ацетилсалициловой кислоты, с патологией почек.

• Препараты, содержащие метамизол натрия, подавляют защитные силы организма (иммунной системы), что может привести к бактериальным осложнениям при их применении как жаропонижающих ЛС во время ОРВИ. Кроме того, они могут вызывать изменения состава крови (цитопению и агранулоцитоз).

• При неэффективности жаропонижающего действия парацетамола у детей следует применять ибупрофен.

• Все жаропонижающие ЛС с особой осторожностью следует назначать больным с бронхиальной астмой, эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ, склонностью к кровотечениям, заболеваниями печени, нарушениями функции почек.

• Ацетилсалициловая кислота может снижать агрегацию тромбоцитов и свертываемость крови, способствовать развитию кровотечений (геморрагического синдрома).

• Выведение жаропонижающих ЛС из организма существенно увеличивается при щелочной реакции мочи, что приводит к снижению эффективности ЛС и уменьшению срока их действия. Ощелачивают мочу молочно-растительной диетой, щелочными минеральными водами, цитратами, гидрокарбонатом и лактатом натрия. Подкисляют мочу мясная диета, аскорбиновая кислота, хлорид кальция, хлорид аммония.

• Для ацетилсалициловой кислоты характерно ульцерогенное (повреждающее слизистую оболочку желудка) действие.

• Препараты ацетилсалициловой кислоты не назначают больным с пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, геморрагическими диатезами, бронхиальной астмой.

• Ацетилсалициловая кислота снижает диуретический эффект петлевых диуретиков (фуросемида, этакриновой кислоты).

• Во время беременности (в любом триместре) запрещается использовать препараты ацетилсалициловой кислоты, ибупрофена, мефенамовой кислоты.

• Препараты ацетилсалициловой кислоты не рекомендуется применять у детей, особенно в раннем возрасте.

• Все жаропонижающие ЛС, особенно препараты ацетилсалициловой кислоты, не следует сочетать с алкоголем (резко возрастает опасность ульцерогенного действия и желудочного кровотечения).

Вывод

Поскольку пациент приходит без диагноза врача, при самолечении исходным моментом является самодиагноз пациента. Следует, что провизор- никем не заменимый консультант пациента, намеревающегося приступить самолечению. Опираясь на своё образование, опыт и специальное знание в целях защиты пациента, он принципиально и высокопрофессионально обязан проверять целесообразность действий пациента. При этом провизор ни в коем мере не является конкурентом врача, а наоборот, дифференцированно отбирает контингент пациентов, нуждающихся именно во врачебной помощи. В связи с развитием самолечения и фармацевтической опеки крайне необходимым является взаимное сотрудничество между пациентом, врачом и провизором. Необходимо слияния опыта, обеспечение надлежащего и качественного лечения на благо пациента.

Список использованной литературы

Безрецептурные препараты — состояние вопроса в США // Провизор.— 1996.— № 12.— С. 68.

Бобров Л. Л., Гайворонская В. В. Куликов А. Н. Клиническая фармакология и фармакотерапия внутренних болезней / Под ред. Л. Л. Боброва.— СПб., 2000.— 368 с.

Бороян Р. Г. Клиническая фармакология для акушеров-гинекологов: Практическое руководство для врачей.— М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 1999.— 224 с.

Вінслейд Н. Е., Стренд Л. М., Пагслі Д. А. Практичні функції, необхідні для здійснення фармацевтичної опіки // Pharmacotherapy.— 1996.— № 16 (5).— Р. 889–898.

Генерические лекарственные препараты — перспективные качественные лекарства. Информация фирмы “Меркле” // Укр. мед. часопис.— 1998.— № 4.— С. 98–104.

Компендиум 1999/2000 — лекарственные препараты / Под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова.— К.: Морион, 1999.— 1200 с.

Кукес В. Г. Клиническая фармакология: Учебник / Науч. ред. А. З. Байчурина.— М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.— 528 с.

Лекарственные препараты Украины. 1999–2000. В трех тома.— Харьков: Прапор, 1999.— Т. 1.— 622 с.; Т. 2.— 638 с.; Т. 3.— 464 с.

Мельников А. Фармацевт и самолечение // Аптечный рынок.— 1998.— № 2.— С. 36–37.

Михайлов И. Б. Клиническая фармакология