

# BILTEN

HRVATSKE LJEKARNIČKE KOMORE

Ljekarnička skrb: praksa upravljanja lijekovima

›2016-3/4‹



HRVATSKA LJEKARNIČKA KOMORA

**Nakladnik:**



HRVATSKA LJEKARNIČKA KOMORA

**Za nakladnika:**

Mate Portolan, mag. pharm.

**Urednik:**

dr. sc. Vladimir Grdinić, red. prof. u m.

**Pomoćnica urednika:**

Danijela Jonjić, mag. pharm.

**Adresa uredništva:**

Bilten HLJK / Hrvatska ljekarnička komora, Martićeva 27/III, 10 000 Zagreb, Hrvatska  
Telefon: 46 16 017, 46 16 805; telefaks: 46 16 017  
e-mail: hljk@hljk.hr; http: /www.hljk.hr

Radno vrijeme: ponedjeljak 12-20 h, utorak do petak 8.00-16.00 h  
Žiro račun: Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb, broj: 2360000-1101243041

**Slog i tisak:**

Denona d.o.o., Zagreb

**Naklada:**

3 600

**ISSN:**

ISSN 1846-1794

**Tematski dvobroj: Ljekarnička skrb: praksa upravljanja lijekovima***Sadržaj**uvodnik*

Upravljanje liječenjem 139

*predgovori*

Ljekarnička skrb i Komora 141  
Djelovanje ljekarnika u kontekstu komunikacije 144  
Ljekarnička skrb kao dio liječenja 148  
Ljekarnici poboljšavaju ishode liječenja 153  
Etika kao stalan vodič djelovanja 155  
Moralni problemi u struci 159  
Rani tekstovi o ljekarničkoj skrbi 163

*upravljanje lijekovima*

Ključni skup bilježaka (koncepti) – 1 167  
Potreba za stručnom praksom 169  
Ljekarnička skrb kao stručna praksa 175  
Ljekarnička skrb kao opća praksa 192  
Ljekarnička skrb kao primarna zdravstvena skrb 194  
Podrijetlo prakse ljekarničke skrbi 199

*filozofija prakse*

Ključni skup bilježaka (koncepti) – 2 203  
Definicija filozofije prakse 204  
Filozofija prakse ljekarničke skrbi 206  
Etika u praksi 216

*pojmovnik*

Rječnik stručnog nazivlja u ljekarničkoj skrbi 225

*kazalo*

Kazalo imena autora ovitak  
Tekst uz čestitku ovitak



Krist kao ljekarnik, nepoznat autor, ulje na platnu, vel. 100 × 76 cm, Katolički župni ured, Württemberg, 1707. [vidjeti tumačenje uz sliku na omotu ispod Kazalo imena autora].

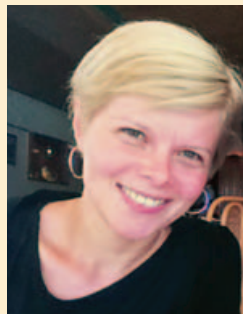
*Radostan Božić, sretnu Novu godinu i svaki uspjeh u godini 2017. želi Vam*

Hrvatska ljekarnička komora

## Upravljanje liječenjem

Živimo u dijelu svijeta u kojem su lijekovi dostupni i sigurni, u kojem se troškovi liječenja pokrivaju uglavnom iz državnog proračuna što je posebno važno s obzirom na brojnost i raširenost kroničnih nezaraznih bolesti.

Dok s velikom sigurnošću možemo reći da su lijekovi u Hrvatskoj sigurni po pitanju kakvoće i ispravnosti te da se rijetko susrećemo s, primjerice, pogrešno označenim ili nekvalitetno pripremljenim lijekovima, pitanje je možemo li s istom sigurnošću tvrditi da se u našoj zemlji jednako sigurno upravlja liječenjem, odnosno kontrolira terapija? Lijek ispravne kakvoće s ispravnim oznakama i uputom tek je prvi neophodni preduvjet u procesu sigurnog liječenja. Lijek sam po sebi nema ni ispravnu dozu niti je siguran, već on to postaje tek ukoliko se liječenjem s lijekom uspješno upravlja. Drugim riječima ROBERT J. CIPOLLE i suradnici navode »Lijekovi nemaju doze – ljudi imaju doze«.<sup>1</sup> Svjedoci smo činjenici da se farmaceutska struka od tradicionalne usmjerenosti na sam lijek, na proizvod, u zadnjih nekoliko godine usmjerava prema ljekarničkim uslugama koje postaju glavni smjer/cilj ljekarnička djelovanja. I dalje se



struka nedovoljno i nepotpuno usmjerava na pacijenta, odnosno na zbrinjavanje svih problema koje bolesnik ima vezano uz terapiju lijekovima.

Ako uzmemo u obzir da je lijek osmišljen radi čovjeka, a ne čovjek radi lijeka, te da svaki čovjek zaslužuje uzimati samo one lijekove koji su prikladni, djelotvorni, neophodni, u ispravnim terapijskim dozama, sigurni i koje će bolesnik biti u stanju primjenjivati, dolazimo do ovih pitanja – postoji li profil stručnjaka koji skrbi za pacijenta koji uzima lijekove u svrhu liječenja (terapije), i postoji li profil stručnjaka koji preuzima odgovornost za ishode liječenja/terapije lijekovima?

To bi bili stručnjaci kojima je važno bolesnikovo iskustvo i stav o njegovoj terapiji, tako da se bolesnika uključuje u definiranje terapijskih ciljeva, kreiranje terapijskog plana, kao i u praćenje ishoda liječenja. To bi bili stručnjaci koji dokumentiraju sve neophodne informacije o bolesniku, njegovoj terapiji i komorbiditetima te koji pružaju kontinuiranu i dostupnu skrb. Isto tako, nužno je da takav profil stručnjaka preuzima odgovornost za upravljanje terapijom kako u

<sup>1</sup> Cipolle R.J. Drugs don't have doses – people have doses! A clinical educator's philosophy. Drug Intell Clin Pharm., 20:11 (1986) 881-882.

stručnom tako i u pravnom smislu. U takvim se okvirima može, tek donekle, prepoznati liječnička i sestrinska struka čije filozofije prakse imaju vrlo jasnu i razrađenu komponentu skrbi prepoznatljivu u društvu.

Ipak, i liječničkoj i sestrinskoj struci nije glavni cilj postizanje sigurne, učinkovite i prikladne terapije, tako da obavljajući svoje brojne druge temeljne dužnosti, na spomenute dužnosti samo djelomično utječu. No, nije niti za očekivati da bi liječnici i medicinske sestre takve dužnosti mogli ili trebali postići, budući da su opći sadržaji zdravstvenog djelovanja usmjereni na druga područja u procesu liječenja (postavljanje ispravne dijagnoze, hitno i bolničko zbrinjavanje bolesnika, upravljanje cjelokupnim liječenjem i prevencijom, njegovom, i tako redom), a posebice se to ne očekuje u današnje vrijeme, kad manjak kadra u liječničkoj i sestrinskoj struci ne ostavlja dovoljno vremena niti za obavljanje osnovnih svakodnevnih aktivnosti. I premda nemamo sustavne, već uglavnom nepotpune podatke o tome koliko se dobro upravlja terapijom, ipak svatko u praksi zna i svjestan je činjenice s koliko se problema bolesnici svakodnevno susreću zbog pogrešne, nedjelotvorne, suviše i štetne terapije, odnosno zbog terapije koje bolesnici ne znaju ili nisu u mogućnosti uzimati.

Želi li ljekarnička struka odgovoriti na taj društveni izazov? Može li razviti novi profil stručnjaka kojem će biti najvažnije da je liječenje lijekovima primjereno, ispravno, učinkovito i sigurno? Ljekarnička je struka u

nekim dijelovima svijeta već prije nekoliko desetljeća prepoznala i dokazala da može i želi prihvatiti taj izazov i da je sposobna zadovoljiti zahtjevima za tako važnu društvenu potrebu. Zbog spomenutih okolnosti odlučili smo se na ovo tematsko izdanje **Biltena HLJK**. Teškim i upornim radom na sustavnim promjenama u odgoju i obrazovanju, uvođenju i provedbi novih usluga vezanih uz nadzor i upravljanje terapijom ljekarnička je struka, najprije u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD), uspjela proširiti svoju djelatnost u smjeru kojem je društvu najpotrebnije. U ovom izdanju **Biltena HLJK** prenosimo, u najvećoj mjeri, filozofske i etičke temelje na kojima je uspostavljena praksa upravljanja terapijom u SAD-u i to od strane njihovih začetnika, profesora ROBERTA J. CIPOLLE, LINDE STRAND i PETERA MORLEYA sa Sveučilišta Minnesota, koji se smatraju pionirima i utemeljiteljima ljekarničke skrbi u svijetu.

Ljekarnici koji će htjeti preuzeti odgovornost i razvijati se kao stručnjaci odgovorni za liječenje, odgovorni prvenstveno za pacijenta, morat će preuzeti nešto od općih sadržaja djelovanja (filozofije) drugih zdravstvenih struka, u prvom redu liječničke i sestrinske struke, koji postavljaju bolesnika u središte svih svojih aktivnosti. Isto tako, ovo izdanje **Bilten HLJK** može poslužiti u diplomskom i poslijediplomskom obrazovanju farmaceuta koja će se pripraviti za provedbu ljekarničke skrbi u Hrvatskoj. ■

Danijela Jonjić,  
mag. pharm., univ. mag. sanit. publ.



## Ljekarnička skrb i Komora



Tradicionalna se uloga ljekarnika mijenja sve češće u suvremenom svijetu. Naime, osim izdavanja lijekova od ljekarnika se očekuje da savjetuje bolesnike, da pruža stanovite obavijesti i upute o načinu uzimanja lijeka, da nadzire način na koji bolesnici uzimaju lijekove, da savjetuje liječnike, i da, kako je već u uvodniku rečeno, preuzima svoj dio odgovornost za ishod liječenja. Taj novi koncept ljekarničke brige (*sinonim*: ljekarničke skrbi), a neki ga vole zvati *novom filozofijom ljekarničkog djelovanja*, predmet je s kojim se treba baviti. To je vjerojatno najbolja prilika da hrvatsko ljekarništvo *doživi kvantni skok* u svom djelovanju i ugledu. Općenito, ljekarnička se praksa usmjeruje na skrb o bolesniku kako bi se osigurao poželjni terapijski ishod kada je propisan i izdan lijek. Drugim riječima, temelj ljekarničke struke predstavlja nadzor nad uzimanjem lijekova kako bi se poboljšali ishodi liječenja, uključujući i bolesnikovu kvalitetu života.

**Hrvatska ljekarnička komora** dodirujući tu važnu djelatnost ljekarnika već se bavila bolesnikovom sigurnosti,<sup>1</sup> temama kao bo-



napisao: Vladimir Grdinić

<sup>1</sup> D. Huml, M. Portolan, A. Grundler, V. Grdinić, *Bolesnikova sigurnost: poboljšanje bolesnikove sigurnosti u Europi sigurnom uporabom lijekova*, HLJK, Zagreb, 2009.

lesnikova sigurnost i ljekarnička skrb,<sup>2</sup> ljekarnici u skrbi za bolesnika,<sup>3</sup> te europsko javno ljekarništvo: strategija.<sup>4</sup> Isto tako objavljen je u **Biltenu HLJK** jedan zanimljiv članak,<sup>5</sup> ali i američki pogled na koncept nazvan farmaceutska skrb.<sup>6</sup> Već u prvoj knjižici<sup>1</sup> iz godine 2009. ukratko se ušlo u predmet *bolesnikove sigurnosti* obrazlažući: (a) što je bolesnikova sigurnost, (b) činjenice i pojmove glede bolesnikove sigurnosti i (c) najvažnije crte razvoja u posljednjem desetljeću. Razmatraju se u pet poglavlja:

- Sigurni lijekovi
- Sigurna uporaba lijekova
- Obavijesti bolesnicima
- Sporazumijevanje zdravstvenih stručnjaka
- Odgoj i poduka.

U drugoj knjizi<sup>2</sup> iz godine 2010. u poglavlju *1.2 Uloga ljekarnika u zdravstvenoj zaštiti* (str. 31-65) opisuju se obveze ljekarnika u odnosu na farmakoterapiju, ljekarnici u prevenciji i liječenju kroničnih bolesti, ljekarnici i farmakovigilancija, ljekarnici u kriznim stanjima, utjecaj na odgovorno samo-

<sup>2</sup> V. Grdinić, *Ljekarnička praksa: ljekarnička djelatnost, lijekovi i rukovanje lijekovima*, HLJK, Zagreb, 2010.

<sup>3</sup> M. Portolan, D. Huml, A. Grundler, *Ljekarnička praksa: ljekarnici u skrbi za bolesnike*, HLJK, Zagreb, 2011.

<sup>4</sup> *Europsko javno ljekarništvo: strategija*, u: Tematski dvobroj – **Ljekarništvo: Hrvatska i Europa**, Bilten HLJK 2013-2/3, str. 131-154.

<sup>5</sup> D. Huml, **Specijalističko obrazovanje za ljekarničku skrb i samoliječenje**, Bilten HLJK 2010-3, str. 124-127.

<sup>6</sup> K. Rajšl, T. Portolan, **Izgradnja profesionalne vrijednosti u ljekarničkoj praksi**, Bilten HLJK 2014-3/4, str. 114-118.

liječenje, ljekarnička skrb kao strukovni standard, rad u području kliničke farmacije, sporazumijevanje s bolesnicima i njihovim skrbnicima, komunikacije s liječnicima, odgoj i poduka bolesnika, poduka djece i adolescenata o lijekovima, ljekarnik i bolesnikova sigurnost, zaštita prava bolesnika, nadzor supstitucije za narkotike, kao i psihofarmaceuti na djelu. U poglavlju 3.3. *Ljekarnička skrb* raspravlja se o dokumentaciji potrebnoj za ljekarničke usluge, kako sustavni postupak započinje s lijekom, o pristupu provedbi i odrednicama ljekarničke skrbi, načinu prikupljanja podataka, tvorbi plana farmakoterapije, o provedbi plana, prosudbi rezultata farmakoterapije, te o praćenju i promatranju.

*Ljekarnička skrb* – naziv kojim se općenito opisuju *kakvoća uporabe lijekova*, sa zadacima: poboljšati zdravstvenu kvalitetu bolesnikova života, postići pozitivne kliničke rezultate liječenja i sustavno prikupljati podatke o liječenju lijekovima. Što je sve zakonodavac obuhvatio ljekarničkom skrbi navodi se u poglavlju 3.3.3. *Pristup provedbi i odrednice ljekarničkoj skrbi* spomenute knjige.

U posebnom priručniku<sup>3</sup> iz godine 2011. tema – *ljekarnici u skrbi za bolesnika* obrađena je i objavljena na 92 stranice.<sup>7</sup> Cilj je priručnika prvenstveno biti vodič

*ljekarničkim mentorima* kad u stvarnoj ljekarničkoj praksi obrazuju studente farmacije i mlade ljekarnike koje uz redoviti praktični rad podučavaju kako uvesti novosti i time razvijati ljekarničke vještine. Među tim i takvim ljekarničkim vještinama glavno mjesto ima *ljekarnička skrb*. U tom je djelu spomenuta tema obrađena u tri poglavlja i u posebnim dodacima u koje je uključen i *priručni rječnik*, kao i *dodatni materijali za čitanje*. Na kraju knjižice nalazi se *predmetno kazalo*. Poglavlja su:

- Ljekarnici u timu za zdravstvenu skrb
- Ljekarnici u skrbi o bolesniku: izgledi i prakse
- Upravljanje informacijama i korištenje podacima.

*Europsko javno ljekarništvo – strategija* dokument je za optimiranje zdravstvenih ishoda svakog bolesnika i povećanje vrijednosti sustava diljem Europe.<sup>8</sup> *Hrvatska ljekarnička komora* je u svom časopisu opisala četiri skupine težišta djelovanja ljekarnika<sup>9</sup> u kojima se zrcali *ljekarnička skrb*:

- povećanje sigurnosti lijekova i dostupnosti lijekova
- poboljšanje ishoda liječenja svakog pojedinog bolesnika
- unaprjeđenje javnog zdravstva

<sup>7</sup> Tekst je temeljen na podacima iz priručnika K. Wiedenmayer, R. S. Summers, C. A. Mackie, A. G. S. Gous, M. Everard, D. Tromp, *Developing pharmacy practice: A focus on patient care*, Handbook – 2006 Edition, WHO/PSM/PAR 2006.5.

<sup>8</sup> PGEU je na godišnjoj skupštini održanoj u studenome 2012. u Bruxellesu prihvatio strateški dokument o ulozi ljekarništva u zdravstvenom sustavu; *vidjeti: Ljekarništvo: Hrvatska i Europa*, Bilten HLJK 2013-2/3, str. 131-154.

<sup>9</sup> Moderna ljekarnička praksa sve je složenija i oslanja se na znanje i vještine ljekarnika, na posebnu organizaciju te okruženje javnih ljekarni i raspoloživu tehnologiju.





- doprinos učinkovitosti i kvaliteti zdravstvenog sustava.

Općenito, **Hrvatska ljekarnička komora** ima važnu i nezaobilaznu ulogu i zadaću.<sup>10</sup> Ta se uloga može najkraće iskazati ovako: *ljekarnik je stalni učenik i učitelj*.<sup>11</sup> U tom smislu čini stalne napore, svjesna u svom djelovanju činjenice da ljekarnici kao akademski obrazovani stručnjaci već djeluju kao stručnjaci za *zdravstvenu skrb*,<sup>12</sup> a da se na njih sada još stavlja i breme obveze, u smislu europskog razvoja zamisli, provedbe i istraživanja *ljekarničke skrbi*, da još bolje pridonose zajednici nego što su to do sada činili.<sup>13</sup>

Ljekarnička skrb je izraz koji opisuje kvalitetu uporabe lijekova. Uvodi ljekarnike u neprestani proces nadzora nad neželjenim učincima, prosudbe učinkovitosti lijeka i informiranja bolesnika.<sup>14</sup>

Prema nekim autorima<sup>15</sup> smatra se da je *ljekarnička skrb odgovorno liječenje lijeko-*

*vima radi postizanja sigurnih ishoda koji poboljšavaju ili održavaju kakvoću bolesnikova života* (FIP, 1998.). Ljekarnička skrb je, zapravo, opis onoga što bi bolesnik u uređenom sustavu zdravstva trebao dobiti, a ne onoga što ljekarnik za sada još uvijek najviše radi. Da bi se poboljšala ljekarnička skrb, ljekarnici bi sami po sebi trebali poraditi na unapređivanju vlastite prakse, posebice na znanju, rješavanju pojedinih problema u radu s lijekovima, vještini komuniciranja, bolje rečeno na odnosu prema bolesnicima i na suradnju.<sup>16</sup> Nadzor ljekarnika nad terapijom omogućuje najveću moguću dobrobit, odnosno korist od lijeka (terapije) te na najmanju moguću mjeru svodi mogući rizik od lijeka, boljim izborom, optimiranjem i uporabom.<sup>17</sup>

Sjedinjene Američke Države, kao amblematičan primjer zemlje znanstvenoga progressa, pluralističkoga i liberalnoga društva, prednjačile su u senzibiliziranju javnosti za *ljekarničku skrb*, pa nije neobično da je **Hrvatska ljekarnička komora** upotrijebila upravo kao uzor dijelove knjige ROBERT J. CIPOLLE, LINDA M. STRAND, PETER MORLEY, *Pharmaceutical Care Practice: Patient-Centered Approach to Medication Management Services* (2012.) kako bi hr-

<sup>10</sup> Hrvatska ljekarnička komora i obrazovanje ljekarnika, tematski broj, *Bilten HLJK* 2010-3, str. 81-168.

<sup>11</sup> FIP Policy Statement on Good Pharmacy Education Practice, Vienna, 2000.

<sup>12</sup> M. Portolan, *Predgovor*, u: LJEKARNIČKA PRAKSA: Ljekarnici u skrbi za bolesnika, Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb, 2011, str. 3-6.

<sup>13</sup> J. W. van Mill, M. Schulz, T. F. Tromp, *Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review*, Pharmacy World & Science, 26:6 (2004) 303-311.

<sup>14</sup> Uzimanje lijekova sve je kompliciranije zbog sve novijih tehnoloških rješenja i povećane raširenosti potrošnje lijekova u društvu.

<sup>15</sup> C. D. Hepler, L. M. Strand, *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, American Journal of Health Systems Pharmacy, 47 (1990) 533-543.

<sup>16</sup> Vidjeti poglavlje 2.6.17. *Savjeti ljekarnika o farmakoterapiji*, u: V. Grdinić, A. Grundler Bencarić, *Ljekarnička praksa: terapijske doze i primjena lijekova*, HLJK, Zagreb, 2013, str. 230-232.

<sup>17</sup> R. Tuesca-Molina, P. Guallar-Castillón, J. R. Bane-gas-Banegas, A. Graciani-Perez Regadera, *Determinations of therapeutic compliance in elderly over 60 years old in Spain*, Gac. Sanit., 20:3 (2006) 220-227.

vatskim ljekarnicima predočila rad ljekarnika na području ljekarničke skrbi.

Odlučili se hrvatski ljekarnici uporno i uspješno baviti praksom ljekarničke skrbi, a **Hrvatska ljekarnička komora** uvjeri državne vlasti da se radi o poštovanja vrijednoj modernizaciji hrvatskoga ljekarništva, onda za hrvatske ljekarnike sviće novi dan u kojem će oni biti ne samo izuzetno korisni hrvatskom zdravlju nego će i zadobiti neočekivano veliki ugled kod bolesnika. ■

## Djelovanje ljekarnika u kontekstu komunikacije



Očito je da izvan konteksta komunikacije ljekarnik nije u mogućnosti izvršiti mnoge određene mu zadaće. Komunikacija je na djelu kada uspostavlja prvi kontakt s bolesnikom, kada pokušava proniknuti u razloge bolesnikovog posjeta ili drugih potrošača lijekova, kada ili ako uzima anamnezu, kada donosi sud o dijagnozi,<sup>18</sup>



napisao: Vladimir Grdinić

<sup>18</sup> Ljekarnik se sve češće bavi dijagnosticiranjem, a onda i propisivanjem, zapravo sugeriranjem terapije. Ta i takva realnost dolazi zbog porasta pokreta samopo-

kada objašnjava trajanje i sadržaj načina liječenja, kad određuje vrijeme i oblik nadzora bolesti, kad daje upute, kad umiruje, sažalijeva, ohrabruje sugovornika, i tako redom. Očito je da ljekarnička skrbi ide »ruku pod ruku« s osebnim komunikacijskim vještinama. Očito je da zahtjev za stjecanje *komunikacijske kompetencije* predstavlja, kako piše ŽIVKA STANIŠIĆ, sastavni organski dio ukupnog ljekarnikova djelovanja, a ne nekakav »natprirodni ideal« ili nekakav privjesak koji može, ali i ne mora, biti prisutan u svakodnevnom ljekarnikovom djelovanju.

Ljekarnik treba biti svjestan kako je ponekad teško privoljeti bolesnu osobu da preuzme ulogu bolesnika. Razlozi za odbijanje prihvaćanja uloge bolesnika su: [1] rastuće razočaranje i s tim povezano nepovjerenje u akademsku medicinu (posebice prema bolnici), [2] sve veća spremnost uporabe komplementarnih ili alternativnih oblika liječenja,<sup>19</sup> [3] širenje pokreta samopomoći, samoliječenja, i tako redom. Mnoge studije o očekivanju i zadovoljstvu bolesnika potvrđuju kako postoji jasan zahtjev bolesnika prema ljekarnicima koji bi trebali više vremena posvetiti bolesniku pružajući konzultacije, posebice onima kod kojih su naglašene psihosocijalne po-

moći, zbog sve većeg broja lijekova koji se mogu kupiti bez recepta (OTC), zaziranja od bolnice, potrebe za anonimnošću liječenja i tako redom.

<sup>19</sup> Vidjeti poglavlje 2.6.16. *Komplementarna i alternativna medicina*, u: V. Grdinić, A. Grundler Bencarić, *Ljekarnička praksa: terapijske doze i primjena lijekova*, HLJK, Zagreb, 2013, str. 224-230.



trebe. Bolesnik nikad ne upućuje ljekarnika na bolest već uvijek, u većoj ili manjoj mjeri, na sebe. Upravo zato, u kontekstu liječenja, komunikacija ima veliku funkcionalnu važnost za bolesnika.

Sve je više sigurnih dokaza koji potvrđuju kako, izostane li na dulji rok ljekarnikovo komunikativno djelovanje, izostaje i farmakoterapijski učinak. Komunikativno djelovanje važno je i zbog činjenice da ljekarnik i bolesnik čine svojevrсни »par koji je ujedinjen u zajedništvu zdravstvenog pothvata«. Naime, jedan treba liječiti, a drugi se treba izliječiti. Da bi se to zajedništvo postiglo ljekarnici trebaju doprijeti do bolesnika, a to mogu samo ukoliko saslušaju sve njegove probleme te ukoliko stručni jezik prevedu u izraze koje bolesnici mogu razumjeti bez teškoća. U postizanju krajnjeg cilja nije dovoljno da ljekarnikov izbor između mogućih drugih izbora (alternati-

va) bude razuman ili razborit. Naime, ljekarnik svojim djelovanjem, zapravo komunikacijom s bolesnikom, treba dovesti bolesnika u takav položaj da i bolesnikov izbor između ponuđenih alternativa bude što je moguće više svrsishodan i koristan. *Uspješnost djelovanja ljekarnika u znatnoj se mjeri sastoji od onoga što se kaže i od načina na koji se to kaže.*

### Protok informacija

Prema prilikama, bolesnik se nalazi u različitom međudjelovanju s liječnikom, bolničkim osobljem i ljekarnikom, a uz to dolazi u dodir s receptom i s pisanom uputom na listiću koji se nalazi u pakovanju lijeka. Bolesnik, poučen s tih mjesta međudjelovanja, provodi propisanu farmakoterapiju. U središtu protoka farmaceutskih informacija je ljekarnik.<sup>20</sup>



Slika 1. – Ljekarnik u središtu farmakoterapije

<sup>20</sup> Vidjeti: V. Grdinić, *Informacije o lijeku*, u: V. Grdinić, J. Vuković, *Farmaceutska deontologija i praksa* (Zagreb, 2000.), str. 136-137.

Bolesnicima kao izvor informacija služi uputa priložena lijeku. No, najvažnije su informacije one kojima je izvoriste ljekarnik, jer svaka mala nesigurnost može otežati uspjeh liječenja.<sup>21</sup> Nakon otpuštanja bolesnika iz bolnice kući, ljekarnik će mu točno objasniti kako će uzimati lijekove. U smislu obilnijeg protoka i bolje prohodnosti informacija, nastoji se uspostaviti što je moguće bolja veza s javnom ljekarnom u kojoj se bolesnik opskrbljuje lijekovima, kako bi se osigurala pravilna farmakoterapija pri prijelazu s bolničkoga u ambulantno liječenje. Recept s kojim je bolesnik otpušten iz bolnice važan je za ljekarnika jer je on do idućega liječničkog pregleda jedini bolesnikov partner u komunikaciji za objašnjenja i savjete.<sup>22</sup>

Ljekarnik neće bolesniku dati samo upute o načinu uzimanja lijeka, nego će i kontaktirati osobu koja je lijek propisala ukoliko uoči medikacijsku pogrešku ili ukoliko je nedostupan prikladni lijek. U konačnici, ljekarnik ima pravo odbiti izdati lijek ako

smatra da uzimanje lijeka može biti štetno ili ako postoji *etička zabrinutost* ili *stručna zabrinutost*. Dobar primjer ljekarničke usluge pružanja skrbi pojedinom bolesniku jest sudjelovanje ljekarnika kroz razgovor, tijekom kojeg bolesnik i ljekarnik utvrđuju sve lijekove koje bolesnik uzima (radi se o pregledu terapije lijekova, eng. *medication use review*), kad raspravljaju kako je najbolje uzimati lijekove te razgovaraju o problemima vezanima uz uzimanje lijekova. Tom se ljekarničkom uslugom dopunjuje bolesnikovo znanje, poboljšava se *suradljivost* i uporaba lijekova, dok se zajedno s bolesnikom utvrđuje i provjerava njegovo razumijevanje uporabe lijeka, sprječava neučinkovita uporaba lijekova, prepoznaju nuspojave i interakcije lijekova, povećava klinička i financijska isplativost te smanjuje otpad. Naposljetku, ljekarnici o problemima vezanim uz terapiju lijekovima obavještavaju liječnika kako bi on/ona još u ranoj fazi prilagodio/la terapiju lijekovima.

## Komunikacija

Komunikacija je određeni proces protoka informacija u kojemu sudjeluju pošiljatelj i primatelj poruke, radi postizanja razmjene i razumijevanja poruka između dviju ili više osoba. Komunikacija nije samo puko izricanje riječi. Ona je više od toga, jer utjelovljuje međusobno razumijevanje osoba koje komuniciraju riječima, gestama, ponašanjem, te različitim vrstima simbola. Neki smatraju da je sastavni dio komunikacijskog procesa i sposobnost utjecaja jedne osobe

<sup>21</sup> U ljekarni će se stoga osigurati prostor gdje se pružaju informacije u obliku savjeta. Ljekarna će raspolagati karticama za doziranje, izraditi će upute što treba učiniti bolesnik kada ispusti ili zaboravi uzeti jednu dozu, raspolagat će čitkim i razumljivim etiketama (natpisnicama), primat će pismene ili telefonske upite, nuditi će pomoć u nadzoru »pridržavanja uputa« i brinut će se o stanju kućnih ljekarni.

<sup>22</sup> Za svoje stručne i znanstvene potrebe ljekarnici i liječnici rabe kao izvor informacija stručne i znanstvene časopise, priručnike ili se koriste informacijama koje dobivaju od farmakoinformacijskih službi. No, protok takvih informacija često je spor i nepotpun, ako ta služba nije dobro kadrovski i opremom ustrojena, te nedovoljno brzo ažurira podatke.



(npr. ljekarnika) na druge osobe (npr. bolesnike), dobivanje njihovih suglasnosti glede danog stajališta (npr. o potrebi uzimanja lijeka) te osiguranje konkretnoga djelovanja (npr. načina uzimanja lijeka). Proces prijenosa poruke nekim kanalom s jednog mjesta na drugo nazivamo *komunikacijskim procesom*. Polazna točka obično se opisuje kao izvor, a odredišna točka kao cilj. Komunikacijski je proces dvosmjernan i uključuje prvi ili početni prijenos informacije od izvora k cilju, te drugi u suprotnom smjeru, kao povratnu informaciju (eng. *feedback*). Pošiljateljeva poruka kodirana je sukladno njegovim nazorima, vrijednostima i znanju, a primatelj je dekodira prema osobnim stavovima, uvjerenjima i znanju. Proces vodi k pozitivnoj ili negativnoj povratnoj informaciji, kojom iznova počinje krug slanja i primanja poruke. Komunikacija je, dakle, kružni proces pri kojemu oba sudionika moraju slušati i govoriti. Komunikacija ovisi o percepciji njenih sudionika. Isto tako, riječi mogu imati višestruko značenje. U pravilu, takvu se komunikaciju ne može izbjeći, jer obje strane razumiju i neverbalne oblike komunikacije, kao izražaj lica, način izražavanja, pa čak i šutnja ima značenje za oba sudionika. Komunikacija je neponovljiva i unaprijed je valja pripremiti. Komunikacija uključuje cijelu osobu kao takvu. Zdravstveni problemi često imaju svoje emocionalne strane. Primjerice, izjava: »Mojem suprugu je nedavno dijagnosticirana astma« ne iskazuje samo izjavu o zdravstvenom stanju člana obitelji, nego i teret promjene za život čitave obitelji.

Važnost ljekarnikove (verbalne kao i neverbalne) komunikacije s bolesnikom proizlazi iz ljekarnikove djelatnosti. Pred ljekarnika se gotovo ultimativno postavlja zadaća stjecanja i razvijanja *komunikacijske kompetencije* »koja podrazumijeva sposobnost govornika da se vlastitim jezikom služi na raznovrstan i diferenciran način, prilagođavajući ga komunikacijskim i društvenim potrebama koje život pred njega postavlja«, piše ŽIVKA STANIČIĆ. Komunikacija između bolesnika i ljekarnika ne iscrpljuje se u pukoj igri slanja i primanja poruka. Pogrešno je misliti da se u tom osebnom međuosobnom odnosu samo bolesnik samoizlaže. Naprotiv, u tom se odnosu i ljekarnik neprestano samoizlaže. Valja znati da ljekarnik nije usredotočen na lijek kao robu već osoba koja pruža uslugu. Samo ukoliko su u sveukupnom ljekarnikovom stručnom djelovanju zastupljeni sadržaji poput: tumačenja, objašnjavanja, pružanja uputa, savjetovanja, prilagođavanja bolesniku informacija, i tako redom, ljekarnik može učvrstiti svoju osobnost zdravstvenog radnika. Jedan od načina kojima ljekarnik biva *jednostavan* sadržan je u jednostavnom jeziku kojim se ljekarnik treba služiti. U komunikaciji s bolesnikom ljekarnik treba primjenjivati svojevrsnu akademsku suzdržanost pod čim podrazumijevamo prije svega to da se ljekarnik ne smije razmetati svojim stručnim sofisticiranim znanjem. Naprotiv, on mora govoriti jezikom koji njegovi bolesnici razumiju.

Svaka jezična komunikacija, piše isto tako ŽIVKA STANIČIĆ, osim iskazane informaci-



je, nužno sadržava i način priopćavanja, uz upečatljive oblike *neverbalne komunikacije*. Neverbalna komunikacija odnosi se na izraz lica, pogled, ton glasa, motrenje, gestikulaciju, držanje tijela, i tako redom. Neverbalna komunikacija trebala bi učvrstiti i poduprijeti verbalnu komunikaciju, sadržajima, porukama dati dodatnu vjerodostojnost. Ljekarnik treba voditi računa o sveukupnosti detalja koje bolesnici pružaju, o tome što su rekli, kako su to rekli, o tome što se još događalo za vrijeme dok je razgovor tekao. Ljekarnik mora neprestano voditi računa o tome da socijalni okvir u kojem se odvija komunikacija ne bude stroj već otvoren i kreativan. ■



## Ljekarnička skrb kao dio liječenja



Ljekarnička skrb<sup>23</sup> je kao dio liječenja koncept<sup>24</sup> koji navodi na činjenicu da



napisao: Vladimir Grdinić

<sup>23</sup> Ljekarnička skrb jest odgovorna briga za liječenje bolesnika lijekovima u svrhu postizanja jasnih rezultata koji će poboljšati ili održati kvalitetu bolesnikova života. Vrlo sličan opis tog izraza predlažu Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) i Međunarodna farmaceutska udruga (FIP). Dakle, svrha je ljekarničke skrbi poboljšati zdravstvenu kvalitetu bolesnikova života, ali i postići pozitivne kliničke rezultate. Da bi se to postiglo, potreban je sustavni pristup koji uključuje jasne odrednice kako slijedi. [1] Ljekarnička skrb zahtijeva uspostavu i održavanje svojevrsnoga stručnog odnosa između bolesnika i ljekarnika radi prikupljanja podataka o liječenju lijekovima i u smislu podučavanja i savjetovanja bolesnika o ispravnoj primjeni i djelovanju lijekova. [2] Ljekarnička skrb zahtijeva da se podaci o liječenju bolesnika lijekovima, uz njegov pristanak, prikupljaju, zapisuju, vode, sređuju i prate. [3] Ljekarnička skrb zahtijeva vrednovanje zdravstvenih podataka o bolesniku, a, ako su lijekovi propisani, zajedno s bolesnikom i liječnikom koji je lijek propisao, i izradbu plana liječenja. Vidjeti isto tako: V. Grdinić, J. Vuković, *Farmaceutska deontologija i praksa* (Zagreb, 2000, str. 328-330), kao i *Zakon o ljekarništvu* [NN 121/03] u *Farmaceutski glasnik*, 55:1 (1999) 20-23, gdje se u Članku 6 navodi: U obavljanju ljekarničke djelatnosti magistri farmacije, u suradnji s drugim zdravstvenim radnicima, provode ljekarničku skrb u cilju postizanja boljih farmakoterapijskih učinaka i promicanja racionalne uporabe lijekova i medicinskih proizvoda te aktivno sudjeluju u sprječavanju bolesti i zaštiti zdravlja. Ljekarnička skrb je prema *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP, 1993.) način kojim ljekarnik sprječava ili rješava lijekovima probleme bolesnika, tako da ljekarnik: osigurava pravilnu uporabu lijeka i ispravnu dozu za potrebe pojedinog bolesnika, smanjuje mogućnost interakcije ili popratnih djelovanja lijekova i uklanja dvostruko ili nepotrebno liječenje lijekovima.

<sup>24</sup> Koncept ljekarničke skrbi naročito je koristan u vodenju liječenja kroničnih bolesti u primarnoj skrbi.



Ljekarnici moraju sami steći iskustva u praksi i unaprijediti zdravstveni sustav koji omogućava suradnju s drugim zdravstvenim strukama. To zahtjeva stanovite promjene u ljekarničkoj praksi i tvorbu multidisciplinarnog sustava koji može osigurati bolesnicima bolje rezultate u liječenju. Ljekarnici, jednostavno, moraju nadzirati terapiju (upravljati medikacijom), a istodobno i poučavati bolesnike kako da sami brinu o svom zdravstvenom stanju.

Potrebna znanja koja ljekarnici učenjem trebaju dopuniti i uporabiti u praksi mogu se svrstati u tri skupine: [1] znanja koja su vezana na bolesnika, [2] znanja koja su vezana na bolest, i [3] znanja koja su vezana na lijek. Sve su tri skupine znanja podjednako važne, međutim, ne treba zaboraviti da ljekarnici svoju stručnost jedinstvenu i bez premca grade na poznavanju liječenja lijekovima. Razumjeti i znati terapiju lijekovima znači moći povezati:

**bolesnik ↔ bolest ↔ terapija lijekovima**

Premda je potrebno imati znanja iz brojnih i međusobno različitih znanosti, podloga ljekarničkog znanja treba biti kako djeluju lijekovi na živi organizam (farmakologija), koji se lijekovi trebaju primijeniti u cilju zaštite i liječenja različitih bolesti (farmakoterapija), i kako se primjenjuju ta znanja da bi se pomoglo pojedinom bolesniku (praksa ljekarničke skrbi), dakle povezati:

**farmakologija ↔ farmakoterapija ↔ praksa ljekarničke skrbi**

Općenito, proces skrbi za bolesnika opisan je nešto kasnije u članku **Ljekarnička skrb kao stručna praksa**, a na ovom mjestu taj se postupak povezuje s općim odnosima koji vrijede u skrbi za bolesnika i na jedinstven doprinos provedbe skrbi za bolesnika u praksi ljekarničke skrbi.<sup>25</sup>

Problemi ljekarničke skrbi mogu se opisati kao stanovite provjere na početku, tijekom i nakon liječenja lijekom ili lijekovima. Te i takve provjere mogu dovesti do promjena koje ljekarnik preporuča ili izravno uvodi. Problemi liječenja lijekovima dovode se u svezu s:

- potrebom za novim lijekom kad propisani lijek uzrokuje takve simptome koje treba dodatno liječiti
- neprikladnim liječenjem
- uzimanjem krivog lijeka
- simptomima koji pokazuju moguće nuspojave lijeka
- prevelikom dozom
- premalenom dozom
- uzimanjem kombinacije lijekova i njihovom međudjelovanju
- nedobivanjem željenog lijeka (zbog propusta propisivanja ili administrativne pogreške).

Pitanja ljekarničke skrbi koja se javljaju procjeni liječenja (nakon uzimanja lijeka)

<sup>25</sup> Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw Hill, New York, 2012, str. 50, 187, 271

	Plan skrbi	procjene	vrednovanje
<i>Odnosi u procesu* skrbi za bolesnika</i>	■ ciljevi liječenja	■ znakovi i simptomi	■ ishodi
<i>Proces* skrbi za bolesnika</i>	■ postići ciljeve liječenja ■ predusresti i riješiti probleme liječenja lijekovima	■ prepoznati probleme u liječenju lijekovima ■ osigurati da je svako liječenje lijekovima indicirano, djelotvorno, sigurno i da se bolesnik može i želi pridržavati uputa	■ bilježiti stvarne terapijske ishode ■ napredak u postizanju ciljeva liječenja ■ ponovna provjera je li došlo do novih problema
<i>Jedinstven doprinos procesu* skrbi za bolesnika u praksi ljekarničke skrbi</i>	■ ciljevi liječenja	■ problemi liječenja lijekovima	■ ishodi

\* Proces je tijek međusobno povezanih i ovisnih pojava i zbivanja, a može se tumačiti i kao provedba, tok, napredak, postupak, postepeno razvijanje.

moгу otkriti probleme vezane za lijek koji navode na zaključke :

- lijekovi ne daju očekivane rezultate pa su neprikladni za bolesnika
- bolesniku lijekovi više nisu potrebni
- lijekovi uzrokuju negativne učinke, kao nuspojave i stanovita međudjelovanja
- lijekovi se trebaju zamijeniti novim.

Naime, cilj ljekarničke skrbi je pomoć bolesniku pri dobivanju odgovarajućeg lijeka, kao i sudjelovanje ljekarnika u donošenju odluka o promjeni lijeka. Sustavima za utvrđivanje grješke u propisivanju i uzimanju lijeka itekako pomaže informacijska tehnologija, koja, kao elektroničko okruženje, vrlo jednostavno rješava stanovite probleme u području dokumentacije ljekarničke skrbi. Sve lakši protok podataka i obavijesti (informacija) i sve češće ne liječničko propisivanje vodi zdravstveni sustav s *propisivanja* na *terapijske planove*. Mjesna se ljekarna modernizira i sve češće može osigurati tzv. privat-

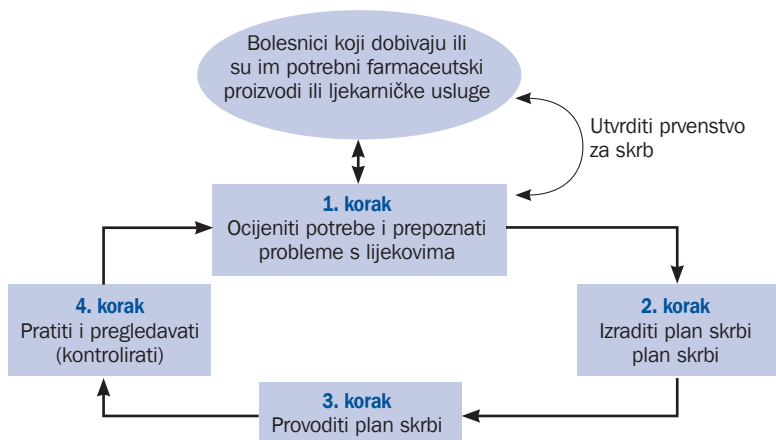
no savjetovanje. Kompjuterizacija je omogućila bolje praćenje lijekova koje je bolesnik uzimao, te koje bi stoga ljekarna trebala imati, i koji bi bili dostupni drugim članovima, primjerice, zdravstvenog tima. Naime, idealno je da su ljekarnici elektronički povezani međusobno i s drugim članovima zdravstvene struke.

Kako bi se povećao doprinos ljekarni djelotvornosti i učinkovitosti zdravstvenih sustava, ljekarnici moraju imati aktivnu ulogu u timu primarne zdravstvene skrbi, mora se poduprijeti primjena e-zdravstvenih rješenja u ljekarni te se trebaju razviti nacionalne strategije za tzv. *upravljanje lijekovima*. Mreža ljekarni, kao iznimna vrijednost, treba biti bolje iskorištena.

Pružanje djelotvorne ljekarničke skrbi bolesnicima zahtijeva od ljekarnika da je provede na način kojim se ljekarnikovo vrijeme iskorištava učinkovito i koji odražava kako njegovu odgovornost tako i dužnost. Ideal-







Slika 1. – Sustavni pristup pružanju ljekarničke skrbi

no bi bilo da svi bolesnici koji primaju ljekarničke proizvode ili se koriste kakvim drugim ljekarničkim uslugama dobivaju ljekarničku skrb. *Postupanja u ljekarničkoj skrbi* prikazan je uopćeno na **Slici 1.**

Ljekarnici trebaju poći od činjenice da je ljekarnička skrb potrebna svim bolesnicima dok se ne ocijeni da se mogu isključiti problemi liječenja lijekovima [**1. korak**]. Međutim, zbog ograničenih resursa taj i takav korak nije uvijek moguć i možda se sustavni pristup, kako je to prikazano na **Slici 1.**, mora prilagoditi kako bi se omogućila ciljana skrb.<sup>26</sup> Na samome početku treba uspostaviti dobru komunikaciju s bolesnikom, pružateljem skrbi i ostalim članovima tima za zdravstvenu skrb kako

bi ljekarnici mogli prikupljati, ujediniti razne pojedinosti i tumačiti važne informacije. Kad ljekarnici donose ocjenu o bolesnicima, moraju uzeti u obzir sve činitele koji se tiču bolesnika i medikacije i koji mogu predodrediti bolesnike za rizik od problema u terapiji lijekovima. Postupak ocjene obuhvaća razgovor s bolesnikom, pružateljima skrbi ili njihovim predstavnicima i savjetovanje s drugim članovima tima za zdravstvenu skrb, te pregledavanje bolesnikove medikacije i kliničkih podataka. Iako su u središtu mogući problemi u terapiji lijekovima, postupak omogućava i prepoznavanje problema vezanih za način života bolesnika i za samu bolesnikovu bolest.<sup>27</sup> Koraci u pružanju ljekarničke skrbi su:

<sup>26</sup> Prilagođeno iz Grupe za kliničke resurse i reviziju, Clinical Resource and Audit Group, Edinburgh, *Counseling and advice on medicines and appliances in community pharmacy practice*, The Scottish Office, NHS in Scotland, 1996.

<sup>27</sup> Za utvrđivanje načina života bolesnika, pregled lijekova i činitelja bolesti vidjeti u M. Portolan, D. Jonjić, A. Grundler, *Ljekarnička praksa: ljekarnici u skrbi za bolesnika* (HJJK, 2011., str. 35-44.

- 1. korak – ocijeniti potrebe bolesnika u pogledu terapije lijekovima i prepoznati postojeće i moguće probleme u liječenju lijekovima
- 2. korak – izraditi plan skrbi za rješavanje, odnosno sprečavanje problema s lijekovima
- 3. korak – provesti plan skrbi
- 4. korak – procijeniti i pregledati plan skrbi.

Stvarni se ishodi ocjenjuju u odnosu na terapijske ciljeve zato da se utvrdi jesu li riješeni problemi u terapiji lijekovima. Ako i kada nisu postignuti željeni ishodi potrebno je plan skrbi ponovno razmotriti. Tada se stvarni ishodi mogu *prihvatiti* kao najbolji, a koji su se mogli postići za bolesnika, ili pak *odbaciti* i izraditi zamjenski plan skrbi.

Po uzoru na medicinsku skrb<sup>28</sup> može se ustanoviti i *umijeće ljekarničke skrbi*. Umijeće ljekarničke skrbi označuje interakciju između ljekarnika i bolesnika, a može se procijeniti s obzirom na:

- opseg obavijesti koju ljekarnik prenese bolesniku i koju on zapamti, primjerice, zna li bolesnik sa šećernom bolešću kako pregledati svoju mokraću, kako kontrolirati svoju tjelesnu masu, kakvu njegu primijeniti za stopalo, kako i kad primijeniti propisane lijekove
- opseg ljekarnikove svjesnosti o bolesnikovim problemima, tj. stupanj podudarnosti bolesnikove zabrinutosti zbog

bolesti i liječnikove svijesti o brizi bolesnika

- stupanj bolesnikova pridržavanja uputa, primjerice, o uzimanju lijekova, izvedbi terapijskih vježbi, promjenama u načinu života.

Za dobru kakvoću tog oblika provedbe važni su ljekarnikova dobra vještina komuniciranja i dovoljno vremena za učinkovitu komunikaciju.

Još su se godine 1992. istaknuti istraživači<sup>29</sup> služili izrazom *ljekarničke usluge* u području ljekarničke skrbi, a to predočuje sve usluge koje su potrebne da se riješe bolesnikovi problemi u liječenju lijekovima. Raspon je tih usluga od pružanja informacija o lijekovima, preko davanja savjeta bolesnicima, izdavanja lijekova, pa do ljekarničke skrbi u užem smislu tog izraza ■



<sup>28</sup> R. Eldar, *Vrsnoća medicinske skrbi: osnovni pojmovi i primjena u praksi*, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.

<sup>29</sup> L. M. Strand, R. J. Cipolle, P. C. Morley, *Pharmaceutical care: an introduction*, Upjohn Company, 1992.



## Ljekarnici poboljšavaju ishode liječenja



Zdravstveni su ishodi neposredan rezultat bolesnikova zdravstvenog položaja kao posljedica veze sa sustavom zdravstvene skrbi. Bolesnikovi ishodi liječenja, koji su itekako povezani s uporabom lijekova, mogu se u osnovi svrstati u tri skupine:<sup>30</sup>

- *gospodarski ishodi* – kao što su: hospitalizacija, odlasci liječniku, izostajanje s posla, lijekovi koji se dobivaju na recept
- *klinički ishodi* – kao što su: simptomi, dijagnoza, štetne popratne pojave kod uzimanja lijeka (štetne posljedice uzimanja lijeka), interakcije lijekova
- *humanistički ishodi* – kao što su: bolesnikovo zadovoljstvo, kakvoća života vezana uz zdravlje, sklonost jednome načinu liječenja nasuprot drugom.

Sva ta tri stajališta valja razmatrati cjelovito. Primjerice, poboljšani *klinički ishod* može rezultirati smanjenom potrebom za sredstvima nacionalnih proračuna za lijekove, ali može imati i rezultat na polju čovječnosti (*humanistički ishod*) u promicanju zadovoljstva sa zdravstvenim sustavom. Svaki napredak u pridržavanju pravil-

nog uzimanja lijekova ima pozitivan utjecaj na sva ta tri aspekta ishoda kod bolesnika.

Usprkos činjenici da je težnja svih stručnjaka za zdravstvenu skrb da ishodi budu pozitivni, sudjelovanje i suradnja bolesnika od bitne je važnosti i odlučujući je činitelj za postizanje uspjeha liječenja. Štoviše, ne može se zaboraviti da je razumijevanje odnosa između svih triju ranije navedenih ishoda neophodno za poboljšavanje djelotvornosti usluga zdravstvene skrbi.

Pogreške u medikaciji mogu uzrokovati različite vrsti problema u vezi s lijekovima koji dovode do raznih negativnih utjecaja u rasponu od nikakvog, preko slabog terapijskog učinka za bolesnika, do ozbiljne štete i moguće smrti. Doprinos javnih ljekarnika u prepoznavanju problema povezanih s lijekom dobro je poznat. Međutim, problemi u vezi s lijekovima mogu imati i druge uzroke.

Donosioci politike, zdravstveni menadžeri, čak i stručnjaci za zdravstvenu skrb često su skloni *podcijeniti* priliku da poboljšaju zdravstvene *ishode* ako ne prate pojave, sve ono što se događa nakon što je lijek propisan. Valja naglasiti da neredovito pridržavanje uzimanja lijeka predstavlja ozbiljan problem ne samo za bolesnika nego povećava teret i za zdravstvene sustave. Zato nije dovoljno reći da zdravstveno stanje, kao rezultat uzimanja lijeka, znači samo izbjegavanje negativnog djelovanja lijeka.

Javni ljekarnici su u izvrsnom položaju u sustavu zdravstvene skrbi tako da mogu



napisao: Vladimir Grdinić

<sup>30</sup> PGEU, *Targeting Adherence. Improving Patient Outcomes in Europe through Community Pharmacist Intervention*, brošura, svibanj, 2008.



utjecati da se bolesnici pridržavaju vremena, redoslijeda i načina uzimanja lijekova. Oni su ne samo stručnjaci za lijekove, nego su i zdravstveni stručnjaci do kojih je najlakše doći, ostvariti uslugu i kod kojih se može dobiti najviše vrijednih savjeta. Zbog neposrednog pristupa bolesnicima, članovima njihovih obitelji i neposrednog pristupa drugim korisnicima lijekova, ljekarnici relativno lako mogu prepoznati kad se bolesnik neredovito pridržava terapije, tada pomoći u uklanjanju barijera i omogućiti da se intervencije u pogledu pridržavanja i ustrajnosti uzimanja lijekova<sup>31</sup> ugrade u cjelokupnu brigu o njihovim bolesnicima. Budući da imaju potrebno stručno i praktično znanje, oni pomažu poboljšati ishode bolesnikova uzimanja lijeka i time, između ostalog, smanjiti sveobuhvatne troškove zdravstvene skrbi. O terapijskoj suradljivosti općeniti, a posebno o ulozi bolesnika u farmakoterapiji, o suradljivosti, nesuradljivi bolesnici, poboljšanja bolesnikove suradljivosti, pomagala za bolju suradljivost, posebne dobne skupine bolesnika, činitelji koji podupiru suradljivost i utjecaj ljekarnika na povećanje suradljivosti opsežno je opisano za naše ljekarnike u dostupnoj knjizi.<sup>32</sup> Važno je da ljekarnici usvoje znanja o tome što su *zdravstveni ishodi* kod bolesnika, što sve znači *pridržavanje pri terapiji*, i da poznaju činjenice u kvalitativnom i kvantitativnom smislu

<sup>31</sup> Ž. Stanišić, I. Coner, *Nesuradljivost bolesnika s ljekarnikom: uzroci i posljedice*, Farmaceutsko-biokemijski fakultet, Zagreb, 2009.

<sup>32</sup> V. Grdinić, A. Grundler Bencarić, *Ljekarnička praksa: terapijske doze i primjena lijekova*, HLJK, Zagreb, 2013, str. 85-117.

o neredovitom i poboljšanom pridržavanju terapije lijekovima.

Poduka bolesnika o liječenju je smišljena tako da bolesniku (i članovima njegove obitelji) omogući upravljanje liječenjem i da po mogućnosti sprečava moguće komplikacije koje je moguće izbjeći. Ta je poduka od velike važnosti, posebice u slučajevima kroničnih bolesti (iako može biti visoko vrijedna i u akutnim slučajevima) jer bolesnik vremenski mora jako dugo izlaziti na kraj sa svojim stanjem i po svojoj prilici mora naučiti kako s njim živjeti tijekom ostatka svoga života. Da bi napore bolesnika i terapijske rasporede učinili učinkovitijima, ljekarnici mora biti u stanju podučiti bolesnike. Cilj je procesa poduke pomoći bolesnicima da imaju povjerenje u svoje liječenje lijekovima i da ga razumiju, izgraditi dobar odnos i suradnju između bolesnika i ljekarnika i, kao posljedica toga, smanjiti troškove liječenja i pojedincu i društvu kroz dugoročno upravljanje stanjem svoga tijela, odnosno stanjem bolesti.<sup>33</sup>

Općenito, kad se korisniku daje informacija o nekom lijeku,<sup>34</sup> ljekarnik treba razmo-

<sup>33</sup> PGEU, *Targeting Adherence. Improving Patient Outcomes in Europe through Community Pharmacist' Intervention*, brošura, svibanj, 2008, str. 20.

<sup>34</sup> Korisnik koji traži informaciju o lijekovima pouzdaje se u znanje i sposobnosti prosudbe ljekarnika u pogledu davanja ciljanih informacija. Ljekarnik, ili sam ili zajedno s drugim odgovornim osobama, je odgovoran za možebitne posljedice korištenja informacija koje je dao korisniku lijeka. Za davanje informacija o lijekovima potrebno je prije svega odgovarajuće znanje iz farmakoterapije i dobre vještine saopćavanja. Primjerenost savjeta može biti na veoma visokoj razini ako ljekarnik k tome vlada



triti postoji li uz to i potreba osigurati praćenje liječenja tim i takvim lijekom, kao i svaki napredak u liječenju upotrijebljenim lijekom. Ljekarnici mogu svojim netradicionalnim uslugama postići poboljšanje zdravstvenih ishoda kod različitih bolesti, iako veličina učinka ne mora uvijek biti velika ni statistički značajna.<sup>35</sup> ■

## Etika kao stalan vodič djelovanja



Čini se da povjerenje u ljekarnika i lijek itekako ima veze s bolesnikovim svijetom i njegovim životom u tom svijetu, ali isto tako i sa svakim drugim potrošačem lijekova koji ulazi u ljekarnu. Lijek, ako i nije lijek koji ozdravljuje, javlja se kao neodoljiva potreba za ozdravljenjem. Lijek nije ono drugo ili suprotno od prirode i svijeta, iako je lijeku potpuno svejedno kakav je taj svijet. Lijek se po nekim višim prirodoslovnim zakonima ne otkriva jednostavno u svijetu. No, ako je onom višem, dakle *Lijeku*, potpuno svejedno kakav je svijet, povjerenje i u ljekarnika i u lijek imat će



napisao: Vladimir Grdinić

kliničkim iskustvom (studirajući kliničko ljekarništvo) i ako je upućen u epidemiologiju i statistiku. Uz to korištenje sažetih dokaza o pojedinim terapijama na razini Cochrane sustava gotovo da je nezaobilazno.

<sup>35</sup> Vidjeti, primjerice, članak L. Puljak, **Djelotvornost netradicionalnih usluga ljekarnika: vođenje liječenja, savjetovanje i poduka pacijenata**, Bilten HLJK 2015-1/2, str. 16-20.

očigledno posljedice za bolesnikov život u tom svijetu. Kada bolesnik, i bilo koji drugi čovjek, vjerujući u ljekarnika i lijek, prebacuje težište svojega vlastitog života u nešto drugo izvan života, on neće prebaciti svoj život u nešto strano, u ono nadsvjetsko, u *Lijek*, da bi tim stavom bio otuđen od sebe i svog vlastitog života u svojem svijetu. Ljekarnik pak, kad vjeruje u lijek, slijedi putove vlastite struke, a svoju djelatnost i sebe usredotočuje sa svih strana u takvu praksu kojoj je zadaća izmijeniti i dokinuti ne samo otuđenje bolesnika već i njegove zdravstvene tegobe. S obzirom na svoj poziv, navijestio je već odavna rat mnogim boleštinama i otrovima koji se luče, pa i onim nerazumljivim nadnaravnim svjetovima i svim stanovnicima nadnaravnih svjetova. Povjerenje u ljekarnika i lijek ne otuđuju čovjeka od njega samoga i od njegova zdravlja, obitelji ili svijeta.

No, moramo se kritički zapitati je li ova teza zapravo točna. Što, dakle, znači povjerenje u ljekarnika i lijek s obzirom na bolesnikov život u svijetu? Da bismo to pitanje mogli zadovoljavajuće kritički ispitati, moramo ponajprije razmisлити o tome što zapravo znači povjerenje u ljekarnika i lijek, a zatim izabrati od toga ono što nam je potrebno za našu tezu. Dakle, što je zapravo to povjerenje u ljekarnika, ili u struku, i u lijek? Na ta pitanja čitatelji mogu naći odgovore, primjerice, u nekim mojim knjigama.<sup>36</sup>

<sup>36</sup> V. Grdinić, J. Vuković, *Farmaceutska etika, deontologija i praksa*, JGL, Zagreb, 2000; V. Grdinić, *Ljekarnička praksa: ljekarnička djelatnost, lijekovi i rukovanje lijekovima*, HLJK, Zagreb, 2010, str. 517-524.



Kad god pokušavamo pomoći drugima, neizbježna je opasnost da im štetimo. Zdravstveni radnici moraju stoga uzimati u obzir načelo dobročinstva i neškodljivosti zajedno, te osnovnu svrhu da se postigne korist veća od štete. Ali kad nemamo obveze (ili je ne prepoznamo) da drugima koristimo, ta dva načela moramo razmotriti odvojeno (jer još uvijek imamo obvezu da ne škodimo). Da bi postigli te ciljeve, zdravstveni radnici prolaze strogo i učinkovito obrazovanje i praktično osposobljavanje prije i u tijeku cijelog profesionalnog života. Istodobno moramo poštivati bolesnikovu autonomiju, jer ono što jedan bolesnik bude smatrao korisnim, može se drugome činiti kao šteta. Dakako, mala vjerojatnost velike štete, smrti ili teške nesposobnosti, od manje je moralne važnosti u smislu neškodljivosti (*ne čini zlo*) nego što je velika vjerojatnost takve štete, a velika vjerojatnost velike koristi, izlječenja bolesti koje ugrožava život, od veće je moralne važnosti u značenju dobročinstva (*čini dobro*) nego što je mala vjerojatnost takve koristi. Stoga, naša je isto tako neposredna, nesumnjiva moralna obveza poznavati rezultate učinkovitih medicinskih istraživanja, posebno vjerojatnost različitih šteta i koristi koje mogu nastati od predloženih intervencija zaštite.<sup>37</sup>

Kao nova moralna obveza u zdravstvenoj zaštiti javlja se posljednjih godina obveza da se bolesnicima pomogne kako bi više

<sup>37</sup> Z. Šošić, *Čini dobro i ne čini zlo*, u *Uvod u medicinu*, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 1996, str. 229-230.

utjecali na njihovo vlastito zdravlje i na zdravstvenu zaštitu uopće (koncept unapređenja zdravlja). Ljekarnici trebaju sve više prihvaćati obvezu *ljekarničke skrbi*. Između ostalog, to je jedna obveza koja sjedinjuje dvije moralne obveze, činiti dobro i poštivati autonomiju, a svrha je pomoći bolesniku da njegova neovisnost i samostalnost (autonomija) ne bude samo poštovana nego još i povećana.

Ljekarnička je struka pod snažnim utjecajem kreposti i zahtjeva da ljekarnik kreposno djeluje.<sup>38</sup> Profesija, bilo to ljekarnička ili neka druga, određuje se upravo po specifičnom djelovanju. Ljekarnička struka bitno je određena djelovanjima usmjerenim na *skrb za zdravlje i liječenje bolesti*. Ako ljekarnik djeluje na način da *skrbi i liječi* bolesnika, onda je od *dobar*, jer svojim činima ostvaruje specifičnu svrhu koja je prirodna (svojevrsna, *intrinsečna*) djelovanju njegove struke. Krepostan<sup>39</sup> ljekarnik zalag je dobrog funkcioniranja ljekarničke struke, pri čemu *dobro* ima eminentno moralno značenje, nasuprot načelno-tehničkom koje podrazumijeva samo ispravno vršenje profesionalnih dužnosti i obveza. U ljekarničkoj se praksi krucijalni ispit profesionalnosti događa u trenutku susreta između ranjivog i ovisnoga bolesnika s jedne, i ljekarnika s

<sup>38</sup> Teorija kreposti zahtijeva, kao *conditio sine qua non*, definiciju svrhe i dobra profesionalnog djelovanja. *Vidjeti*, T. Matulić, *Bioetika*, Glas Koncila, Zagreb, 2012, str. 281-288.

<sup>39</sup> Ljudska krepost je prije svega snaga duha, sposobnost valjana djelovanja ili činjenja.



druge strane. Smatra se da u tom trenutku bolesna osoba nije prvenstveno opterećena *povjerenjem* u svoja prava, koja se, dakako, moraju poštovati, nego *povjerenjem* u izrazitog predstavnika struke, u tip osobe ljekarnika. Pitanje, kakva je osoba ljekarnik po dobroti i stručnosti, temeljna je preokupacija bolesnika, i kad pritom zanemaruje priziv na svoja prava. Ljekarnička struka, dakle, posjeduje u sebi nekoliko osobitih značajka koje se tiču odnosa ljekarnik – bolesnik, uzrokujući oblikovanje jedne specifične unutarnje moralnosti: (a) stanje ranjivosti, ovisnosti i prestrašenosti bolesnika, (b) nejednakost u kompetencijama, (c) bolesnikovo iščekivanje povjerenja u ljekarnika, i tako redom. Krepostan ljekarnik je intimno povezan s *dobrim ljekarnikom*, ali ne radi sebe, nego radi bolesnika, utoliko što je bolesnikovo dobro neodvojivo od krepostnoga i dobroga ljekarnika. Stoga pacijentovo dobro predstavlja prvotnu svrhu ljekarničkoga djelovanja, a krepostan ljekarnik je ona osoba koja je stalno/neprekidno predodređena da djeluje za dobro bolesnika.

Prevedeno sve na rječnik stalnih ili trajnih sklonosti ljekarnika, dolazi se do njegovih sljedećih kvaliteta: dobrotvornost, odanost povjerenju, suosjećanje, intelektualno poštenje, razboritost, stručnost, požrtvornost, i tako redom. Središnju ulogu u svemu igra bolesnikovo dobro motivirano dobroćinstvom ljekarnika ili njegovom karakternom osobinom – krepošću – dobrotvornošću. Bolesnikova autonomija i iz nje proizašlo pravo na samoodređenje, odlazi

u drugi plan. Paradigma<sup>40</sup> kreposti naglašava primat dobra nad autonomijom i bolesnikovim pravima. Dodajmo, ljekarnička je struka bitno određena djelovanjem usmjerenim na *skrb za zdravlje i liječenje bolesti*. Stoga, samo onaj ljekarnik koji djeluje *skrbnički i ljekarnički* postaje *dobar ljekarnik*, jer svojim činima ostvaruje specifičnu svrhu koja je intrinsečna djelovanju njegove profesije.

Najvažnija definicija ljekarničke profesije je ona koju izriču sami bolesnici. Dok se ljekarnika tradicionalno samo definira kao znanstvenika, zdravstvenog radnika, kemičara, farmakologa, tehnologa ili kako već, bolesnikova je percepcija u pravilu pozitivna i upravljena je na ljekarnikovo »ispravno znanje« koji pomaže u »ozbiljnim stanjima i stvarima«. Kolokvijalni izraz, kojim bolesnici ljekarnicima iskazuju pozitivnu recepciju sažeti su u izrazima »dobri«, »pravi«, »idealni«, »rođeni« ljekarnik. Iako pojam *dobar ljekarnik* predstavlja pomalo maglovit i labav koncept, nema ni malo sumnje da će bolesnik »dobrog« ljekarnika s velikom sigurnošću prepoznati već na prvi pogled. Jednako tako bolesnik će i članovi njegove porodice s lakoćom prepoznati i njegovu

<sup>40</sup> U ustaljenoj uporabi, *paradigma* znači *prihvaćeni model ili obrazac*, dok u širem određenju, paradigma je način gledanja na stvari – niz zajedničkih pretpostavki, mišljenja, dogmi, uvjerenja, pogodbi, teorija. Dodajmo, paradigme uključuju teorije, primjene, alate i modele koji čine koherentni okvir za znanstveno istraživanje, kako to navodi Thomas Kuhn (1922.-1996.) u knjizi *The Structure of Scientific Revolutions* (Struktura znanstvenih revolucija) iz godine 1962.

suprotnost »hladni visokoškolorani tehnički stručnjak«, vješt izvođač ljekarničkih radnji. Ljekarnička djelatnost, a pod tim podrazumijevamo ponajviše bit ljekarnikova odnosa prema bolesniku, u kojem su odnosu sadržani i tehnologija stručnoga ljekarničkog rada, i skrb (briga) i vrijednosti. Iako priroda, kakvoća i kombinacije ta tri spomenuta elementa variraju u različitim situacijama, važno je da u svakodnevnom stvarnom ljekarnikovom djelovanju svaki pojedini element bude zastupljen. Vrijednosni aspekt ljekarnikovog djelovanja odnosi se, dakle, na djelovanje koje u prvi plan stavlja interes bolesnika, a ne ljekarnikov osobni, djelomičan, sebični interes. Valja reći i slijedeće, piše ŽIVKA STANIČIĆ, ako ljekarnik želi polučiti najbolji farmakoterapijski učinak, ljekarnik mora napustiti tlo prirodnih znanosti i stupiti u svijet vrijednosti, jer će samo u tom kontekstu biti u mogućnosti razvijati svoju ljekarničku imaginaciju ili maštu koja je »u službi osjećaja za ono što je vrijedno pitanja, mogućnosti postavljanja zbiljskih, produktivnih pitanja«, što, u pravilu, uspijeva samo onome koji vlada svim metodama svoje znanosti.

Kao stručnjaci o lijekovima, ljekarnici su poznati kao vrlo dostupan, pristupačan i pouzdan izvor savjeta i liječenja, sukladno uobičajenim normama izobrazbe ljekarnika u Europi i o stručnim i etičkim<sup>41</sup> obvezama.

<sup>41</sup> Etika pri tome ne smije biti puki visokoparni skup propisa i akata koji se samo mehanički, i samo po potrebi, nakalempljuje na ljekarnikovo djelovanje, kako može biti ponekad kao ukras, ponekad zbog osobne taštine, ponekad zbog straha od sankcija, ponekad da

Ljekarnikove odluke i akcije (kao praktičara) na korist bolesnika određene su na etički način:

- praktičar čuva bolesnikovu povjerljivost
- praktičar postupa kao bolesnikov odvjetnik
- praktičar provodi skrb na neosuđujući i nediskriminacijski način i koji je blag prema bolesnikovim raznolikostima
- praktičar provodi skrb na takav način da štiti bolesnikovu nezavisnost, dostojanstvo i njegova prava
- praktičar traži raspoloživa sredstva kako bi mogao uobličiti etičke odluke.

Kao zdravstveni stručnjaci, oni su prije svega obvezni raditi za javno dobro, a ne da je to isključivo s ciljem zarade. Stoga je važno osigurati određene mjere zaštite kako bi ljekarnici mogli djelovati neovisno.<sup>42</sup>

Ljekarnička struka gotovo je oduvijek spadala u tako uzvišenu i odgovornu ljudsku djelatnost da joj je pripadajuća *odgovornost* definirana u strogom smislu, dakle, kao *moralna odgovornost*, za razliku od slaboga smisla sadržanoga u pravnoj odgovornosti. Tako je ljekarnička profesija u odnosu na svoje podređene, dakle bolesnike, poprimila eminentne karakteristike etičke odgovornosti, dok je pravna kašnjava bila svedena na margine. ■

bi se izbjegao teret nečiste savjesti, ponekad da bi se sačuvalo »obraz«.

<sup>42</sup> Vidjeti tekst **Doprinos učinkovitosti i kvaliteti zdravstvenog sustava**, u *Bilten HJJK* 2013-2/3, str. 149-150.





## Moralni problemi u struci



Ljekarništvo je prolazilo kroz mnoge prevrate, čak i u relativno kratkom razdoblju koje obuhvaća naše i 20. stoljeće. U 20. stoljeću snažna promjena u farmaciji otpočela je kasnih tridesetih godina sa sulfonamidima u Njemačkoj. Taj prvi novi veliki farmaceutske prevrat, u kojemu se razvija sustav protuinfektivnih djelatnih tvari, traje do ranih šezdesetih godina, dakle cijelih četvrt stoljeća, a zove se »zlatne godine otkrića lijekova (*Golden age of drug discovery*). Tada je, pedesetih, a pogotovo ranih šezdesetih godina, počeo novi prevrat s razvojem farmakokinetike i to tvorbom novog područja u obliku kliničke farmacije. Danas su već itekako na djelu dva nova prevrata koji utječu, zavisno o snazi struke u pojedinoj zemlji, na razvoj ljekarništva: biotehnologija i ljekarnička skrb (*pharmaceutical care*) s ciljem poboljšanja kakvoće bolesnikova života. Ovo je vrijeme velikih izazova i mogućnosti.<sup>43</sup>

### Moralni život ljekarnika

Moralni život ljekarnika katkad poprima karakter kakve igre u kojoj nastupa trenu-



napisao: Vladimir Grdinić

<sup>43</sup> V. Grdinić, J. Vuković, *Farmaceutska etika, deontologija i praksa*, JGL, Zagreb, 2000, str. 181-204.

tak rizika i zlog slučaja, jednako kao i dobra kao sretnog pogotka. No, u pravilu, ljekarnik posjeduje uvjerenje da je, kao osoba, obdaren samoodlučivanjem u okviru vlastitih čina, dužan osvrtni se na sud vlastite savjesti o moralnom dobru i zlu. Religiozan je ljekarnik uvjeren da ga Bog poznaje mnogo korjenitije i proniče mnogo dublje nego što on sam sebe poznaje i proniče. Ljekarnik koji se ravna prema pravdnosti, koji osjeća njezinu potrebu i priznaje joj objektivnu veličinu, daje već samim time dokaz svoje načelne nesebičnosti, jer staje iznad interesa ili koristi, na tlu onoga što je objektivno ispravno. Farmacija svojim sinovima i kćerima donosi radosti i zadovoljstva, budući da ih u stručnoj praksi povezuje s doživljajem spoznavanja mnogih istina, primjerice, o lijeku, liječenju i o zdravlju, a dopušta im i trenutke milosrđa, sažaljenja prema onom tko pati.

### Dijagnoza: moralni problem

Liječnički problem prepoznavanja i utvrđivanja bolesti nije opterećen većim moralnim problemima. Ljekarnik će katkad biti u prigodi da i sam stvori mišljenje i stav o prepoznatoj i utvrđenoj bolesti. Pri tome posebice valja paziti kada se ljekarniku obraćaju za pomoć bolesnici s nervnim i mentalnim bolestima. Neke neuroze ili psihoneuroze (fobije, histerije, neurastenije itd.) i same su ponekad uzrokovane moralnim problemima bolesnika. Neurotični bolesnici imaju psihičke smetnje, no ne toliko izražene kao u psihoza



koje više mijenjaju ličnost, a osobito odnos prema stvarnosti. U dodiru s psihoneurotičnim bolesnikom ljekarnik treba očekivati da on ima teškoća u aktivnostima i međuljudskim odnosima. Valja voditi računa kako je metoda izbora u liječenju takvih bolesnika psihoterapija, dok lijekovi samo potpomažu taj terapijski postupak. Ljekarnik će trebati razotkriti i tzv. tabletomane. Takve su osobe mali ovisnici, pretežito o sedativima i analgeticima. Valja voditi računa da je tabletomanija pogrešan naziv, budući da doslovno znači ovisnost o tabletama, što ne postoji. Upotrebljava se kao alternativni naziv za višestruku ovisnost (politoksikomanija), bez obzira na to je li riječ o tabletama ili nije.

### Indikacija: moralni problem

Indikacija je medicinska naznaka da je potrebno primijeniti lijek ili izvesti kakav liječnički (npr. operacijski) zahvat. Ljekarnik katkad mora odlučiti da li treba izdati i naplatiti lijek umišljenom bolesniku (hipohondru). Je li on u tom slučaju iznevjerio svoju moralnu obvezu ako bolesnik uporno zahtijeva liječenje lijekom? Svakako ne, budući da liječenje ima za cilj da u bolesnika stvori i uvjete i uvjerenje da je zdrav, odgovorila bi farmaceutska etika u praksi. Usto, valja znati da su neki »umišljeni bolesnici« pravi bolesnici kojima će se pažljivim pregledom moći utvrditi prikladna farmakoterapija. Problemi mogu nastati i tada kada je u promet ušao novi, do tada

nepoznati, lijek veoma jakog djelovanja, ili lijek s velikom marketinškom potporom.<sup>44</sup> Kada se lijekovi jakog djelovanja s opravdanjem izdaju, oni su često popraćeni nizom emocija, kao što su nada i strah. Ljekarnik će se na različite načine ponašati za *kurativne indikacije*, kada se daje uputa za primjenu liječenja uvjetovanog prirodom tijeka stanovite bolesti, za *simptomatske indikacije*, kada je liječenje čvrsto povezano s otklanjanjem vidljivih simptoma bolesti, i za *vitalne indikacije*, kada se odlučuje o uporabi lijeka koji je prijeko potreban radi spašavanja bolesnikova života.

### Terapija: moralni problem

Terapija je sustavan način, postupak ili metoda liječenja. Budući da se s pomoću lijekova uklanjaju ili ublažuju znakovi ili simptomi bolesti, ljekarnik najčešće sudjeluje u *simptomatskoj terapiji*, dakle, u terapiji u užem smislu, u liječenju lijekovima. No, u svom radu ljekarnik može biti povezan i s drugim oblicima terapije, primjerice s dijetnim i higijenskim mjerama, sa zaštitom od ozljeda i otrovnih tvari, razgovorom sudjeluje u dijaloškom liječenju, poticanju placebo-učinka iz skupine magičnih oblika liječenja itd. Liječenje izvan primjene klasičnih lijekova zadaje ljekarniku itekako

<sup>44</sup> Pred ljekarnike se postavlja nova zadaća – zaštititi bolesnike od suviše i škodljive farmakoterapije, kroz uspostavljanje vjerodostojnog i objektivnog sustava njezina vrednovanja.



teške zadaće.<sup>45</sup> Tu će se i ljekarnik naći na »skliskom« terenu sudjelujući u takvim oblicima liječenja. Ljekarnikova sugestija snažno djeluje na bolesnika. Preporuke za uporabu homeopatskih pripravaka i nekih biljnih iscrpina ne smiju nadvisiti vrijednosti takvih pripravaka,<sup>46</sup> a ljekarnikove sugestivne sposobnosti treba pravilno iskoristiti, vježbati i stalno usavršavati. Samo značajno doziranje podataka o ljekovitosti sugestivnog razgovora osigurava optimalni terapijski ishod u stanovitog bolesnika. Kada ljekarnik donosi terapijsku odluku, ona je to teža što se radi o težoj bolesti. Dobar ljekarnik mora biti sabran i logičan, te teorijski i stručno potkovan. Dakako, jednostavno je suzbijati blage smetnje, poput nesаницe ili prehlade, kada se prije svega posigne za blagim, neopasnim i dobro podnošljivim lijekovima, kako liječenje ne bi postalo gore od bolesti. Valja znati da je u filozofiji liječenja došlo do stanovitih pomaka: od *primum non nocere*, kada se izabire ono što neće škoditi, prema *primum*

<sup>45</sup> Opširnije o tome u poglavlju 2.6.16. *Komplementarna i alternativna medicina*, u: V. Grdinić, A. Grundler Bencarić, *Ljekarnička praksa: terapijske doze i primjena lijekova*, HLJK, Zagreb, 2013, str.224-230.

<sup>46</sup> Napominjem da je izrađeno već mnogo studija koje su dokazale neučinkovitost homeopatije. Nedavno je *Medical Research Council* Australije ujedinila rezultate svih postojećih radova o učinkovitosti homeopatije. Temeljem procjene dokaza zaključak je istraživanja da ne postoji niti jedno medicinsko stanje za koje bi postojao dokaz da je homeopatija učinkovita. Čak što više, navodi se da osobe koje biraju homeopatske proizvode ugrožavaju svoje zdravlje odgađajući ili odbijajući liječenje za koje postoji valjani dokazi o učinkovitosti i sigurnosti. (*vidjeti: Bilten HLJK* 2015-1/2, str. 62).

*optime curare*, kada se izabire najprikladniji i najdjelotvorniji lijek za pojedinog bolesnika. Razumljivo je i to da suvremeni ljekarnici kao farmakoekonomisti moraju voditi sve više računa o društvenoj i individualnoj cijeni vrhunske ljekarničke usluge.

## Prognoza: moralni problem

Ljekarnik je u prigodi susretati se s bolesnikom koji provodi kakvu farmakoterapiju. Stoga dobiva uvid u tijek, trajanje i završetak bolesti, a čije se predviđanje naziva *prognoza bolesti*. Ljekarnik će imati to bolji pregled tijeka liječenja ako bolje poznaje uobičajeni tijek bolesti, [1] kada je u prigodi prosuditi bolesnikovo opće stanje, [2] kada poznaje terapijski uspjeh pojedinog lijeka i [3] ako je upoznat s eventualno drugim bolestima bolesnika. Ljubav prema medicinskoj istini temeljni je moralni element u predviđanju, odnosno određivanju budućeg tijeka bolesti. No, ljekarnik se, u pravilu, neće upuštati u prognozu bolesnika, pogotovo kada ona često znatno ovisi o biološkoj jedinci, bolesnikovoj dobi, katkada i o bolesnikovu spolu.

## Placebo: medicinski problem

*Placebo* u medicinskom značenju naziv je za tobožnji lijek, tj. za potpuno nedjelotvornu tvar, koja se katkad daje bolesnicima (umjesto pravog lijeka) da bi se izazvalo autosugestivno djelovanje (bolesnik očekuje da će mu »lijek« pomoći, pa mu i

»pomogne«).<sup>47</sup> Moderan mit o placebo odražava ovo obilježje: ako se placebom stanje popravi, navodno je to stoga što je »sve bilo samo u glavi«. No, mnogi primjeri fizičkih bolesti, visoki krvni tlak, angina pectoris, da navedemo samo neke koje reagiraju na placebo, pokazuju da je takvo shvaćanje vrlo neopravdano. Sama učinkovitost placeba mučna je i liječnicima i drugim medicinskim stručnjacima.

Čini se da je placebo pouzdano učinkovit protiv bolesti u kojima stres izravno utječe na simptome. U određenim oblicima depresije i tjeskobe, primjerice, potištenost je bolest, i stanja kao što su boli, astma i umjereni krvni tlak mogu se pogoršati ako je bolesnik zbunjen. Zapravo, placebo može djelomično djelovati i tako da umanjuje strah povezan s bolešću. Studije s ljudima i životinjama su pokazale da imunološki sustav u stanju stresa slabi. Stres, primjerice, snižava otpornost na bolesti. Nije nezamislivo da bi smanjenjem

tjeskoba placebo mogao utjecati na brojne bolesti, uključujući i takve o kojima obično mislimo da nisu podložne psihološkom utjecaju. Početna procjena mora uključiti specifična pitanja o bolesnikovim prijašnjim iskustvima s različitim lijekovima, uključujući i alternativne terapije koje većina liječnika smatra placeboima.

### Placebo: farmaceutski problem

Ako se ljudi hoće sami liječiti, kao što mnogi hoće, onda ne idu liječnicima. No, kada treba liječiti stanja koja imaju svoj tijek i bez liječenja, ili ako su posrijedi bolesti poput nekih vrsti raka, gdje nema djelotvorna liječenja, liječnici obično prepisuju palijativne lijekove da bi im olakšali simptome. Ne zaboravimo, u sličnoj situaciji može se naći ljekarnik s bolesnikom, a da utjecaj liječnika ne postoji. Što da kažemo o namjernoj uporabi placeba? Znajući za koristi od placebo-učinka, bi li ljekarnici trebali izdavati lijekove za koje znaju da po sebi nemaju nikakvu vrijednost? Za mnoge zdravstvene stručnjake takva je situacija nerješiva dvojba. Kažu li bolesnicima da im izdaju pilule od šećera, placebo-reakcija biti će izgubljena, jer ona dijelom ovisi o bolesnikovom očekivanju da dobiva pravi lijek. S druge pak strane, ako bolesnicima kažu da je placebo farmakološki djelatna lijekovita tvar, sudjeluju u obmani, što nije ni etično, a ni od terapijske vrijednosti. Dvojba potječe od loših konotacija vezanih uz placebo i od opće nesigurnosti oko nji-

<sup>47</sup> S obzirom na primijećenu učinkovitost, zašto je placebo na tako sumnjivu glasu? Riječ placebo sama dolazi s nesretnom prtljagom. Latinski znači – svidjet ću se, i prva je riječ u vesperama (službama božjim) za umrlog, a u XII. stoljeću te su se vespere obično nazivale placeboima. Tisućtristotih godina izraz je postao laičkim u lošem smislu, i upućivao je na ulizicu i laskavca, značenje koje je vjerojatno došlo od omalovažavanja profesionalnih žalobnika, plaćenih da pjevaju placebo. Kada je riječ ušla u medicinsku uporabu, negativna se konotacija zadržala. Definirana je kao ljekarija koja se daje bolesnicima, više radi toga da im se ugodi nego da od nje imaju koristi. U moderno vrijeme, nedostatak farmakološke aktivnosti također je postao dijelom definicije. Posljedica je da je riječ povezana s prezirom i neautentičnošću.



hove vrijednosti. Kad bi liječnici i ljekarnici mogli na placebo gledati kao na konvencionalne lijekove, djelotvorne na širokom terapijskom području, bez obzira na to što njihove mehanizme djelovanja potpuno ne razumiju, no imaju tendenciju da budu više učinkoviti u nekim slučajevima, a manje u drugima, bez oklijevanja ponudili bi placebo kao vjerodostojan lijek.

S tim u svezi, vrijedno je spomenuti kako je poznato da se mnogi ljudi koriste alternativnom medicinom kao, primjerice, masažom, homeopatijom, duševnim liječenjem i megavitaminima, kao i da ukupan broj onih koji pribjegavaju alternativnoj terapiji svake godine nadmašuje primarni posjet liječniku. Ako je uporaba više vrsti lijekova i liječenja jednako primjerena, bolesniku valja prepustiti da napravi izbor. No, ljekarnici, dakako i liječnici, trebaju ponuditi ograničen broj prava na slobodan izbor, ne više od tri ili četiri, i pritom moraju pružiti valjane podatke kako bi bolesniku pomogli donijeti odluku. No, ako se bolesnicima dopusti, bez obzira na to koliko su obaviješteni o lijeku i liječenju, da izaberu sebi terapiju koju žele, to ih lišava snažne blagodati traženja medicinskog savjeta. ■

## Rani tekstovi o ljekarničkoj skrbi



Već prije petnaest godina hrvatski su ljekarnici imali uvid o potrebi usmjerenja svoje djelatnosti u područje ljekarničke skrbi.<sup>48</sup> Na ovom mjestu prenosimo dijelove desetog poglavlja iz citirane već pomalo zaboravljene knjige koja je bila dijeljena po mnogim ljekarnama.

Glavninu lijekova bolesnici uzimaju sami, pa stoga uspjeh u liječenju uvelike ovisi o bolesnikovu aktivnom i svjesnom sudjelovanju u terapiji. Ljekarnička je skrb usmjerena prema bolesniku i orijentirana na pružanje objektivnih obavijesti da bi se postigao što bolji terapijski učinak i izbjegla pojava nepoželjnih nuspojava tijekom liječenja. Liječenje propisanim lijekovima proces je koji zahtijeva suradnju između



Napisao: Vladimir Grdinić

<sup>48</sup> J. Vuković, *Ljekarnička skrb i samoliječenje*, u: V. Grdinić, J. Vuković, *Farmaceutska deontologija i praksa* (Zagreb, 2000.), str. 205-214. Na ovom mjestu nisu prenesena ostala poglavlja unutar *Ljekarnička skrb i samoliječenje*: Ljekarnik skuplja podatke, Ljekarnik i farmakoterapija, Tvorba plana farmakoterapije, Provedba plana, Prosudba rezultata farmakoterapije, Farmakoterapijski priručnik, Skrb za vlastito zdravlje, Dvosmjerni protok informacija, Pravo na povjerljivost, Suradnja ljekarnika i liječnika, Odgovorni su proizvođači lijekova, Reklamiranje lijekova, Skrb u dodiplomskom studiju, Specijalističko obrazovanje za skrb i samoliječenje i Usluga preko piktograma.



bolesnika, liječnika, ljekarnika i drugih osoba zdravstvene skrbi kako bi unaprijedili zdravlje, spriječili bolest i pratili, potaknuli, mijenjali i osigurali pouzdanu i djelotvornu uporabu lijeka. Bolje obaviješteni nego u prošlosti, ljudi sada žele preuzeti više osobne odgovornosti za svoje zdravlje. Skrb za vlastito zdravlje, koja uključuje samo-liječenje (eng. *selfmedication*), značajka je zdravstvene skrbi već niz godina. Ona obuhvaća sprječavanje bolesti pravilnom prehranom, vježbanjem, uzimanjem samo umjerenih količina alkohola, suzdržavanjem od pušenja, te izbjegavanjem neispravne uporabe lijekova. Kada preventivne mjere ne uspiju, treba odgovorno upotrijebiti lijekove. Dobro smišljena i bolesniku orijentirana *ljekarnička skrb* i savjetovanje bolesnika koji se razumno okrenuo samo-liječenju, zasigurno će biti glavne zadaće hrvatskih ljekarnika u budućnosti.

### Što je *ljekarnička skrb*?

Ljekarnička skrb (eng. *pharmaceutical care*) jedna je od filozofija farmaceutske službe, posebni postupak usredotočen na pacijenta (bolesnika) kao korisnika *ljekarničke* djelatnosti. S njom se izravno i odgovorno provodi farmakoterapija, koja će postići takav konačni ishod kojim se poboljšava ili održava kakvoća bolesnikova života.

Ljekarnička je skrb proces suradnje, kojemu je svrha spriječiti ili utvrditi, a onda riješiti probleme povezane s medicinskim proizvodima i zdravljem. To je neprekidan

proces poboljšavanja postupaka za primjenu lijekova i medicinskih proizvoda, te postizanje pozitivnih kliničkih rezultata unutar realnih i razumnih materijalnih troškova.

### Temelji *ljekarničke skrbi*

Postoje razlike u shvaćanju koncepta *ljekarničke skrbi*, a mnogi su ljekarnici pokazali interes za njegovu primjenu. Dok ga jedni shvaćaju kao novo ime za *kliničku farmaciju*, drugi ga gledaju kao skup aktivnosti koje treba provoditi da bi se postigao što bolji terapijski učinak. *Ljekarnička* se skrb ne odnosi samo na izdavanje gotovih lijekova nego i na donošenje odluka o primjeni lijekova na bolesnika. Ona znači spretno upravljanje farmakoterapijom, koja zahtijeva promjenu u orijentaciji ljekarnika glede tradicionalnog ponašanja i vođenja poslova u *ljekarničkoj* okolini.

Osnovna stručna zadaća farmaceuta u pružanju *ljekarničke skrbi* jest pružanje pomoći oboljelom, optimalnom primjenom lijeka. Bitna je i odluka o tome treba li lijek uopće primijeniti, kao i prosudba o izboru lijeka, doziranju, izboru puta i načinu primjene lijeka, praćenju terapije, pružanju medicinskih informacija i savjetovanju bolesnika. Izravna, odgovorna i stalna briga ljekarnika prema bolesniku dovodi do poboljšanja njegova zdravstvenog stanja i kakvoće življenja. U svojem djelokrugu, ljekarnik sâm oblikuje i određuje plan djelovanja, vodeći računa da različiti bolesnici zahtijevaju i različitu razinu skrbi. Provedba *ljekarničke*



skrbi mora biti potpomognuto znanjem i vještinama u prosudbi bolesnikova stanja, pouzdanim kliničkim podacima, suradnjom, spoznajama i psihosocijalnim aspektima skrbi. Dobroj ljekarničkoj skrbi pridonosi i uređen sustav za praćenje, skupljanje, bilježenje i prijenos podataka, koji pomažu suradnji s bolesnikom (povijest bolesti, bilješke iz razgovora s bolesnikom), suradnji s liječnikom ili drugim ljekarnikom, osiguranju kakvoće rada (prosudba rezultata, protokol skrbi) i istraživanju (podaci za farmakoepidemiologiju).

Odgovornost za terapijske rezultate, koji su posljedica njegova djelovanja, ne podrazumijeva isključivo njegovo pravo odlučivanja o obradbi bolesnika. Ostali stručnjaci u sustavu zdravstvene skrbi imaju pri tome vrijednu, priznatu i prepoznatljivu ulogu. Farmaceuti zaposleni u drugim farmaceutskim djelatnostima, usko vezanim za ljekarničku djelatnost, imaju neizravni udio u pružanju ljekarničke skrbi. Da bi se ljekarnik što pravilnije skrbio za bolesnika, potrebno je ojačati stručnu suradnju u svim djelatnostima farmaceutâ: od bolničkih, preko javnih, pa do onih koje se bave proizvodnjom i raspačavanjem lijekova. U cijelu organizaciju i provedbu skrbi, u kojoj bi se dobili traženi rezultati, moraju biti uključeni farmaceuti i farmaceutski tehničari, prema čijim će sposobnostima biti odmjerene i podijeljene odgovornosti. Kvalitetnu provedbu skrbi i bolesnikovo pridržavanje propisanom terapijskom režimu potpomaže uporaba izvornoga kli-

ničkog materijala, tekstova za poduku bolesnika, kompjutorske potpore, programi za prosudbu pogodnosti terapije, službenih zapisa o praćenju bolesti i drugo. Ljekarnikove komunikacijske sposobnosti pridonose potpunijoj suradnji s bolesnikom. Ljekarnik mora biti vješt u primanju obavijesti i predaji savjeta bolesniku, koji je najvažnija osoba u provedbi farmakoterapije. Provođenje ljekarničke skrbi gotovo je najvažnija uloga svakog ljekarnika, koji svojim odanim radom i stručnom prosudbom mora učinkovito provoditi i unapređivati aktivnosti uključene u program skrbi, čija je okosnica poboljšanje kakvoće življenja.

## Farmakoterapija

Terapija lijekovima znači korisnu uporabu lijeka, bilo u terapijske bilo u dijagnostičke svrhe. Farmakoterapijski su problemi okolnosti i pojave, koje iziskuju uporabu lijekova koji će na bolesnika djelovati postizanjem izlječenja, smanjenjem ili uklanjanjem simptoma bolesti, zaustavljanjem ili usporavanjem bolnog procesa ili prevencijom simptoma i bolesti. Da bi se postigao jedan od navedenih učinaka, potrebno je otkriti, spriječiti ili riješiti prisutni ili mogući farmakoterapijski problem. U skupinu farmakoterapijskih problema ubrajaju se: [1] *neobrađene indikacije* – bolesnik ima medicinski problem koji zahtijeva terapiju, ali nije primio lijek; [2] *pogrešan lijek* – bolesnik ima medicinsku indikaciju, ali je dobio pogrešan lijek; [3] *subterapijsko doziranje* – bolesnik liječi medicinski problem isprav-



nim lijekom, ali u premaloj dozi; [4] *neuspjesi uzimanja lijekova* – bolesnik ima medicinski problem koji je nastao zbog neuzimanja lijekova; [5] *predoziranje* – bolesnik ima medicinski problem zbog prevelike doze odgovarajućeg lijeka; [6] *nuspojave* – bolesnik ima medicinski problem koji je posljedica nuspojave lijeka; [7] *interakcije* – bolesnik ima medicinski problem zbog pojave raznih međudjelovanja (lijelek-lijelek, hrana-lijelek, lijek-laboratorijska analiza); [8] *uporaba lijekova bez indikacije* – bolesnik je uzeo lijek bez medicinski provjerene indikacije. Željeni terapijski učinak može izostati ako se bolesnik ne pridržava propisanog režima terapije, ima neke osobitosti koje interferiraju u propisanoj terapiji ili bolesnik reagira nepredvidljivo zbog varijacija u metaboličkom odgovoru. Dio odgovornosti za nedobivene rezultate pozitivne farmakoterapije snosi i sam bolesnik. On bi morao pripomoći postizanju očekivanih i željenih rezultata, uz savjete i potporu ljekarnika.

## Suradnja u ljekarni

Skrb o bolesniku podrazumijeva zajedničku brigu svih zdravstvenih stručnjaka za bolesnikovu dobrobit. Pri provođenju bilo kojeg oblika skrbi za bolesnika postoji uzajamni odnos između korisnika i davatelja usluge. To je razmjena u kojoj bolesnik prihvaća stručni autoritet zdravstvene osobe, a ona mu odgovorno, kompetentno, stavlja na raspolaganje svoje znanje i vještinu, čime će pouzdano pridonijeti po-

boljšanju njegova zdravstvenog stanja. U slučaju ljekarničke skrbi, konkretno, postoji izravna veza između ljekarnika i bolesnika. Odnos između bolesnika i ljekarnika mora se graditi i razvijati na brižnoj, povjerljivoj, iskrenoj i otvorenoj suradnji i zajedničkom donošenju odluka. U tom odnosu, ljekarniku treba biti najvažniji bolesnikov boljitak, zbog kojega će upotrijebiti sve svoje znanje i umješnost za postizanje bolesnikove dobrobiti. U zamjenu za ljekarnikovu uslugu, bolesnik isto tako mora biti voljan dati osobne i subjektivne informacije ljekarniku, birajući i sudjelujući svjesno i aktivno u izboru liječenja i same terapije. Poboljšanjem bolesnikova zdravstvenog stanja, ljekarnik svojom uslugom posredno utječe i na poboljšanje kakvoće bolesnikova života. Treba ga upozoriti na usklađeno uzimanje lijeka s obzirom na dozu, vremenski razmak i duljinu trajanja cjelokupne terapije. No, da bi ljekarnik mogao vrednovati učinkovitost provedene ljekarničke skrbi, potrebno je odrediti načine prosudbe dobivenih rezultata koji se neprekidno mijenjaju, pa je potrebno stalno praćenje literature. Da bi prosudba bila potpuna, ljekarnik mora ujediniti dobivenu subjektivnu i svoju objektivnu prosudbu. Onu subjektivnu donosi sam bolesnik, kojega je potrebno što jednostavnije i razumljivije informirati o svrsi i načinu provedbe farmakoterapije. ■





## Ključni skup bilježaka (koncepti) – 1



U ovom je malom poglavlju kratki zapis, zabilježske, s kratkim najnužnijim podacima o *ljekarničkoj skrbi*, ali i nekim naglascima, napomenama, koji se u kasnijim tekstovima pobliže objašnjavaju.

Usluge upravljanja liječenja lijekovima traže posebnu stručnu (profesionalnu) praksu kao svoju etičku, kliničku i pravnu bazu. Ljekarnička skrb je, dakle, jedna određena stručna praksa. Ona uključuje spoznaju svih stvari po njihovim uzrocima, pomoću naravnog svjetla razuma (filozofiju), proces skrbi za bolesnika i sustav upravljanja tom i takvom praksom. Valja dodati i to da ta stručna praksa ima svoje standarde, specifičan rječnik i mora se »uklapati« u druge profesionalne prakse skrbi za bolesnike. Ljekarnička skrb ispunjava te i takve zahtjeve i lijepo se »uklapa« u kontekst primarne skrbi koji se, primjerice, u Sjedinjenim Američkim Državama javio pod nazivom *medicinski dom*. Drugim riječima, praksa ljekarničke skrbi konačno je našla svoj dom u djelatnosti ljekarnika.<sup>1</sup>



Ured HLJK / Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb

<sup>1</sup> Hrvatska ljekarnička komora radi sve što je u njenoj moći da se ljekarnička skrb za bolesnika učvrsti i u hrvatski zdravstveni sustav. Ova knjižica je jedan od priloga u tom nastojanju HLJK.

Dakako, potrebno je i detaljnije razumjeti svaku od sastavnica stručne prakse, a o tome će biti riječi u poglavlju *filozofija prakse*.

U svezi upravljanja lijekovima valja istaknuti deset niže navedenih činjenica.

- Ljekarnička skrb je praksa stručne skrbi za bolesnika koja se, pružena kao organizirana usluga, doživljava, dokumentira, procjenjuje i plaća kao usluga upravljanja terapijom lijekovima (eng. *medication management services*).
- Kada je potrebno stručno znanje da bi se riješili određeni problemi, poziva se *ljekarnik-stručnjak* koji intervenira u životu stanovitog pojedinca tako da donosi određene odluke i poduzima određene radnje. Stručna praksa neophodna je da bi funkcionirala kao etička referentna točka, klinički okvir i temelj za pravni okvir i sudske postupke u zdravstvenim strukama.
- Općenito, sve prakse profesionalne skrbi za bolesnike (dalje u tekstu: zdravstvene struke), bilo da se radi o medicini, sestrinstvu ili stomatologiji, sastoje se od tri glavne sastavnice: filozofije prakse, procesa skrbi o bolesniku i sustava upravljanja praksom. *Ljekarnička skrb* ima sve tri definirane sastavnice.
- *Ljekarnička skrb* rabi uobičajeni rječnik medicine, sestrinstva i drugih zdravstvenih struka. To je, dakako, nužno radi integracije ljekarničke skrbi s drugim praksama u zdravstvu.
- Filozofija prakse ljekarničke skrbi sastoji se od: [1] opisa društvene potrebe za tom praksom, [2] jasno određenih odgovornosti ljekarnika pri ispunjavanju

nju te društvene potrebe, [3] očekivanja usmjerenosti na bolesnika, i [4] potrebe da funkcionira unutar paradigme skrbi. Filozofija prakse je nešto što se očekuje kao podloga u suradnji s medicinom i sestriinstvom, a prakticiraju je svi zdravstveni stručnjaci.

- Proces skrbi za bolesnike, koji mora biti dosljedan s procesima skrbi za bolesnike drugih pružatelja zdravstvene skrbi, sastoji se od: (a) *procjene* (eng. *assessment*) bolesnikovih potreba vezanih uz lijekove, (b) *plana skrbi* (eng. *care plan*) koji zadovoljava specifične potrebe tog bolesnika, i (c)  *vrednovanja* (eng. *evaluation*) kojim se utvrđuje utjecaj donesenih odluka i poduzetih radnji.
- Sustav upravljanja praksom uključuje sve resurse potrebne za pružanje usluge bolesniku.

Fizički prostor, sustav naručivanja, dokumentiranje, izvještavanje, procjena, plaćanje usluge i još mnogo toga što je uključeno u upravljanje tom uslugom.

- Praksa ljekarničke skrbi razvila se iz kliničke farmacije,<sup>2</sup> kao praksa izravne skrbi za bolesnike sa specifičnim standardima prakse koji su u skladu s drugim standardima u zdravstvu.

<sup>2</sup> Klinička farmacija nije rezervirana samo za farmaceute u kliničkoj praksi, kako to lijepo stoji u predgovoru urednika (Roger Walker, Clive Edwards) knjige *Klinička farmacija i terapija* (Školska knjiga, Zagreb, 2004.). S vremenom je postalo očito da se farmaceutima sve češće pružaju prilike da u primarnoj zdravstvenoj zaštiti promiču racionalnu uporabu lijekova. Više nego ikada terapija i racionalna uporaba lijekova dio je multidisciplinarnog procesa koji uključuje farmaceute, kliničare i medicinske sestre.

- Ljekarnička skrb je opća praksa. Opća praksa je potrebna kako bi se formirale specijalističke prakse (odnosi se na one prakse koje koriste isti proces skrbi za bolesnika kao opća praksa).
- Budući da je ljekarnička skrb opća praksa, usklađena je s konceptom primarne zdravstvene skrbi, a posebno je na ovom mjestu usklađena i s američkim modelom medicinskog doma.<sup>3</sup> ■

<sup>3</sup> Model medicinskog doma (eng. *medical home concept*) novi je pristup u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Sjedinjenim Američkim Državama kojim se olakšava partnerstvo liječnika i bolesnika, a uvelo ga je godine 1967. Američko pedijatrijsko društvo (eng. *American Academy of Pediatrics*) pretežno se referirajući na osnivanje središnjeg mjesta za arhiviranje dječjih zdravstvenih kartona. U svojoj izjavi iz godine 2002., Američko pedijatrijsko društvo proširuje model medicinskog doma na način da uključuje sljedeća svojstva: skrb mora biti pristupačna, kontinuirana, sveobuhvatna, koordinirana, usredotočena na obitelj, orijentirana na zajednicu i kulturno kompetentna.

Američko društvo liječnika obiteljske medicine (eng. *American Academy of Family Physicians*) i Američka ljekarnička komora (eng. *American College of Physicians*) su nakon toga razvili svoje modele na unaprjeđenje bolesnikove skrbi koji se zovu *medical home* (2004, Američko društvo liječnika obiteljske medicine), odnosno *advanced medical home* (2006, Američka ljekarnička komora). Godinu dana poslije, Američko društvo liječnika obiteljske medicine, Američka ljekarnička komora, Američko pedijatrijsko društvo i Američko društvo za osteopatiju (eng. *American Osteopathic Association*) donose zajedničku izjavu o načelima jedinstvenog medicinskog doma usredotočenog na bolesnika (eng. *patient centered medical home*), a to su: sveobuhvatna skrb, usredotočenost na bolesnika, koordinirana skrb, dostupne/pristupačne usluge, kvaliteta i sigurnost.

Za pojediniosti vidjeti literaturu: (1) U.S. Department for Health & Human Services. *Gency for Healthcare Research and Quality. Patient Centered Medical Home. Defining the Patient Centered Medical Home*. Dostupno na: <https://pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh> (pristup: 14. rujna 2015.); (2) Kellerman R, Kirk L. *Principles of the Patient-Centered Medical Home*. *Am Fam Physician*. 2007 Sep 15;76(6):774-775. (smješteno u Uredu HLJK).



## Potreba za stručnom praksom



Obično se stručna (profesionalna) praksa razvija prva, a usluge koje rezultiraju iz te i takve se prakse definiraju nakon što je praksa primijenjena, ostvarena, odnosno ugrađena (implementirana) i ozakonjena u sustavu zdravstvene skrbi. No, to nije slučaj s uslugama upravljanja terapijom lijekovima. Iako je stručna praksa ljekarničke skrbi u farmaciji podržana i uvedena još godine 1990. ipak do godine 2006., kada su uvedene usluge upravljanja terapijom lijekovima, o praksi se je među ljekarnicima opširno raspravljalo, ali bila je minimalno razvijena u ljekarništvu. Možda to objašnjava u današnje vrijeme trenutnu zbrku, nered i manjak suglasja oko usluga upravljanja liječenja lijekovima.

U strukama u kojima se skrbi za bolesnike (kao što su medicina, sestринство, stomatologija, veterina) stručna praksa služi kao etička referentna točka, klinički okvir za primjenu na medicini temeljenih dokaza i provedbu istraživanja, te kao temelj za pravne definicije i sudske postupke. Zato je stručna praksa neophodna kad god neki stručnjak intervenira u životu

druge osobe. To se najviše odnosi na zdravstvene struke.<sup>1</sup>

Još otkako su se liječnička i ljekarnička djelatnost razdvojile na različite struke 1800-tih godina, ljekarnici nemaju odgovornost pružanja izravne skrbi bolesnicima. Štoviše, farmacija je jedina struka među strukama zdravstvene skrbi (medicina, sestринство, stomatologija i veterina) koja nema (ne preuzima) odgovornost izravne skrbi za bolesnika. Farmacija se u ovom pogledu razvila »drugačije«. Iako se djelatnost kliničke farmacije odvija u »okolini« bolesnika, a ljekarnik funkcionira vrlo »blizu« liječniku, ipak su liječnik ili medicinska sestra oni koji većim dijelom preuzimaju konačnu odgovornost za odluke ili preporuke koje daje ljekarnik, u većini situacija.

Kao što će se kasnije u tekstu pisati, izravna skrb za bolesnika uključuje tri vrlo različite odgovornosti:

- procjenu potreba svakog pojedinog bolesnika, na sveobuhvatan način, kako bi se utvrdilo što stručnjak mora poduzeti da bi bolesnik ozdravio
- organizaciju svih raspoloživih sredstava u jedan plan liječenja koji će zadovoljiti potrebe tog pojedinog bolesnika
- kontrolno praćenje bolesnika kako bi ljekarnik preuzeo odgovornost za donesene odluke i postignute rezultate.



Ured HLJK / Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb

<sup>1</sup> Vidjeti isto tako članak K. Rajšl, T. Portolan, **Izgradnja profesionalne vrijednosti u ljekarničkoj praksi**, Bilten HLJK 2014-3/4, str. 114-118.



Ako sve tri aktivnosti nisu provedene prema dosljednim standardima za svakog bolesnika, nije ostvarena izravna skrb za bolesnika. Stoga, većina ljekarnika nije primjenjivala profesionalnu praksu skrbi za bolesnike na isti način i prema istim standardima kao drugi zdravstveni stručnjaci kada su usluge upravljanja terapijom lijekovima postale stvarnost.

Kako ljekarnici nisu bili dosljedno poučavani stručnoj praksi, osobito je teško prenijeti koliko je ona potrebna, važna i koju ulogu ima u definiranju standarda obrazovanja, istraživanja i prakse. Iz tih i takvih razloga, početak ćemo ispocetka te objasniti što je praksa stručne skrbi za bolesnika i kako ona djeluje.

### Osobine svih stručnih praksi

Profesionalna praksa koju ovaj tekst opisuje, opće je poznata kao *praksa ljekarničke skrbi*, a razvijena je da bi udovoljila osmišljenim standardima i bila dosljedna s profesionalnim praksama medicine, sestriinstva, stomatologije i veterine. Zapravo, razvijena je tek nakon opsežna ispitivanja i promatranja liječničke i sestriinske struke iz perspektive obrazovanja, istraživanja i prakse. Terminologija prakse pažljivo je odabrana, tako da se oni koji prakticiraju ljekarničku skrb mogu jednostavno integritati s onima koji prakticiraju medicinu i sestriinstvo. Ova je praksa razvijena da bi nadživjela »trendove« i »modu« koji dolaze i odlaze, rastu i opadaju, mijenjaju se i

nestaju. Razvijena je da izdrži ekonomske pritiske i promjene društvenih normi i očekivanja. Ona bi trebala biti praksa koja će dobro služiti i bolesniku i ljekarniku tijekom još mnogo nadolazećih desetljeća.

Međutim, budući da je ljekarnička skrb *nova* profesionalna praksa, nova za ljekarnike, nova za bolesnike i nova za zdravstveni sustav, vjerujemo da je potrebno početi od osnovnog pitanja, *što je to profesionalna praksa?* To pitanje predstavlja osobit izazov u ljekarništvu jer druge prakse zdravstvene skrbi (odnosno, medicina, stomatologija, sestriinstvo i veterina) postoje već tako dugo vremena i relativno malo su se mijenjale, pa često uzimamo zdravo za gotovo što praksa unutar zdravstva jest i kako funkcionira. Isto ćemo tako vjerojatno pretpostaviti da su unutarnja logika i procesi struka u zdravstvu (kao što su medicina, sestriinstvo i stomatologija) jasno utvrđeni i sustavno proučavani. Ali ovo nije slučaj. Međutim, tijekom vremena, te su se struke mijenjale prema višem obliku (evoluirale) s prilično dobro razumljivim konceptom toga što znači *prakticirati* njihove odgovornosti. Tako gotovo svaki liječnik, primjerice, implicitno razumije svoju ulogu, odgovornosti i pravila koja definiraju njegovu praksu. Ljekarništvu sada prihvaća isto tako razvijanje prikladnih definicija, jer one oblikuju praksu.

### KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Profesionalna praksa je primjena znanja koju vode filozofija i svrha rješavanja



određenih problema. Znanje koje ima zdravstveni radnik (praktičar) primjenjuje se u skladu s onim standardom koji je prihvatila struka. Štoviše, praksa uključuje i posve određena iskustva koja zdravstveni radnik proživljava tijekom procesa skrbi za bolesnika.

Svi stručnjaci u zdravstvu prenose svoje znanje i stručnost bolesnicima u obliku *prakse*. Doista, u uobičajenoj uporabi, *praksa* se odnosi na ono što oni koji imaju znanja zapravo rade ili potencijalno mogu raditi. U najboljem slučaju, prešutno se razumije da primjena određenih oblika znanja na svakodnevne radnje čini praksu. Isto tako, postoji i zbudjujuće, ali često, referiranje na praksu kao na *mjesto* ili na određeni smisao, *kontekst* u kojem se radnja odvija. Ukratko, praksa je zamisao (koncept), koji i prečesto djeluje nejasno, zbudjujuće i donekle se uzima zdravo za gotovo.

Praksa je više nego samo popis aktivnosti – bez obzira koliko važne one bile za one koji ih obavljaju. Iznad svega, *prakse nisu samo aktivnosti činitelja, već također i konfiguracija svijeta unutar kojega su te aktivnosti značajne*.<sup>2</sup> U kontekstu ljekarništva, koncept prakse poprimio je previše pojednostavljeno značenje *činjenja*. Drugim riječima, pod praksom se općenito podrazumijevaju bilo kakve aktivnosti koje ljekarnik obavlja u bilo koje dano vrijeme. Takav je stav jednostavno previše sužen.

<sup>2</sup> Rouse J., *Engaging Science: How to Understand Its Practices Philosophically*, Ithaca: Cornell University Press; 1996.

Ovdje je naša svrha, pišu ROBERT J. CIPOLLE, LINDA M. STRAND i PETER MORLEY (*Pharmaceutical Care Practice: Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, 2012.), proširiti konceptualizaciju prakse i dati joj dublje značenje od onog koje je u općoj uporabi. Prakse su više nego samo primjena znanja radi nekog slabo definiranog cilja. Prakse sadrže snažnu obavezu da se čini dobro. Stoga, u našu trenutnu svrhu, praktirati ljekarničku skrb znači primijeniti znanje kako bi se unaprijedila dobrobit drugih ljudi. U tom smislu, praksa očito sadrži snažnu etičku komponentu koja definira njezinu svrhu i cilj. Na moralnost treba gledati kao na neizbježno sastavni dio svih praksi. Svaka praksa mora imati jasno i prepoznatljivo shvaćanje svojih unutarnjih dobara, dobara koja dijele svi članovi zajednice koji sudjeluju u toj praksi. Mora postojati zajedničko shvaćanje moralne svrhe i predanost koje praksu razdvajaju od više generalnih, diskurzivnih, moralnih okvira koji definiraju dobra izvan prakse. Za MacIntyre, ključnu ulogu u održavanju praksi imaju vrline. On tvrdi da:

»Svaka praksa zahtijeva određenu vrstu odnosa između onih koji u njoj sudjeluju. Vrline su ona dobra s obzirom na koja, svidalo se to nama ili ne, definiramo svoj odnos s onim ljudima s kojima dijelimo vrstu svrhe i standarda koji čine osnovu praksi«.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> MacIntyre A., *Three Rival Versions of Moral Inquiry*, London: Duckworth; 1990.

Kad to stavimo u kontekst ljekarničke skrbi, smatramo da njezina praksa zahtijeva zajedničko shvaćanje i predanost onim vrijednostima i vrlinama koje promiču grupnu solidarnost (ljekarnici), ograničenu uobičajenom filozofijom koja definira pravila, uloge, odgovornosti i svrhu. Nadalje, kako razjašnjava MACINTYRE, prakse se sastoje od cijelih sustava značenja i ne smije ih se smatrati ograničenima na one vještine i tehničke intervencije koje su sklone dominirati kao određujuće karakteristike ovog koncepta. Stoga, on kaže: »Zidanje nije praksa; arhitektura jest. Sadnja repe nije praksa, poljoprivreda jest«. <sup>4</sup>

Praksa isto tako mora biti održiva tijekom vremena. U stvarnom smislu, to znači da temelji prakse moraju biti čvrsti i dati praktičarima trajne referentne točke. Praksa gradi tradiciju i postaje društveno vidljivom. Djeluje kao izvor identiteta praktičara i priprema novo pridošle članove za buduć i rast i razvoj. Poput kulture, prakse postoje prije nekog određenog pojedinca i »akulturiraju«<sup>5</sup> buduće članove u skupinu.

Nadalje, one su »uočljive kao obrasci trajnog angažmana sa svijetom, ali ovi obrasci postoje ukoliko se ponavljaju ili nastavljaju«. Ti su obrasci »održivi samo ako postoje utvrđena *pravila*« i norme (standardi) koji se

provode.<sup>2</sup> Stoga, prakse ne ovise o autonomnim (često idiosinkratskim<sup>6</sup>) radnjama praktičara, već o tome »razumiju li i reagiraju li jedan na drugoga kao da mogu djelovati u skladu s pravilima«. Važno je uvidjeti da se u središtu samog pojma prakse nalazi ideja da se »praksa shvaća od strane praktičara onako *kako* se i provodi«. <sup>2</sup>

Ljekarnička skrb uključuje pravila i očekivanja o realizaciji koje moraju prihvatiti svi koji tvrde da je prakticiraju. Time se ne misli na autoritarnu prisutnost, već na definiranje normi (standarda) prakse, čime se omogućuje logička podloga za sve one koji odaberu obvezati se samoj praksi kao takvoj. Potpuni skup normi za praksu ljekarničke skrbi može se naći u literaturi.<sup>7</sup>

U kontekstu gore opisane rasprave, praksa ljekarničke skrbi definirana je svojom temeljnom filozofijom, posvećena je procesu skrbi za bolesnika sa svim njezinim popratnim odgovornostima i znači prihvaćanje odgovornosti za sve intervencije ljekarnika. Nadalje, praksa ljekarničke skrbi omogućuje vidljiv, dosljedan *identitet* svojih praktičara. Javnost će prepoznati praktičare kojima su *zajedničke* određene odgovornosti. Identitet takva praktičara imat će jasnoću i značenje za bolesnike i druge pružatelje zdravstvene skrbi.

<sup>4</sup> MacIntyre A., *After Virtue*, 2nd ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1984.

<sup>5</sup> *Akulturacija* je u izvornom smislu proces kojim jedna kultura preuzima elemente druge, usvajanje kulturnih elemenata, kulturno stanje u etnološkom i sociološkom smislu.

<sup>6</sup> *Idiosinkrazija* – preosjetljivost, odvratnost, antipatija; u medicini: kvantitativno nenormalna reakcija na stranu tvar (liječak) koja nije uzrokovana alergijom.

<sup>7</sup> Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw Hill, New York, 2012.



## Sastavnice stručne prakse

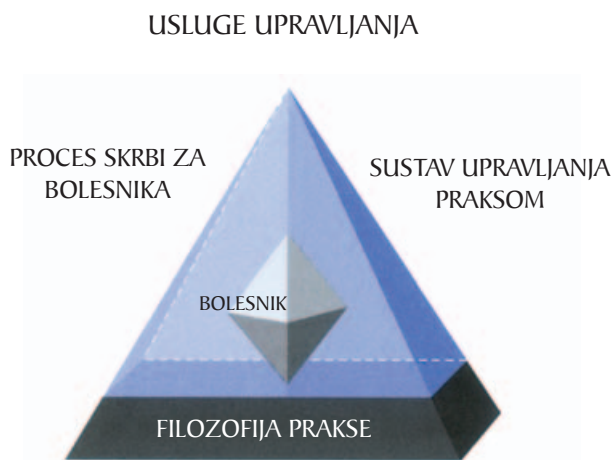
Moglo bi biti korisno sada sagledati razlike između prakse i usluge; u ovom slučaju, prakse ljekarničke skrbi od usluga upravljanja liječenja lijekovima. Kao što opisuje gornji tekst, praksa ljekarničke skrbi je točno određena primjena znanstvenog znanja i kliničkog iskustva radi potreba nekog bolesnika i to na vrlo precizan način i da bi se postigao vrlo precizan cilj. Usluga se pruža kada se sve pojedinačne aktivnosti, specifične za pojedinog bolesnika, organiziraju i sjedine u sustav zdravstvene skrbi, i kada se razvije sustav njihova pružanja, koji ljekarniku omogućava ponovljeno provođenje prakse ljekarničke skrbi na dnevnoj bazi zajedno s procesom naručivanja, definiranim procesom skrbi, razrađenim sustavom novčane naknade i svim drugim što je potrebno praksi da funkcionira. Stoga, ono što vidi praktičar iz svoje perspektive njegova je praksa, a ono što vidi boles-

nik sa svoje strane je usluga koja mu se pruža.

### KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Sve se prakse skrbi za bolesnike sastoje od tri primarne sastavnice: [1] filozofije prakse, koja je etička osnova prakse i propisuje prikladno stručno ponašanje, [2] procesa skrbi za bolesnike, koji organizira znanje i odluke koje je potrebno donijeti, i [3] sustava upravljanja praksom, koji omogućava pružanje usluga u organizacijskoj strukturi koja jamči kvalitetu, odgovornost i plaćanje, kako bi se zadržala dugoročna održivost te i takve prakse.

**Slika 1.** prikazuje međusobni odnos između triju navedenih sastavnica: proces skrbi za bolesnika, sustav upravljanja praksom i filozofija prakse. Filozofija prakse je osnova ili »sidro« prakse. Ona je moralni kompas, tako da proces skrbi za bolesnika i sustav upravljanja praksom mogu stalno djelovati u



**Slika 1.** – Sastavnice prakse usmjerene na bolesnika

odnosu na nju i odrediti što je prikladno i što je u skladu s tom filozofijom. Filozofija prakse razlikuje se od drugih sastavnica po tome što je ona prilično stabilna, ne mijenja se iz dana u dan, a mijenja se ili evoluirala samo polagano, tijekom vremena.

Na slici možemo vidjeti da proces skrbi za bolesnike određuje vrstu sustava upravljanja potrebnu za podršku aktivnosti prilikom pružanja skrbi na svakodnevnoj bazi. Proces skrbi za bolesnika predstavlja rad koji se mora obaviti, a sustav upravljanja praksom svakodnevno mora olakšavati taj rad.

Svaka sastavnica stručne prakse služi u drugačiju svrhu. Filozofija prakse propisuje i određuje, dakle ona je preskriptivna po tome što govori zdravstvenom radniku kakvo ponašanje jest ili nije prihvatljivo, daje smjernice o odgovornostima zdravstvenog radnika te utvrđuje društvenu svrhu struke. Osim toga, filozofija prakse propisuje radnu paradigmu tako da svatko zna što se očekuje od nekog zdravstvenog radnika. Proces skrbi za bolesnike, s druge strane, opisuje rad koji se odvija između pojedinog zdravstvenog radnika i pojedinog bolesnika. On postavlja normu (standard) za proces skrbi, tako da bolesnici i zdravstveni radnici znaju što mogu očekivati. Definiran proces skrbi za bolesnika omogućuje zdravstvenom radniku da proces odlučivanja bude razumljivo iskazan, protumačen (eksplicitan), sveobuhvatan, sistematičan i učinkovit svaki put kada se primijeni u praksi. To je najvažnije u slučaju *zdravstvene skrbi*, gdje zdravstveni radnik dono-

si odluke koje utječu na drugu osobu, a čiji utjecaj može biti dramatičan (može spasiti ili okončati nečiji život). Intervenirati bez filozofije prakse i procesa skrbi za bolesnike bilo bi neetično i vrlo neprofesionalno.

Sustav upravljanja praksom<sup>9</sup> ne definira se na razini zdravstvenog radnika i bolesnika, već na razini sustava zdravstvene skrbi. Sustav upravljanja praksom organizira ono što zdravstveni radnik radi na pojedinoj razini, specifično za pojedinog bolesnika, u skupu usluga koje imaju vrijednost i koje su vrijedne plaćanja. Sustav upravljanja praksom daje potporu koju zdravstveni radnik treba da bi pružio usluge što većem broju bolesnika tijekom dana. Ta potpora može biti u liku osoblja, prostora, opreme, izdavanja računa i dokumentacije – tek nekoliko potrebnih resursa koji stručnu praksu čine financijski održivom i dugotrajnom. Sustav upravljanja praksom je i ono što omogućava pružanje kvalitete u uslugama upravljanja obrazovanjem. ■

<sup>8</sup> Život, smrt, zdravlje, bolesti, skrb, kao i mnogi drugi pojmovi nabijeni specifičnim praktičnim značenjima ljudskoga stanja i djelovanja, nabijeni su ne samo etičkim upitnostima i dilemama, nego se zbog svoje specifične naravi i provenijencije čine prenosivima na bioetičko polje istraživanja. A bioetika je područje etike u kojem se proučavaju etičke implikacije bioloških istraživanja i njihove primjene.

<sup>9</sup> Ljekarnička praksa – uključuje opskrbu lijekovima. Ljekarničke usluge i ljekarničku skrb te obuhvaća sve one poslove i usluge koje ljekarnici obavljaju u sustavu zdravstvene skrbi.





# Ljekarnička skrb kao stručna praksa



Ljekarnička je skrb odgovorno liječenje lijekovima radi postizanja sigurnih ishoda koji poboljšavaju ili održavaju kvaliteto bolesnikova života.<sup>1</sup> No, ima i drugih srodnih definicija.

## DEFINICIJA

Ljekarnička skrb je praksa u kojoj ljekarnik (praktičar) preuzima odgovornost za bolesnikove potrebe vezane za lijekove te se smatra odgovornim za tu obavezu.<sup>2</sup> Tijekom provođenja ove prakse pruža se odgovorna terapija lijekovima u svrhu postizanja pozitivnog ishoda za bolesnika.<sup>2,3</sup>

Svaka od navedenih sastavnica prakse bit će detaljno opisana u ovom poglavlju, počevši



Ured HLJK / Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb

<sup>1</sup> *Ljekarnička praksa: ljekarnici u skrbi za bolesnika*, Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb, 2011, str. 87. Unutar poglavlja 1. *Ljekarnici u timu za zdravstvenu skrb* mogu se pročitati teme, primjerice, novi predložak za ljekarničku praksu, glavni ciljeva učenja ljekarničke prakse;, zdravlje i ljekarnička struka, nove dimenzije ljekarničke prakse, vrijednost stručnih ljekarničkih uloga, ljekarnik kao član tima za zdravstvenu skrb.

<sup>2</sup> Hepler CD, Strand LM., *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, Am J Hosp Pharm., 47:3 (1990) 533-543.

<sup>3</sup> Strand LM, *Remington lecture. Re-visioning the profession*, J Am Pharm Assoc., 1997:NS37(4): 474-478.

od *filozofije prakse*, preko *procesa skrbi za bolesnika*, pa do *sustava upravljanja praksom*. Međutim, korisno bi bilo vidjeti sve sastavnice sažete zajedno prije nego seciramo i raspravimo njihove dijelove. Ta bi praksa trebala postati središte nastavnih planova i programa na studijima farmacije, a postat će organizacijska sila za istraživanje prakse u nadolazećim godinama. Budući da će definirati kako će ljekarnici u budućnosti pružati skrb, moraju je razumjeti svi sudionici u pružanju *usluga upravljanja* terapijom lijekovima. U sljedećem će članku biti obrađena tema **Ljekarnička skrb kao opća praksa**.

## Filozofija prakse

Znano je da ne postoji nikakva teorija koja ne bi imala bilo kakvu osnovu u praksi i obratno. Tako je i s filozofijom. Praktična filozofija je područje filozofije koje ima za predmet vrijedno ljudsko djelovanje (etičko, pravno, estetsko i sl.) i proizvode toga djelovanja (moral, pravo i sl.).<sup>4</sup> A filozofija ljekarničke prakse u djelatnosti skrbi ima svoju posebnost.

## KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Filozofija ljekarničke skrbi sastoji se od četiri ključna elementa: *opisa* društvene potrebe za praksom, jasno izrečenih *odgovornosti* pojedinog ljekarnika (praktičara) koji ispunjavaju tu i takvu društvenu potrebu, *očekivanja* da se bude

<sup>4</sup> *Filozofijski rječnik* (ur. V. Filipović), Nakladni zavod Matice hrvatske, Zagreb, 1984, str. 258-259.



orijentiran na bolesnika te *zahtjeva* za funkcioniranjem unutar paradigme skrbi.

Na svojoj sveopćoj razini, filozofija ljekarničke skrbi počinje izjavom o društvenoj potrebi smanjenja pobola (morbidity)<sup>5</sup> i pomora (mortaliteta)<sup>6</sup> vezanih za lijekove. Filozofija se nastavlja objašnjavanjem kako se ta društvena potreba ispunjava samo kada su ispunjene pojedinačne ljekarnikove odgovornosti za određenog bolesnika, pa su zato te odgovornosti detaljno navedene za ljekarnika. Filozofija se nastavlja opisanjem kako takve odgovornosti treba izvršavati, posebice, u kontekstu usredotočenosti ili usmjerenosti na bolesnika, koristeći primjermi oblik (paradigmu)<sup>7</sup> skrbi. Ove četiri sastavnice – društvena potreba, odgovornosti ljekarnika, kontekst usmjerenosti na bolesnika i paradigma skrbi – djeluju zajedno kako bi propisale prikladno ponašanje osoba uključenih u praksu ljekarničke skrbi. Ako ovu filozofiju ne usvoje svi ljekarnici, teško je pružiti skrb prema standardu koji se može definirati etički, klinički i pravno.

## IZJAVA O DRUŠTVENOJ POTREBI

Struke postoje sa svrhom ispunjenja društvenih potreba. Stručnjake je skupo pripre-

<sup>5</sup> Odnos jedinki na nekom području i broja oboljelih u određenom razdoblju.

<sup>6</sup> Broj umrlih na nekom području u određenom razdoblju na određen broj jedinki (npr. na 1000 stanovnika).

<sup>7</sup> Uz već ranije rečeno označuje izvorni idealni uzor od kojeg proizlaze svi ostali konkretni oblici i modeli osjetnih stvari.

mati za rad u djelatnosti, zahtijevaju autonomiju, inzistiraju na samoregulaciji i zatvoreni su prema onima koji ne ispunjavaju uvjete za uključenje. Međutim, za ovaj privilegirani položaj u društvu, struka zauzvrat mora značajno pridonijeti rješavanju skupa problema bolje od ikoga drugoga u društvu. Ljekarnička skrb razvijena je da bi se izvršavalo optimiranje (ili ostvario najbolji mogući izbor) primjene lijekova i morbiditet doveo na najmanju moguću mjeru, kao i mortalitet koji se povezuje s primjenom lijekova. Ta izjava društvene potrebe odmiče se od slogana koji se može bezumno ponavljati prema značajnome razlogu postojanja (*raison d'être*), samo kada se stručnjaci neke struke prikladno pripreme i ispunjavaju svoje odgovornosti na temelju pojedinog bolesnika.

## OPIS ODGOVORNOSTI LJEKARNIKA

Kao što je ranije rečeno, svi stručnjaci moraju moći prepoznati skup problema učinkovitije od drugih da bi zaslužili ulogu stručnjaka. To svakako vrijedi i za praksu ljekarničke skrbi. Najjednostavnije rečeno, ljekarnikove su odgovornosti u praksi ljekarničke skrbi prepoznavanje, rješavanje i sprječavanje problema u terapiji lijekovima. To rješavanje problema odvija se tijekom procesa skrbi za bolesnika, posebice kada ljekarnik ocjenjuje bolesnikove potrebe vezane za lijekove.

Baš svaki bolesnik zaslužuje uzimati lijekove koji su prikladni za medicinsko stanje koje se liječi. Bolesnici imaju pravo na



liječenje svih svojih medicinskih stanja lijekovima koji djeluju i imaju pravo da im se propišu samo oni lijekovi koji su neophodni za njih. Bolesnici zaslužuju uzimati samo najučinkovitije lijekove, i to u terapijskim dozama koje mogu biti učinkovite za određeno medicinsko stanje koje se liječi. Osim toga, bolesnici imaju pravo biti na lijekovima koji neće uzrokovati nuspojave i koji će biti davani u dozama sigurnima za bolesnika. I konačno, bolesnici trebaju moći uzimati lijekove prema indikacijama da bi uz pridržavanje režima uzimanja lijekova dalo željene rezultate. Stoga, sažeto rečeno, odgovornosti su praktičara ljekarničke skrbi osigurati da su svi lijekovi koje bolesnik uzima prikladni, djelotvorni, sigurni i da se mogu uzimati i da se uzimaju u skladu s njihovom namjenom.

## OČEKIVANJA O USMJERENOSTI NA BOLESNIKA

Te se odgovornosti moraju izvršavati na vrlo specifičan način da bi bolesnik od njih imao koristi. Ljekarnik mora ispunjavati svoje odgovornosti na način koji je usmjeren na bolesnika. Mnogo se raspravljalo o značenju pojma usmjerenosti na bolesnike, ali većina zdravstvenih radnika slaže se da je taj koncept teško shvatljiv. Najlakši način za opisati taj i takav pristup jest da je bolesnik na prvom mjestu. Drugim riječima, bolesnikove potrebe određuju sve što radi te i bolesnik je u središtu svakog odlučivanja, poduzetih radnji i tumačenih rezultata. Nijedno gledište pružene skrbi ne odvija se bez uključivanja bolesnika, bez

dozvole da individualne potrebe i povlastice bolesnika nameću što se zapravo događa kada zdravstveni radnik izvršava svoje odgovornosti. To je itekako drugačiji način razmišljanja od onoga kojeg medicinska tradicionalno slijedi. U prijevodu to znači da ljekarnik radi za bolesnika, a ne za liječnika; ljekarnik odgovara na bolesnikove potrebe, a ne na očekivanja poslodavca ili direktora. Valja reći, ljekarnik »je gotov« kada bolesnik postigne svoj cilj terapije, a ne kada istekne vrijeme ili kad padne interes za rad. Najbolji način za karakterizaciju usmjerenosti na bolesnika u praksi ljekarničke skrbi jest, piše ROBERT J. CIPOLLE, ponoviti očito, »lijekovi nemaju doze – ljudi imaju doze«.<sup>8</sup>

Odluke o budućem sustavu zdravstvene skrbi usredotočuju se na usmjerenost prema bolesniku, kao primarni poticaj na promjenu. Stručna (profesionalna) praksa bez orijentacije na bolesnika, kao ključnog elementa te filozofije nema, mjesto u budućem radu ljekarnika. Bolesnik će biti »pokretač« zdravstvene skrbi<sup>9</sup> na toliko raznih načina,

<sup>8</sup> Cipolle RJ, *Drugs don't have doses-people have doses! A clinical educator's philosophy*, Drug Intell Clin Pharm, 1986; 20(11):881-882.

<sup>9</sup> Vrsnoća skrbi može se opisati kao opseg u kojem je stvarno pružena skrba u skladu s postojećim, raspoloživim znanjem i s općeprihvaćenim načelima i praksom: što je ta podudarnost bolja, kakvoća je viša. Dakako da se kakvoća pružena u stvarnosti (eng. *observed quality*) razlikuje od očekivane (eng. *expected quality*), tj. od one koja je u skladu s raspoloživim znanjem i prihvaćenim načelima i praksom. Provedba skrbi (eng. *process of care*) odnosi se na sve postupke, provedene ili propuštene, tijekom dijagnoze bolesti, njezi na



da će samim time i orijentacija na bolesnika biti način pružanja ljekarničke skrbi.

## POTREBA DJELOVANJA UNUTAR PARADIGME SKRBI

Mnogo je napisano o konceptu skrbi. S jedne strane, to je najjednostavniji mogući koncept, a s druge je složen. Ta paradigma svakako uključuje osjećaje i radnje vezane za sućut, razumijevanje, ljudsku nježnost, poštovanje, pa čak i odanost. U ljekarničkoj skrbi to znači učiniti sve moguće kako bi se primjenom lijekova umanjila patnja drugih ljudi. Skrb za nekoga u praksi ljekarničke skrbi znači da izdvajamo vrijeme i energiju da bismo razumjeli iskustvo s lijekovima svakog pojedinog bolesnika, tako da možemo optimirati buduća iskustva terapije lijekovima. To znači razumijevanje potrebe za terapijskim odnosom koji uključuje povjerenje i međusobno poštovanje te obavezu preuzimanja odgovornosti i stajanja iza svakog našeg postupka.

Skrb je ugrađena u osnovi svih struka u kojima se skrbi za bolesnike, ali ona se mora ostvariti, na propisan način, uz ispunjavanje utvrđenih standarda, da bi se smatrala stručnom (profesionalnom). Stoga, ako ne provodimo procjenu potreba pojedinca vezanih uz lijekove, ako ne mobiliziramo sva potrebna sredstva za ispunjenje njegovih potreba i ako ne pratimo što se događa s našim bolesnikom – tada

---

liječnja i praćenja. Ona ima dva oblika, naime, umijeće skrbi (eng. *art of care*) i tehnički oblik skrbi (eng. *technical aspect of care*). Umijeće skrbi označuje interakciju, primjerice, ljekarnika i bolesnika.

jednostavno ne brinemo/skrbimo. Taj koncept najbolje je opisan frazom »Ako ne pratite, ne brinete/skrbite«. Ne bi trebalo biti iznenađujuće da je provedba ljekarničke skrbi za bolesnika jednostavno odraz općeg procesa skrbi: procjena, planiranje skrbi i kontrolno praćenje.

## Provedba (proces) skrbi za bolesnika

### KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Tri glavna koraka u procesu skrbi za bolesnike su: [1] *procjena* bolesnika, njegovih ili njezinih medicinskih i terapijskih problema, koja vodi do prepoznavanja problema u terapiji lijekovima, [2] *razvijanje plana skrbi*, i [3] *kontrolnog praćenja*.

Svi koraci uvelike ovise jedan o drugom. Potrebno je dovršiti sve korake da bi se prakticirala ljekarnička skrb i postigao pozitivan utjecaj na iskustvo primjene lijeka u bolesnika. Taj je proces trajan i odvija se prigodom višestrukih posjeta bolesnika. Vaša početna procjena, prepoznavanje problema u terapiji lijekovima i planiranje skrbi događaju se prilikom vašeg prvog susreta sa svakim bolesnikom, a kontrolno praćenje i dodatne prilagodbe terapije lijekovima odvijaju se tijekom naknadnih susreta. Međutim, prije nego što istražimo ova tri koraka, potrebno je raspraviti osnovni temelj procesa skrbi za bolesnika, dio procesa skrbi za bolesnika koji se odvija u umu ljekarnika, a koja se ne može vidjeti u praksi. To je proces donošenja odluka koji je specifičan za ovu praksu i koji je zaštitni znak praktičara ljekarničke skrbi.



## OSNOVA PROCESA SKRBI ZA BOLESNIKE: FARMAKOTERAPIJSKA OBRADBA

Svi praktičari u skrbi za bolesnike, bili oni liječnici, medicinske sestre, stomatolozi ili praktičari ljekarničke skrbi, trebaju strukturiran, racionalan proces razmišljanja za donošenje kliničkih odluka. Ono što praktičara kvalificira za njegov ili njezin posao jest primjena jedinstvene baze znanja i skupa kliničkih vještina pomoću sustavnog procesa razmišljanja kako bi ocijenili potrebe bolesnika, prepoznali i riješili probleme te spriječili pojavu novih ili istih problema. U slučaju praktičara ljekarničke skrbi, ta se jedinstvena baza znanja odnosi na *farmakologiju, farmakoterapiju i praksu ljekarničke skrbi*, u kojoj ljekarnik prepoznaje, rješava i sprječava probleme vezane uz terapiju lijekovima. Sustavni proces razmišljanja korišten u toj i takvoj praksi ljekarničke skrbi jest *farmakoterapijska obradba*.

### DEFINICIJA

Farmakoterapijska obradba je racionalan proces donošenja odluka koji se u praksi ljekarničke skrbi rabi za prepoznavanje, rješavanje i sprječavanje problema u terapiji lijekovima, utvrđivanje ciljeva liječenja, odabir intervencija i vrednovanje (evaluaciju) ishoda.<sup>10</sup> Ona je opis procesa razmišljanja, hipoteza, odluka i problema bolesnika koji se događaju tijekom prakse.

<sup>10</sup> Ishod skrbi (eng. *outcome of care*) su promjene u trenutačnom (ili budućem) zdravstvenom stanju koja se

Farmakoterapijska obrada je kognitivni rad koji se odvija u umu ljekarnika dok skrbi o bolesniku. Za razliku od toga, proces skrbi za bolesnika je ono što bolesnik iskusi kada prima ljekarničku skrb. Ovaj je proces serija interakcija između bolesnika i praktičara ljekarničke skrbi. U procesu skrbi za bolesnika ljekarnikovo jedinstveno znanje i kliničke vještine primjenjuju se da bi se riješili zdravstveni problemi bolesnika.

### KORACI U PROCESU SKRBI ZA BOLESNIKA

Najbolji način razmišljanja o praksi ljekarničke skrbi jest kao o radu koji se odvija između bolesnika i ljekarnika. Ovaj se rad opisuje kao proces skrbi za bolesnika. Tri koraka tog procesa prikazana su na **Slici 2.**, a aktivnosti i odgovornosti za svaki korak sažete su u **Tablici 1** (str. 182).<sup>11</sup>

Ne zaboravite da proces skrbi za bolesnika opisuje interakciju između bolesnika i ljekarnika (praktičara). Upravo taj dio prakse zapravo *vide* i *doživljavaju* i bolesnici i praktičari. Svi praktičari trebaju primjenjivati

može pripisati prethodno dobivenoj skrbi. Razlikuje se od rezultata koji isto tako može biti učinak primijenjene skrbi ali se ne očituje u promjeni zdravstvenoga stanja.

<sup>11</sup> Sva su tri koraka u provedbi skrbi za bolesnika opisani u literaturi: Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012. (poglavlje 6-8). Isto tako, u toj je literaturi (poglavlje 5) raspravljano o prepoznavanju uzroka, o rješavanju i sprječavanju mogućih problema u liječenju lijekovima i o procjeni ljekarničke skrbi.



vati isti proces skrbi za bolesnike i strukturirani proces donošenja odluka bez obzira na bolesnikove osobine, medicinska stanja i terapiju lijekovima koja se primjenjuje i bez obzira na stručnost praktičara.

**Tablici 1.** uključuje i spoznajni rad (farmakoterapijska obradba) i fizički rad (provedba skrbi za bolesnika) praktičara ljekarničke skrbi. Svaki od tih koraka ovdje će biti kratko predstavljen kako bismo opisali cijeli proces skrbi.

**[PR]OCJENA.** Svrha procjene<sup>12</sup> je trostruka: [1] razumjeti dovoljno dobro bolesnika i bolesnikovo iskustvo s lijekovima da bismo donosili racionalne odluke o liječenju lijekovima zajedno s bolesnikom ili bolesnicom i za njega/nju, [2] odrediti je li bolesnikova terapija lijekovima prikladna, djelotvorna i sigurna te pridržava li se bolesnik svoje terapije, i [3] prepoznati probleme u liječenju lijekovima.

Informacije potrebne za donošenje kliničkih odluka zajedno sa stanovitim bolesnikom uključuju *podatke o bolesniku* (de-

mografske podatke, iskustvo s lijekovima), *podatke o bolesti* (trenutne bolesti i oboljenja, anamnezu, prehrambeni status, sistematski pregled) i *podatke o lijekovima* (trenutni lijekovi, primjena lijekova u prošlosti, konzumacija opojnih droga, imunizacija, alergije i upozorenja).

Tri se glavne aktivnosti događaju tijekom faze procjene, a one su sljedeće:

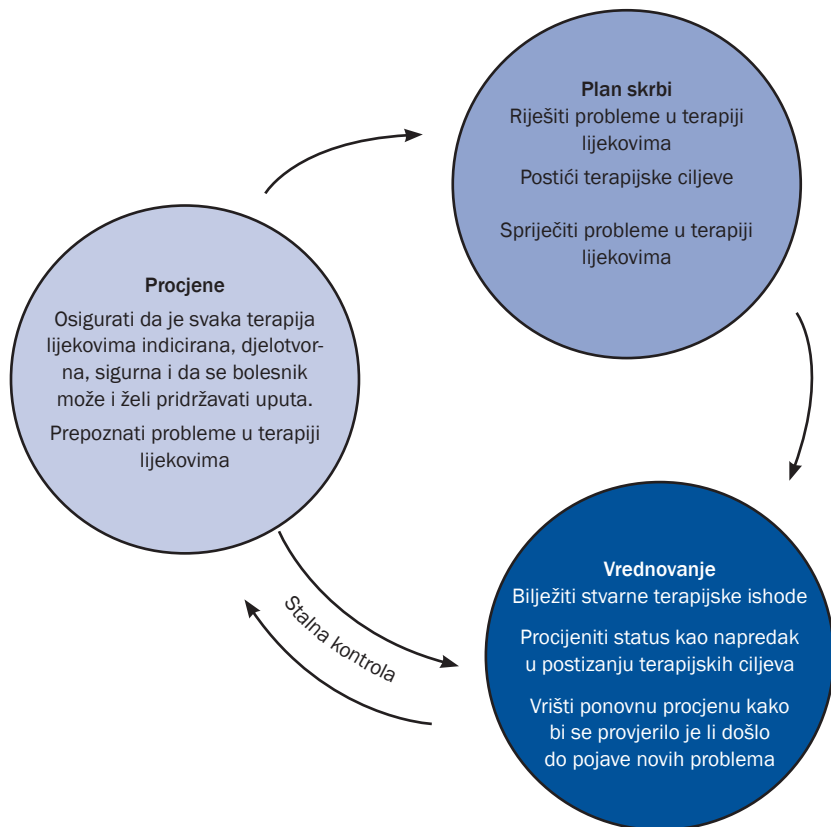
- prikupljanje informacija od bolesnika i iz bolesnikove medicinske dokumentacije.
- saznavanje bolesnikova iskustva s lijekovima.
- donošenje kliničkih odluka o bolesnikovom liječenju lijekovima i prepoznavanje terapijskih problema.

Procjenjivanje započinje upoznavanjem vašeg bolesnika tako da razgovarate o njegovu *iskustvu s lijekovima*.<sup>13</sup> Iskustvo s lijekovima nov je i važan koncept u zdravstvenoj skrbi. Bolesnici svoje iskustvo uzimanja lijekova u svakodnevnom životu prenose kao njihovo iskustvo uzimanja lijekova. Iskustvo s lijekovima bolesnikov je, dakle, osobni pristup uzimanju lijekova. To je svojevrsni zbroj svih događaja u životu bolesnika koji uključuje i uzimanje lijekova. To iskustvo s lijekovima obuhvaća bolesnikova uvjerenja, opažaje (percepcije), shva-

<sup>12</sup> Ili još bolje *ocjena* prema *Enciklopedijskom rječniku humanog i veterinarskog nazivlja* (HAZU/LZ, Zagreb, 2006. u primjeru ocjena štetnosti (eng. *hazard assessment*) ili ocjena utjecaja na zdravlje pučanstva (eng. *public health impact assessment*). Naime, u svakodnevnom govoru nema značenjske razlike između riječi *ocjena*, *procjena*, *vrednovanje* i *prosudba*. Slična je situacija i u engleskom jeziku: *assessment*, *estimate*, *evaluation* i *judg(e)ment*. Budući da hrvatska norma HRN ISO 3534-1 propisuje izraz *procjena* za englesku riječ *estimate*, a onda za izraz *assessment* ostaje riječ *ocjena*, budući da su riječi *vrednovanje* i *prosudba* našle svoje uporište u izrazima *evaluation* i *judg(e)ment*.

<sup>13</sup> O saznanjima vezano za bolesnikovo razumijevanje bolesti i o njegovom iskustvu o lijekovima opširno se može naći u knjizi: Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012. (poglavlje 4.).





Slika 2. – Proces skrbi za bolesnika

ćanja, stavove i ponašanja glede terapije lijekovima. Upravo će ti činitelji najizravnije utjecati na bolesnikovu odluku hoće li uzeti lijek ili ne, koliko će lijeka uzeti i kako će ga uzeti.<sup>14</sup> Bolesnici imaju svoja vlastita iskustva s lijekovima. Naša je odgovornost razumjeti ih i pozitivno na njih utjecati.

Zato, što više znate o iskustvu s lijekovima vašega pacijenta, veća je vjerojatnost da ćete imati trajan i pozitivan utjecaj na to

<sup>14</sup> Vidjeti o tome u: Ž. Stanišić, I. Coner, *Nesuradljivost bolesnika s ljekarnikom: uzroci i posljedice*, FBZ, Zagreb, 2009.

iskustvo. Iskustvo s lijekovima uključuje isto tako i više tehničkih aspekata. Valja poznavati lijekove koje bolesnik trenutno uzima, konzumaciju opojnih droga, imunizaciju, alergije, upozorenja i povijest uzimanja lijekova. Obično je lakše rješavati tehničke aspekte iskustva s lijekovima. Međutim, sposobnost ljekarnika da utječe na opseg zamijećenog od spomenutog ovisi o tome koliko dobro razumijete bolesnikov osobni pristup uzimanju lijekova.

Dajte si dovoljno vremena i naučite vještine učinkovitog dobivanja bolesnikova opisa

**Tablica 1.** – *Aktivnosti i odgovornosti u provedbi skrbi za bolesnika*

	<b>AKTIVNOSTI</b>	<b>ODGOVORNOSTI</b>
<b>PROCJENA</b>	Upoznati bolesnika. Dobiti relevantne informacije od bolesnika. Donijeti racionalne odluke o terapiji lijekovima uz pomoć farmakoterapijske obrade.	Uspostaviti terapijski odnos. Odrediti tko je vaš bolesnik kao pojedinac tako da saznate razlog susreta, bolesnikove demografske podatke, iskustvo s lijekovima i druge kliničke podatke. Odrediti jesu li zadovoljene potrebe bolesnika vezano uz lijek (indikacija, djelotvornost, sigurnost, pridržavanje s terapijom), utvrditi probleme s terapijom.
<b>PLAN SKRBI</b>	Utvrđiti ciljeve terapije. Odabrati prikladne intervencije za: – rješavanje problema u terapiji lijekovima – postizanje ciljeva terapije – sprječavanje problema u terapiji lijekovima – zakazivanje termina kontrolnog praćenja.	Dogovarati i složiti se s bolesnikom i njegovim skrbnicima o ishodima i vremenskom okviru provođenja terapije. Razmotriti terapijske alternative. Odabrati terapiju lijekovima specifično za bolesnika. Razmotriti intervencije bez lijekova. Educirati bolesnika.
<b>KONTROLNO PRAĆENJE</b>	Dobiti kliničke i/ili laboratorijske dokaze stvarnih bolesnikovih ishoda, usporediti ih s ciljevima terapije da biste odredili djelotvornost terapije lijekovima. Dobiti kliničke i/ili laboratorijske dokaze o nuspojavama da biste odredili djelotvornost terapije lijekovima. Dokumentirati klinički status svakog stanja koje se liječi lijekovima. Ponovno procijeniti bolesnika za slučaj bilo kakvih novih problema u terapiji lijekovima. Zakazati sljedeću kontrolu.	Procijeniti djelotvornost farmakoterapije. Procijeniti sigurnost farmakoterapije. Odrediti koliko se bolesnik pridržava terapiji. Prosuditi klinički status bolesnikovih stanja koja se liječe lijekovima. Prepoznati bilo kakve nove probleme s lijekovima i njihov uzrok. Pružati stalnu skrb.

njegova ili njezina iskustva s lijekovima – ono će uvijek biti vrijedno vašega truda. Kakvoća skrbi koju možete pružiti u mnogome ovisi o tome.

Praktičar ljekarničke skrbi ima odgovornost da razumije bolesnikovo iskustvo s lijekovima, jer to i takvo izravno iskustvo utječe na odluke koje bolesnik donosi o svojoj terapiji lijekovima. Ne treba zaboraviti da iako liječnici, medicinske sestre i praktičar ljekarničke

skrbi mogu bolesniku dati prijedloge, bolesnik je taj koji u konačnici odlučuje kako će postupiti po pitanju uzimanja lijekova.

Glavne odluke koje praktičar ljekarničke prakse donosi tijekom procjenjivanja uključuju sljedeće:

- jesu li bolesnikove potrebe vezane za lijekove trenutno ispunjene, i
- ima li bolesnik trenutno problema u terapiji lijekovima.





Stoga je važno razumijevanje problema u terapiji lijekovima.<sup>15</sup>

#### DEFINICIJA

Problemi su u liječenju lijekovima nuspojave<sup>16</sup> ili rizici koje bolesnik doživljava, a koji su povezani ili se sumnja da su povezani s terapijom lijekom, koji koče ili odgađaju bolesnikovo postizanje željenih ciljeva terapije i čije rješavanje zahtijeva posebno stručno mišljenje.

Ti se problemi prepoznaju tijekom procesa procjenjivanja, tako da se mogu rješavati individualiziranim promjenama u režimima bolesnikove terapije lijekom. Problemi u terapiji lijekom prepoznaju se procjenom socioloških, patofizioloških i farmakoloških informacija o bolesniku, bolesti i liječenju lijekovima koje se prikupe tijekom koraka procjene činjenica. Sinteza i primjena tog znanja odvija se na logičan, sustavan način pomoću farmakoterapijske obradbe.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Za detalje pogledati u: Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012. (poglavlje 5.).

<sup>16</sup> Čitateljima se preporuča pročitati poglavlje 2.4.7. *Nuspojave lijekova*, u: V. Grdinić, A. Grundler Benčarić, *Ljekarnička praksa: terapijske doze i primjena lijekova*, Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb, 2013, str.161-176.

<sup>17</sup> Za detalje pogledati u: Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012. (poglavlje 6.).

Proces koji se rabi za utvrđivanje ima li ili nema bolesnik iskustvo problema u terapiji lijekovima traži stalne odgovore na četiri logična pitanja:

- Ima li bolesnik kliničku indikaciju za svaku od svojih lijekova i liječi li se svaka od bolesnikovih indikacija lijekom?
- Je li terapija lijekovima djelotvorna?
- Je li terapija lijekovima sigurna u najvećoj mogućoj mjeri?
- Može li i da li želi bolesnik uzimati lijekove kao sto je predviđeno?

Kada kliničari rabe znanja o bolesniku, bolestima i lijekovima, poznajući odgovore na navedeni niz pitanja, oni mogu donositi kliničke odluke o tome postoji li ili ne postoji kakav problem u liječenju lijekovima. Ako bolesnik ima problem u terapiji lijekovima, on se može svrstati u jednu od sedam kategorija opisanih u **Tablici 2**.

Nakon što se problem kategorizira, potrebno je identificirati uzrok svakog pojedinog problema u liječenju lijekovima. Poznavanje uzroka problema vodi ka najboljem rješenju za bolesnika. Te su tri sastavnice (karakterizacija, identifikacija i poznavanje uzroka problema) potrebne da bi se mogao primijeniti, odnosno prikladno opisati bolesnikov problem (kojeg bolesnik ima i doživljava) u terapiji lijekovima. Taj proces uključuje prepoznavanje *medicinskog stanja* povezanog s problemom, *terapije lijekovima* povezano s problemom i *uzrok problema*.

Kada su prisutni višestruki problemi u terapiji lijekovima, potrebno ih je svrstati prema

Tablica 2. – Kategorije problema u terapiji lijekovima

PROBLEM U TERAPIJI LIJEKOVIMA	OPIS PROBLEMA U TERAPIJI LIJEKOVIMA
Nepotrebna terapija lijekovima	Terapija lijekovima je nepotrebna jer bolesnik trenutno nema kliničku indikaciju
Treba dodatnu terapiju lijekovima	Potrebna je dodatna terapija lijekovima za liječenje ili prevenciju bolesti
Neučinkovit lijek	Lijek nije učinkovit za ovog bolesnika u postizanju željenog odgovora
Preniska doza	Doza je preniska da bi proizvela željeni odgovor za ovog bolesnika
Nuspojava na lijek	Lijek uzrokuje nuspojavu
Previsoka doza	Doza je previsoka i rezultira nuspojavama
Pridržavanje terapiji	Bolesnik ne može ili ne želi slijediti terapijski režim prema uputama

prioritetu (prema prvenstvu pred drugim, prema prednosti) kako bi se odlučilo koji će se od njih prvi rješavati. Redoslijed prioriteta problema u terapiji lijekovima temelji se na bolesnikovom mišljenju o tome koji problem uzrokuje najviše brige, na veličini sklonosti koje on ili ona ima za rješavanje problema, te na kliničkoj ozbiljnosti problema.

Rezultat procjene bolesnikovih potreba vezanih za lijekove jest opis i prioritetnost problema u terapiji lijekovima koje treba riješiti određenim intervencijama u planu skrbi. Prepoznavanje i rješavanje problema u terapiji lijekovima predstavlja jedinstven doprinos skrbi za bolesnika koji pruža praktičar, dakako, ljekarničke skrbi.

**RAZVOJ PLANA SKRBI.** Svrha plana skrbi jest organizirati sav rad o kojem se dogovore ljekarnik praktičar i bolesnik za postizanje ciljeva terapije. To zahtijeva intervencije<sup>18</sup> za rješavanje problema u tera-

piji lijekovima, u svrhu postizanja lječidbenih ciljeva i sprječavanja novih problema u terapiji lijekovima, čime se optimira bolesnikovo iskustvo s lijekovima.

Plan skrbi razvija se u prvome redu da bi se bolesniku pomoglo da postigne utvrđene ciljeve liječenja za svako oboljenje ili bolest. Izradba plana skrbi odvija se u suradnji s bolesnikom i, kada je prikladno, drugim praktičarima zdravstvene skrbi koji pružaju skrb upravo tom bolesniku.

Plan skrbi organizira se prema oboljenju/bolesti, a poseban plan skrbi izrađuje se za svako stanje ili bolest. Izradba plana skrbi uključuje tri koraka: [1] utvrđivanje ciljeva terapije, [2] odabir prikladnih individualiziranih intervencija, i [3] zakazivanje termina sljedećih kontrolnih praćenja. Ako bolesnik ima nekoliko bolesti/oboljenja, planove

*Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012. (poglavlje 7.).

<sup>18</sup> Intervencije su pobliže opisane u knjizi: Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical*



skrbi potrebno je integrirati, a bolesniku prikazati jedinstven plan skrbi.

Prvi i najvažniji korak u procesu planiranja skrbi jest utvrditi ciljeve terapije za svaku bolest/oboljenje. Ciljevi se terapije sastoje od parametara, vrijednosti i vremenskog okvira. U tekstu se ciljevi terapije koriste za opisivanje budućih željenih ishoda. Ciljevi terapije usmjeravaju sve iduće odluke, radnje, intervencije i edukaciju bolesnika. Zato ciljevi terapije moraju biti izričito navedeni, dosljedni s bolesnikovim predanostima (preferencijama) i željama, klinički razumni, te vidljivi i mjerljivi unutar navedenog vremenskog okvira. I možda najvažnije, ciljeve terapije moraju razumjeti i o njima se složiti i ljekarnik (praktičar) i bolesnik.

Svaki plan skrbi sadrži plan djelovanja koji treba poduzeti zbog bolesnika. Te određene radnje, određeni terapijski zahvati, nazivaju se *intervencijama*.

Plan skrbi sadržava intervencije koje su oblikovane kako bi:

- riješile probleme u terapiji lijekovima
- postigle navedene terapijske ciljeve
- spriječile razvoj novih problema u terapiji lijekovima.

Prve intervencije u nekom planu skrbi trebaju biti one koje su namijenjene rješavanju prepoznatih problema u terapiji lijekovima. Rješavanje problema zauzima prvo mjesto u terapiji lijekovima, unutar procesa planiranja skrbi jer se ciljevi terapije ne mogu postići sve dok i osim ako bolesnikovi problemi u terapiji lijekovima nisu uspješno

riješeni. Najčešće intervencije uključuju početak nove terapije lijekom, prekid terapije lijekom, povećanje doze, smanjenje doze, pružanje specifičnog obrazovanja bolesniku, ili pak upućivanje bolesnika drugom zdravstvenom radniku sa stručnošću potrebnom za rješavanje bolesnikova zdravstvenog problema.

Druga vrst intervencije u razvijanju plana skrbi osigurava da bolesnik postigne ciljeve liječenja. Intervencije za postizanje ciljeva terapije najčešće uključuju promjene terapijskih režima i individualizirane upute za bolesnika. Te intervencije uključuju svrsishodno obrazovanje (razvijanje sposobnosti) bolesnika ili upute o optimalnoj primjeni lijekova, povezanoj tehnologiji i/ili prehrani i tjelovježbi da se poveća vjerojatnost uspjeha uz terapijski režim.

Za dovršetak plana skrbi potrebne su intervencije koje sprječavaju razvoj problema u liječenju lijekovima. Te su intervencije osobito važne za bolesnike koji imaju neku vjerojatnost razvoja problema u terapiji lijekovima, i to veću od uobičajene, zbog nekog identificiranog činitelja rizika.

Završni korak u svakom planu skrbi jest zakazivanje kontrolnog praćenja da bi se odredili ishodi terapije lijekovima. Tijekom kontrolnog praćenja prosuđuje se imaju li rezultati radnji iz plana skrbi pozitivan ili negativan utjecaj na bolesnika. Zato odluka o tome kada treba zakazati određeno vrijeme (termin) sljedeće kontrole treba uključivati i vrijeme kada bi se mogli očekivati pozitivni ishodi, vrijeme kada bi se

moгли postići ciljevi terapije i možebitni negativni ishodi, uključujući nuspojave i/ili štetne reakcije na lijekove. Ako postoji veći broj planova skrbi, potrebno je uskladiti pojedine termine za kontrolna praćenja.

Bolesnik i ljekarnik uvijek dogovaraju sastavnice plana skrbi, uključujući ciljeve terapije, intervencije i termin sljedećeg susreta.

**PRAĆENJE PROCESA VREDNOVANJA.** Svrha je praćenja procesa vrednovanja odrediti stvarne ishode terapije lijekovima u bolesnika, usporediti te rezultate s planiranim ciljevima terapije, odrediti djelotvornost i sigurnost farmakoterapije, vrednovati bolesnikovo pridržavanje u terapiji i utvrditi trenutni zdravstveni položaj (status) bolesnika.<sup>19</sup>

Treba primijetiti da se izraz »ishodi« u praksi ljekarničke skrbi rabe za opis stvarnog kliničkog rezultata i ne smije se pogrešno zamijeniti za ciljeve terapije ili opće koncepte ishoda koji su nejasno definirani.

Tijekom praćenja procesa vrednovanja stječe se kliničko iskustvo i nova znanja. Zapravo, većina učenja odvija se tijekom tog i takvog praćenja procesa vrednovanja. Praćenje procesa vrednovanja onaj je korak u procesu kada ljekarnik (praktičar) vidi koji lijekovi i doze su bili najdjelotvorniji ili koji su uzrokovali najviše štete.

<sup>19</sup> Opsežni podaci o tome nalaze se u knjizi: Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012. (poglavlje 8.).

U dobro provedenim praćenjem procesa vrednovanja, ljekarnik (praktičar) procjenjuje bolesnikov odgovor na terapiju lijekovima u pogledu djelotvornosti, sigurnosti i pridržavanja terapije, a isto tako utvrđuje jesu li se razvili kakvi novi problemi.

Pojedinačna djelovanja koja se obavljaju prigodom praćenja procesa vrednovanja opisuju se na sljedeći način:

- zabilježiti ili izmjeriti pozitivne rezultate koje je bolesnik iskusio u terapiji lijekovima (*djelotvornost*)
- zabilježiti ili izmjeriti sve neželjene učinke (nuspojave) koje je bolesnik iskusio, a koje je uzrokovala terapija lijekovima (*sigurnost*)
- odrediti stvarnu dozu lijekova koju bolesnik uzima, a koja daje zabilježene rezultate (*pridržavanje terapiji*)
- donijeti kliničku prosudbu o položaju (statusu) bolesnikova oboljenja ili bolesti koje se liječi terapijom lijekovima (*ishodi*)
- ponovno procijeniti bolesnika da bi se odredilo je li razvio kakve nove probleme u terapiji lijekovima.

Ljekarnik (praktičar) mora skupiti podatke da bi vrednovao djelotvornost terapije lijekovima. Ti podaci često uključuju poboljšanje ili smanjenje znakova ili simptoma bolesnikova medicinskog stanja ili bolesti.

Djelotvornost se isto tako vrednuje pomoću podataka da bi se iskazala mjera u kojoj su se abnormalni rezultati laboratorijskih ispitivanja vratili u željeni ili normalni raspon. Ljekarnik mora isto tako skupiti podatke kojima će vrednovati sigurnost terapija lije-



kovima uvedenih u plan skrbi. Podaci o sigurnosti uključuju vrednovanje nenamjernih farmakoloških učinaka (nuspojava) terapije lijekovima. U vrednovanje podataka o sigurnosti također uključuje ocjenu jesu li vrijednosti laboratorijskih ispitivanja postale opasno abnormalne zbog dane terapije lijekovima. Budući da se i djelotvornost i sigurnost vrednuju na temelju doza lijeka koje je bolesnik stvarno uzeo, važno je utvrditi bolesnikovo pridržavanje prigradom svakog praćenja procesa vrednovanja.

Donosi se klinička prosudba glede statusa ishoda za svaku bolest/oboljenje koje se liječi terapijom lijekovima. Prigradom svakog vrednovanja položaj se bolesnika može zdravstveno riješiti, stabilizirati, poboljšati, djelomice poboljšati, ostati ne poboljšani, pogoršati se ili uspjeh liječenja zatajiti. Svaki izraz u praksi ima specifično značenje i sadržava dvije stavke važnih informacija: [1] bolesnikovo trenutno stanje, i [2] što je napravljeno u terapiji lijekovima kao odgovor na bolesnikovo stanje. Ta se klinička prosudba zapisuje (evidentira) i uspoređuje s navedenim statusom prilikom svakog idućeg vrednovanja kako bi se odredilo pomaže li individualizirana terapija lijekovima bolesniku u postizanju željenih terapijskih ciljeva.

Prigradom svakog praćenja procesa vrednovanja, ljekarnik (praktičar) isto tako mora

odrediti jesu li se kod bolesnika razvili neki novi problemi u terapiji lijekovima ili bolesti od zadnjeg susreta. Ako jest, proces skrbi za bolesnika treba početi ispočetka.

Važan je cilj dovršetka procesa skrbi za bolesnika uspostaviti značajan, terapijski odnos s bolesnikom. Taj se odnos razlikuje od svakog drugog odnosa koji možete razviti s nekim pojedincem. On uključuje visoku razinu povjerenja, poštovanja i zajedništva. Bez tog odnosa, proces skrbi za bolesnika ne može se dobro dovršiti, a kvaliteta skrbi bit će narušena. Treba vremena da bi se takav odnos razvio i on može rasti sa svakim susretom. Vrlo je teško pružati ljekarničku skrb bez takva odnosa.

## Sustav upravljanja praksom

Ključ uspješne prakse jest kontinuirano uključivati nove bolesnike tako da praksa može postati financijski održiva i preživjeti tijekom dugog vremena. Pružanje skrbi velikom broju bolesnika zahtijeva učinkovitu i djelotvornu strukturu i odgovarajuća sredstva da bi praksa bila uspješna. Kako bi se to postiglo, mora se razviti sustav upravljanja praksom koji omogućava stanoviti rad koji je potrebno obaviti – u tom slučaju, pružanje ljekarničke skrbi.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> O terapijskom odnosu govori se detaljno u knjizi: Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012. (poglavlje 4.).

<sup>20</sup> O sustavu upravljanja praksom detaljno se može pročitati u knjizi: Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012. (poglavlje 11.).



## KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Sustav upravljanja praksom uključuje sva sredstva potrebna za pružanje usluge bolesnicima na učinkovit i djelotvoran način.

Sustav upravljanja praksom treba uključivati sljedeće glavne kategorije podataka o praksi:

- jasna misija prakse (jasan opis pružene usluge), a ta misija zatim definira okolinu i kulturu<sup>21</sup> u kojoj će se pružati usluga
- prepoznavanje svih sredstava potrebnih za davanje usluge (to uključuje fizičke, financijske i ljudske resurse, a isto tako uključuje i opipljive i neopipljive aspekte tih resursa)
- razvoj metoda za vrednovanje prakse; kratkoročno, to predstavlja procese vrednovanja koji mjere ljekarnikovu sposobnost da se bavi bolesnikom, a dugoročno sposobnost ljekarnika (praktičara), ili u nekim situacijama voditelja, da vodi praksu; oba aspekta doprinijet će gore opisanim ishodima.
- utvrđivanje načina nagrađivanja ljekarnika (praktičara) i financijska potpora dugotrajnosti prakse (mehanizmi novčane naknade); dakako, za bolesnika to predstavlja kratkoročnu vrijednost usluge, a za društvo dugoročnu vrijednost usluge.

<sup>21</sup> Pod kulturom vjerojatno se misli sveobuhvatno stvaralaštvo naroda koje obuhvaća način života i rada, običaje, religiju, materijalna dobra te jezik i znanstveno, filozofsko i umjetničko blago.

Sustav upravljanja praksom nevidljiv je kada jedan ljekarnik (praktičar) skrbi za jednog bolesnika. Sustav postaje ključan kada ljekarnik (praktičar) mora primiti 10 do 20 bolesnika dnevno da bi zaradio prihod potreban za nastavak prakse.<sup>22</sup> Postoje brojni problemi povezani s vođenjem prakse: neki od njih su klinički, neki pravni, a mnogi od njih vezani su za poslovanje. Kliničar obično nije najbolja osoba za vođenje prakse pa je prigodom osnivanja prakse potrebno zaposliti kvalificiranog pojedinca.

## Jezik i rječnik prakse

U rječnik ljekarnika uvedeni su brojni novi izrazi vezani za stručnu ljekarničku praksu. Na ovom mjestu valja naglasiti važnost rječnika u praksi skrbi za bolesnika. Francuski filozof PAUL RICOEUR zaključio je da je jezik najznačajniji činitelj koji nas povezuje s društvenim svijetom. Jezik izgrađuje naše stvarnosti i oblikuje smisao o tome tko smo.<sup>23</sup>

Sve su struke zdravstvene skrbi, s vremenom, stvorile opisni jezik (nazivlje) za svoje uloge i odgovornosti i stalno uvode tehničku rječničku građu koja služi da bi se

<sup>22</sup> Taj i takav stav karakterističan je za ljekarništvo u Sjedinjenim Američkim Državama u kojem je već dobro razvijen sustav upravljanja praksom i u njoj ljekarničke skrbi.

<sup>23</sup> Ricoeur P., *The conflict of interpretations. Northwestern University Studies in Phenomenology and Existential Philosophy*, Evanston: Northwestern University Press, 1974.



opisali i ocrtali osebujni zadaci i intervencije.<sup>24</sup> Izrazi često funkcioniraju tako da specifično identificiraju onog tko izvršava te i takve radnje. Tako, vidimo da liječnici obično postavljaju »dijagnoze«, medicinske sestre obavljaju »fizičke preglede«, a ljekarnici koji prakticiraju ljekarničku skrb obavljaju »procjenu potreba vezanih za lijekove«.

Velik je dio toga, površinski gledajući, očigledan. Međutim, kako se ljekarnička skrb razvija, njezin jezik/rječnik, koji opisuje jedinstvenu svrhu i funkciju, poseban proces i poduzete radnje isto tako mora se postupno mijenjati prema višem obliku (evoluirati) i predstavljati prema drugima tu jedinstvenu svrhu i funkciju. To se čak ne može ni dovoljno naglasiti, budući da će se upravo pomoću jezika/rječnika tek iskazivati što ljekarnici rade, za koga i kako rade. Ukratko, ljekarnik iskazuje svoj identitet kao praktičar, iskazuje svoje odgovornosti i svoje temeljno jedinstveno znanje pomoću svog jezika. Iz tog razloga ljekarnici moraju naučiti taj novi jezik prakse ljekarničke skrbi i dosljedno ga rabiti.

Ljekarnički će jezik/rječnik iskazivati vlastitu praksu, njezino značenje i vrijednost svim drugim zdravstvenim stručnjacima, bolesnicima, platiteljima – trećim strankama, potencijalnim klijentima, sveučilišnim kolegama i drugim članovima opće javnosti.

<sup>24</sup> Fleischman S., *Language and medicine*, u: Schiffrin D., Tannen D., Hamilton HE., ed. *The Handbook of Discourse Analysis*, Oxford: Blackwell Publishing, 2003: 470-502.

Nadalje, jezik koji rabimo je u ovlaštenom, dakle mjerodavnom obliku.<sup>25</sup> Bitno je da praktičari ljekarničke skrbi nauče *govoriti s autoritetom* o onim predmetima koji se nalaze u njihovu području stručnosti. Uključenje u klinički diskurs, dakle u kliničku govornu cjelinu ostvarenu kao tematsku, jezičnu i stilsku strukturu, s drugim stručnjacima u zdravstvu traži od ljekarnika da govore kao kliničari i artikuliraju svoje stručne preporuke s tehničkom jasnoćom koja prenosi željeno značenje. U kliničkoj praksi nema prostora za nejasnoće. Jezik je isto tako vezan za legitimnost i prepoznavanje. Drugi praktičari slušat će i poštovati one koji pokazuju autoritativno znanje i prenose informacije pomoću mjerodavnog (kompetentnog) i povezanog (koherentnog) jezika. To je svakako slučaj kada se jedinstveno tijelo znanja, ponekad i na izgled omotano vrlo tehničkim »žargonom«, ograničenim na danu disciplinu, prenosi »autsajderima«.

Da bismo olakšali »početak«, sastavili smo pojmovnik, tako pišu ROBERT J. CIPOLLE, LINDA M. STRAND i PETER MORLEY, koji služi kao polazna točka njihovog pokušaja da se izgradi i prenese bit prakse ljekarničke skrbi drugim praktičarima i bolesnicima. Uključili su one izraze koji su najizravnije vezani za praksu ljekarničke skrbi. Željelo se potaknuti praktičare i studente (pa i bolesnike) da se dalje izgrađuju na temelju te i takve rječničke građe, a tijekom njihova

<sup>25</sup> Bourdieu P., *Language and Symbolic Power*, 4th ed., Cambridge MA, Harvard University Press, 1995.

usredotočivanja na važnost jezične kompetencije u praksi.

Taj je posebni naglasak na jezik ovdje stavljen jer se, kako smo ranije spomenuli, ljekarnička struka razvijala drugačije od medicine i medicinskog sestinstva. Njezino usredotočenje tijekom većega dijela njezina postojanja bio je pripravak lijeka, a ne bolesnik. Ta je struka razvila svoj vlastiti rječnik u izolaciji od drugih pružatelja izravne skrbi bolesniku, a to sada uzrokuje znatnu količinu pometnje za sve uključene. Ljekarnici moraju biti svjesni tih razlika kada rade na pružanju izravne skrbi bolesniku. Nesporazumi oko rječnika mogu imati teške posljedice kada je predmet zabune bolesnikovo zdravlje. Iz tog razloga valja uzeti barem na trenutak jezikoslovlje i objasniti da se neki ključni izrazi različito rabe u ljekarništvu u odnosu na ostatak medicinskog svijeta. Trebalo bi, dakle, biti očito da će se ljekarnici morati odreći nekih njihovih značenja i usvojiti zajedničke definicije pojedinih izraza (termina) koje koriste ostali pružatelji zdravstvene skrbi, ako žele sudjelovati u timu praktičara u zdravstvu.

Neki od izraza, koji su razvili drugačija značenja za ljekarnike nego za druge zdravstvene radnike, uključuju praksu, skrb, standarde prakse, savjetovanje, generalist<sup>26</sup> i specijalist, a postoji još i mnogo

drugih primjera. Objasnit ćemo nekoliko njih da bismo objasnili smisao riječi posebnih sadržaja.

Za sve druge zdravstvene radnike, pružatelje skrbi bolesnicima, praksa pojedinca uključuje specifičnu vrst skrbi koja se pruža, kao i za vrst bolesnika koji primaju tu specifičnu skrb. Primjerice, liječnik bi mogao opisati svoju praksu na sljedeći način: »Pružam pedijatrijsku skrb bolesnicima u dobi između 6 mjeseci i 16 godina. Primim približno 20 bolesnika na dan u svojoj ordinaciji, koja uključuje još dva liječnika, medicinsku sestru praktičarku i dvoje pomoćnika medicinskoj sestri«. Ljekarnici su, s druge strane, navikli na opisanje svoje prakse usmjereni fizički na zgradu u kojoj rade: »Ja sam u maloprodajnoj praksi, u praksi gdje se pruža dugoročna skrb ili pak u bolničkoj praksi«.

Ljekarnici obično uključuju sve djelatnosti koje obavljaju (čak i funkcije vezane za izdavanje lijekova) u svoja značenja skrbi za bolesnike. To je vrlo različito značenje od onog koje se rabi u medicinskoj praksi. Za skrb o bolesniku potrebno je obavljati tri djelatnosti u njihovoj cijelosti i to za svakog bolesnika: [1] procijeniti njihove individualne potrebe, [2] za bolesnika se mora razviti individualizirani plan skrbi koji ujedinije sva potrebna sredstva, i [3] neop-

<sup>26</sup> *Generalist* – osoba koja pokriva sva područja ljekarništvu ali još ne radi na glavnom mjestu u ljekarni, nije na najodgovornijem mjestu, najčešće zbog manjka godina i/ili iskustva. Moglo bi se reći da je to ljekarnik općeg profila, specijalist opće prakse, poput liječnika

obiteljske medicine; naziv generalist (za liječnike) službeni je naziv u Hrvatskoj; onaj koji je dobar u različitim znanjima, vještinama i sposobnostima koje ljudi stječu.





hodno je praćenje bolesnika kako bi se utvrdili stvarni ishodi koji rezultiraju iz odluka koje je donio ljekarnik (praktičar). Na to se misli kada netko kaže da pruža skrb bolesniku. *Te tri aktivnosti nisu izborne, jedna se ne pruža bez druge, a sadržaji aktivnosti definiraju se prema potrebama bolesnika, a ne prema raspoloživom vremenu ljekarnika, osobnim preferencijama ili voditeljevim željama.*

Standardi prakse tradicionalno su imali drugačije značenje u farmaciji. Standardi su određivani rutinski, istraživanjem onoga što ljekarnici trenutno rade, a zatim stručne organizacije pretvaraju te uobičajene aktivnosti u »službene« standarde prakse. Ti su standardi prakse izborni i može ih se odabrati prema osobnim i osobitim sklonostima (preferencijama), raspoloživom vremenu i ugodnom osjećanju tijekom provedbe tih i takvih djelatnosti, i tako redom.

U praksi skrbi za bolesnike, standarde prakse ljekarničke skrbi definira 100 postotno ostvarenje kada se bolesniku skrb pruža sveobuhvatno i optimalno. Ti su standardi skrbi dosljedni, stalni i postojani (konzistentni) među bolesnicima, neovisni o bolestima i terapiji lijekovima, a jasni su i razumljivi za bolesnika i za druge zdravstvene radnike (praktičare). Standardi skrbi za bolesnika nisu izborni, o njima se ne može pregovarati i ne temelje se na pojedinačnim osobnim sklonostima (preferencijama). Skrb za bolesnike mora se temeljiti na medicinskim dokazima, izvršavati temeljito i stručno, i uz to svi zdravstveni radnici (praktičari) moraju

preuzeti odgovornost za svoje odluke i djela. To zahtijeva vrlo sažetu i sveobuhvatnu definiciju standarda skrbi unutar stručne prakse. Ti su standardi razvijeni za ljekarničku skrb, a o njima se pobliže raspravlja u nekim poglavljima već spominjane knjige *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services.*

Savjetovanje je riječ koju ljekarnička struka rabi za opis djelatnosti *skrbi za bolesnike* koju obavljaju ljekarnici u trenutku izdavanja recepta. Dugo su godina ljekarnici tražili da im se plati naknada za obavljanje aktivnosti »savjetovanja«. Te su aktivnosti uključivale davanje uputa bolesnicima za uzimanje lijekova kako je propisano, upozoravanje bolesnika na potencijalne nuspojave i/ili odgovaranje na pitanja koja bolesnici imaju o lijekovima koje koriste. Medicina rabi riječ »savjetovanje« u posve drugačijem značenju. Najprije, savjetovanje vrše samo licencirani klinički zdravstveni radnici u medicinskoj praksi (praktičari). Primjerice, socijalni radnici, psiholozi, psihijatri, svećenici i stručnjaci za krizna stanja, svi bi oni imali kliničku licencu za »savjetovanje« bolesnika. Stoga možete zamisliti zbunjenost koja može biti izazvana kada ljekarnici neprekidno govore o »savjetovanju« bolesnika u maloprodajnom okruženju ljekarne.

Još jedna zamisao, koja je često predmet zabune, jest pojam *općeg zdravstvenog radnika* (praktičara) uz dobro poznatog specijalistu. U području medicine, specija-



listi se razvijaju da bi rješavali kompleksnije probleme koje probleme može tek u provedbi voditi liječnik opće prakse, tzv. generalist. U farmaciji, »specijalisti« su se razvili više kao stručnjaci za sadržaj (lijeka) i nisu se mijenjali prema višem obliku, u odnosu na skrb, koju su uslugu pružali »generalistički radnici«, opći ljekarnici jer drugih stručnjaka svojedobno nije ni bilo. Opći praktičari i specijalisti koriste se istom filozofijom i provedbom (procesom) skrbi za bolesnika. Stoga je moguće da se specijalisti razvijaju kasnije od općih praktičara, a s razlogom da se specijalisti razvijaju da bi rješavali kompleksnije probleme u odnosu na opće praktičare. *Ljekarnička skrb razvijena je kao opća praksa*, a u sljedećem članku objasniti ćemo što to zapravo znači.

Postoje još mnoge druge riječi koje se različito rabe, a to ometa, čini se, nesmetanu integraciju ljekarnika u medicinski tim čiji je zajednički cilj skrb za bolesnika. Različitost nazivlja u području skrbi za bolesnika jako je naglašena jer je praksa ljekarničke skrbi, u pravilu, razvijena pomoću rječnika i značenja iz struka skrbi za bolesnike,<sup>27</sup> a ne rječnika ljekarničke struke.

#### KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Riječi koje se rabe za opis ljekarničke skrbi pažljivo su odabrane, a njihove su definicije vrlo specifično vezane za njihovu uporabu u praksi. Zbog toga je,

između ostalog, vrlo lako integrirati praksu ljekarničke skrbi s praksom medicine ili medicinskog sestrištva ili s bilo kojom drugom strukom u kojoj se skrbi za bolesnike. Bez zajedničkog jezika, može se pružiti vrlo malo skrbi, a moguće su mnoge negativne posljedice. ■

## Ljekarnička skrb kao opća praksa



Praksa ljekarničke skrbi<sup>1</sup> razvijena je kao opća praksa. To je važno jer se praksa kliničke farmacije razvila kao specijalistička praksa. Iako se to dogodilo, ovo nije način na koji medicina funkcionira, a da bi uspješno skrbili za bolesnike, ljekarnicima će biti potrebna opća praksa na kojoj mogu graditi svoje specijalističke prakse. Ta će praksa biti praksa ljekarničke skrbi. Ovdje su opisane i definicija sveopće (generalističke) prakse i potreba za općim praktičarom.



Ured HLJK / Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb

<sup>27</sup> Kao mala pomoć u rješavanju jezikoslovnih problema uvršten je članak [Rječnik stručnog nazivlja u ljekarničkoj skrbi](#) na kraju ove knjižice.

<sup>1</sup> Ljekarnička skrb, vidjeti članak: [Ljekarnička skrb kao dio liječenja](#), u ovom broju *Biltena HLHK*.



## Definicija općeg ljekarnika (praktičara)

### DEFINICIJA

Opći praktičar je onaj koji pruža kontinuiranu, sveobuhvatnu i koordiniranu skrb populaciji koja se ne dijeli prema spolu, bolesti, kategoriji liječenja lijekovima ili organskom sustavu (preuzeto iz: *American Boards of Family Practice and Internal Medicine*).<sup>2, 3</sup>

Europska akademija nastavnika opće medicine (*European Academy of Teachers in General Practice*) razvila je standardnu definiciju opće prakse (i obiteljske medicine!). Pri tome opisuju jedanaest karakteristika opće prakse, a prva je:

»točka prvog kontakta s liječnikom unutar sustava zdravstvene skrbi, koja pruža otvoren i neograničen pristup svojim korisnicima i bavi se svim zdravstvenim problemima, bez obzira na dob, spol ili bilo koju drugu osobinu dotične osobe«.

Druga karakteristika u sklopu te sveobuhvatne definicije opće prakse uključuje: koordiniranje skrbi s drugim stručnjacima, usmjerenost na bolesnika, uspostavljanje odnosa tijekom vremena, pružanje dugoročne skrbi, uporabu točno određenog procesa odlučivanja koji se temelji na pretežitosti (prevalenciji) i učestalosti po-

javljanja (incidenciji) bolesti u zajednici, simultano liječenje i akutnih i kroničnih zdravstvenih problema, rano zbrinjavanje činitelja rizika, promicanje zdravlja i dobrobiti unutar zajednice te rješavanje zdravstvenih problema u njihovim fizičkim, psihološkim, sociokulturnim i egzistencijalnim dimenzijama.<sup>3</sup>

### KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Praktičar ljekarničke skrbi procjenjuje cjelokupnu terapiju, sve lijekove koje bolesnik uzima, bolesti/oboljenja i parametre ishoda, ne samo one odabrane prema stanju bolesti, djelovanju lijeka ili količini lijekova koja se uzima. Praktičar prepoznaje, rješava i sprječava probleme u terapiji lijekovima do one razine složenosti koju za praksu određuje standard skrbi.

Iako je pružanje ljekarničke skrbi popularno prema određenim bolestima i u praksi ga često usvajaju klinički farmaceuti, nedavno se pokazalo da je njegova vrijednost manja nego što je početno bilo predviđeno. Liječenje pojedine bolesti u bolesnika s prosjekom od pet do osam pobola (stope oboljenja) ima ograničenu dobrobit, posebice što se tiče lijekova. Odabirati određene bolesti zbog njihova poznavanja i samopouzdanja ili osobnog interesa ljekarnika nije dosljedno s filozofijom usmjerenosti na bolesnika kakvu slijedi ljekarnička skrb. Potrebno je napraviti procjenu svih bolesnikovih potreba vezanih uz lijekove te primijeniti isti standard skrbi za sve bolesti i sve lijekove. Jednom kada je zajamčen *osnovni*

<sup>2</sup> Glassman PA., Garcia D., Delafiel JP., *Outpatient Care Handbook*, 2nd ed., Philadelphia PA, Hanley & Belfus, 1999.

<sup>3</sup> EURACT, *The European Definition of General Practice/Family Medicine*, European Academy of Teachers of General Practice, 2005.

*standard ljekarničke skrbi*, tada specijalisti mogu rješavati upravo one probleme koje opći praktičar nije mogao riješiti.

Specijalisti u zdravstvu definiraju se u odnosu na opće praktičare. Stoga, samo kada se ljekarnička skrb prakticira opsežno, a praktičari se upoznaju s procesom provedbe prakse, specijalisti mogu razviti svoja područja prakse. Opći praktičar i specijalist moraju imati istu filozofiju prakse, slijediti isti proces skrbi za bolesnika, imati zajednički rječnik i međusobno upućivati bolesnike jedni prema drugima da bi praksa bila djelotvorna i isplativa. U ljekarničkoj skrbi, složenost terapijskih problema diktirat će hoće li bolesnikovu farmakoterapiju najbolje moći pratiti opći praktičar ili specijalist, pa zato oboje moraju moći prepoznati i rješavati probleme u terapiji lijekovima.

Opća praksa, koja je ovdje opisana, primjenjiva je u svim okruženjima gdje se pruža zdravstvena skrb bolesniku, uključujući ambulante, mjesta gdje se pruža dugoročna skrb (npr. domovi za starije i nemoćne osobe), bolničko i kliničko okruženje. Praksa ljekarničke skrbi ne mijenja se ovisno o okruženju jer ta praksa može obuhvatiti sve tipove bolesnika i bolesti/oboljenja, a isto tako i sve tipove terapija lijekovima.

Podaci govore da više od polovice bolesnika ima probleme u terapiji lijekovima koje je potrebno rješavati. Vrlo se često javljaju problemi neprikladnosti, neučinkovitosti terapije i nesigurnih lijekova, kao i nedo-

statno pridržavanje terapiji. Mladi bolesnici, stariji bolesnici, bolesnici sa svim vrstima oboljenja na svim vrstima lijekova, čak i oni bolesnici koji ne uzimaju lijekove, ali ih trebaju, imaju probleme u terapiji lijekovima. Stoga, u doglednoj budućnosti, treba usmjeriti napore na uklapanje (obučavanje) u sustav općih praktičara koji će moći pružati ljekarničku skrb. ■

## Ljekarnička skrb kao primarna zdravstvena skrb



Budući da je ljekarnička skrb razvijena kao opća praksa, spremna je za integraciju na primarnu zdravstvenu razinu. Primarna skrb oduvijek je bila važan dio liječničke skrbi u zemljama izvan Sjedinjenih Američkih Država. U Sjedinjenim Američkim Državama, specijalistička praksa bila je primarna struktura pružanja skrbi posljednja četiri desetljeća. To će se ubrzo promijeniti (u SAD), budući da *Zakon o reformi zdravstvene skrbi* iz godine 2010.



Ured HLJK / Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb



ponovno uvodi primarnu skrb u obliku modela medicinskog doma kao strukturu budućnosti. Koncept medicinskog doma podiže primarnu skrb na višu razinu. Međutim, najprije trebamo razumjeti što podrazumijeva primarna skrb, da bi postalo jasno kako se ljekarnička skrb može jednostavno integrirati i u primarnu skrb i u medicinski dom.

### Definicija primarne skrbi

Istaknuti liječnik i bioetičar ERIC J. CASSELL vidi primarnu zdravstvenu zaštitu »kao temeljni kamen medicine dvadesetog stoljeća«, i »temelj liječništva 21. stoljeća«. <sup>1</sup> Primarna zaštita brzo postaje dominantni oblik medicinske prakse u kontekstu regulirane zdravstvene skrbi. Uistinu, kako tvrdi CASSELL, primarna zaštita nastala je kao tzv. »s sofisticirani generalizam« koji je »tjerran naprijed neslaganjem između medicine visoke tehnologije u kojoj smo odlični i potreba zdravstvene skrbi za velike skupine populacije – primjerice, siromašne, kronično bolesne, starije i osobe s invaliditetom«. <sup>1</sup>

Tijekom povijesti, primarna zdravstvena zaštita bila je zahvaćena višeznačnošću i

poprimila je nekoliko različitih značenja. Jedna od najranijih definicija (1920.) fokusirala se na organiziranje medicinskih usluga u središta primarne skrbi i u sveučilišne bolnice. <sup>2</sup> Taj organizacijski okvir – »definicija prema lokaciji« – korišten je za organizaciju medicinskih usluga do godine 1978., kada je međunarodna konferencija (u Alma-Ata) premjestila naglasak s medicinskih na zdravstvene usluge. To je bila značajna promjena jer je proširila koncept i donekle potkopala medicinsku prevlast nad drugim zdravstvenim područjima kao »definirajuću« silu.

Taj širi, više sociokulturni, ekološki okvir sadržavao je isto tako izrijekom, jasno i izričito priznanje političke prirode svih zdravstvenih pitanja. I doista, ono što je u osnovi antropološka konceptualizacija (koja se odnosi na čovjeka kao psihofizičkoj cjelini) dovelo je u pitanje biomedicinski model i profesionalnu dominantnost medicinske struke. Konačno je bio ponuđen radikalno humanistički pristup zdravlju koji je otvorio sva područja zdravstvene skrbi kritičkom preispitivanju. Tako je primarna zdravstvena skrb transformirana u više suradnički pothvat, u kojem u pružanju usluga sudjeluju brojne struke.

Nakon godine 1979., razgovor o primarnoj skrbi pojavio se u obliku dva različita viđenja. Prvi je razvila *Svjetska zdravstvena organizacija* (SZO), a fokusirao se na operacionaliza-

<sup>1</sup> Cassel E. J., *Doctoring: The Nature of Primary Care Medicine*, Oxford University Press, New York, 1997, str. 3.; u djelu *Changing Values in Medicine* (University Publications of America, Frederick, 1985.) kojeg su urednici bili E. J. Casell i M. Siegler, zalaže se za potvrdom onih etičkih parametara koji su stoljećima čuvali i izgrađivali liječničku struku i društveni ugled, glede odnosa prema povjerenim im bolesnicima.

<sup>2</sup> Starfield B., *Primary Care Concept, Evaluation, and Policy*, Oxford University Press, New York, 1992.

ciju »pristupa« primarnoj skrbi.<sup>3</sup> Taj pristup obuhvaćao je širok raspon interesa: zdravstveno obrazovanje, sustavno provođenje mjera čišćenja (sanitaciju) okoliša, prevenciju, lijekove, prehranu i tradicionalnu medicinu. Pristup SZO-a bio je najčešće prihvaćen u manje razvijenim zemljama i/ili u zemljama koje se tek moderniziraju.

Drugo viđenje primarne zdravstvene skrbi bilo je više fokusirano na konstelaciju zdravstvenih aktivnosti i/ili naglašavalo je privremenost ili osnovnu »razinu usluge«, obično u točki prvog kontakta.<sup>4</sup> Te bi usluge mogle uključivati prijemljivu skrb (ili skrb punu razumijevanja) kod epizodnih bolesti, kontinuiranu njegu kod kroničnih bolesti, probire (eng. *screening*) kod zdravstvenih stanja i nadziranje, preventivne usluge, prikladno zdravstveno obrazovanje i integraciju sa skrbi u ustanovama za akutnu i kroničnu skrb.<sup>5</sup> To je viđenje primarne skrbi bilo prihvaćeno najčešće u razvijenim zemljama, poput Sjedinjenih Američkih Država (već 1977.).

Zdravstveni su se radnici (praktičari) tijekom vremena razlikovali kao primarni, sekundarni ili tercijarni, na temelju različitosti problema s kojima su se susretali. Zdravstveni radnici (praktičari) primarne skrbi viđeni su

kao oni koji se susreću s većom raznolikošću među najčešćim dijagnozama (50 % svih posjeta), a sekundarni i tercijarni praktičari vide više varijeteta kod rijetkih dijagnoza.<sup>2</sup> Osim toga, veći postotak posjeta u primarnoj zdravstvenoj skrbi vezan je za prevenciju i uključuje više bolesnika koji zapravo nastavljaju sa skrbi, nego onih koji u sustav zdravstvene skrbi dolaze prvi put.<sup>2</sup>

Bez obzira na zastupano viđenje, ili »pristup« SZO-a ili pojedine alternative koje naglašavaju »razine usluge«, postoje zajednički središnji elementi primarne skrbi. Oni se mogu sažeti ovako:

- usluge koje su sveobuhvatne, kontinuirane, koordinirane, pristupačne i prihvatljive
- strategije za pružanje usluga ugroženim skupinama
- prvi su kontakt u sustavu skrbi (funkcija čuvara ulaza, eng. *gate keeping*)
- *de facto* skrb za probleme većine ljudi, za većinu vremena
- skrb pruža veći broj zdravstvenih radnika (praktičara)
- naglasak na zdravlju, a ne na medicini
- porast broja općih zdravstvenih radnika (praktičara).

Razvijene zemlje, poput Sjedinjenih Američkih Država, morat će proći značajnu konceptualnu promjenu kako bi se od specijalizirane medicine pomakle do koncepta primarne zdravstvene skrbi. Suptilne promjene specijalističke medicine u više »generalističku« praksu primarne skrbi odražavaju se u promjeni fokusa s bolesti na zdravlje, te s

<sup>3</sup> WHO, *Division of strengthening health services*, u: *Cited in Starfield*, 1978.

<sup>4</sup> Woodward K., '76 *Primary health care model*, u: R. S. Miller (ed.), *Primary Health Care: More Than Medicine*, Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall, 1983.

<sup>5</sup> Lloyd W., '76 *Neighborhood Health Center*, New York Academy of Medicine, New York, 1977.



lijeka na prevenciju i njegu. Isto tako, moraju se dogoditi i važne promjene sadržaja. Trebali bismo očekivati da ćemo vidjeti pomak i to s naglaska na određene probleme na naglasak sveobuhvatne skrbi, pomak s epizodne skrbi na kontinuiranu skrb, i pomak s liječenja na promicanje zdravlja. Možemo isto tako očekivati povećanu pojavu timova čiji članovi dolaze iz različitih struka. Samostalna je praksa već sad stvar prošlosti (npr. u SAD). Te se promjene počinju oblikovati prvenstveno u Sjedinjenim Američkim Državama.

Primarna zdravstvena skrb »stavlja bolesnika u središte skrbi, a nema temelje na određeni organski sustav ili na bolest, kao što je slučaj sa specijalističkom zdravstvenom zaštitom«. Nadalje:

Usmjerena je i na bolesne i na zdrave. Razumije funkcionalna oštećenja i bolest kao nešto što ulazi u bolesnikovu životnu priču, tako da se intervencije u sklopu primarne zdravstvene skrbi odabiru imajući na umu tu priču. Radi toga, isto je tako prikladna za prevenciju kao i za liječenje, za djecu kao i za odrasle, te osobito za njegu kronično bolesnih, koji čine najveći udio bolesnih u našem društvu.<sup>1</sup>

E. J. CASSELL zaključuje:

Primarnu medicinsku zaštitu najbolje mogu pružiti opći praktičari koji su posebno osposobljeni da bi ispunili široke, te intelektualno i tehnički zahtjevne preduvjete implicitne u definiciji ovog termina.<sup>1</sup>

HIBBARD i NUTTIG isto tako nude vrijedan opis primarne skrbi, koji će poslužiti za »smještanje« lječničke skrbi u kontekst koji slijedi.

... primarna skrb razlikuje se po tome što je to skrb »prve linije« ili »prvog kontakta«, u čijem je središtu osoba (a ne bolest ili organski sustav), te je sveobuhvatna opsegom, a ne ograničena na uzgredne i slučajne (epizodne) bolesti ili na organski sustav ili proces bolesti. Primarna skrb razlikuje se od drugih razina skrbi prema opsegu, karakteru i integraciji pruženih usluga. Praktičari primarne skrbi bave se ambulantnim bolesnicima kada se pojedinac prvi put susreće sa sustavom zdravstvene skrbi. Bolesnici imaju raznolike bolesti, tegobe i probleme koje predstavljaju rane stadije bolesti i koji se ne mogu lako klasificirati prema organskom sustavu ili dijagnostičkim oznakama. Često bolesnici imaju višestruke probleme, pa racionalan pristup jednom problemu može pogoršati drugi problem. Primarna skrb stoga pruža integrativnu funkciju, budući da balansira višestruke zahtjeve problema bolesnika, koristi informacije iz mnogih izvora i razvija strategiju da bi pomogla svakom pojedincu da postigne najvišu moguću razinu funkcije.<sup>6</sup>

Taj okvir, po definiciji, dovodi nas do zaključka da u svim konceptualizacijama pri-

<sup>6</sup> Hibbard H., Nuttig P., *Research in Primary Care: A National Priority*, US Department of Health and Human Services, 1991.

marne zdravstvene skrbi bolesnikove potrebe diktiraju potrebne usluge. Stoga primarna skrb nije isto što i specijalizirane usluge kao što je upravljanje s određenom bolesti (eng. *disease management*), farmakokinetičke usluge ili pregled uporabe lijekova (eng. *drug utilization review*). Osim toga, možemo zaključiti da usluge koje bira zdravstveni radnik (praktičar) ili pak one usluge koje su dio paketa zdravstvenog osiguranja, kao što su provjera ispravnosti recepta, prijavljivanje nuspojava i generička zamjena, nisu nužno dio primarne zdravstvene skrbi, jer da bi nešto bilo dio plana skrbi za bolesnika mora postojati i *cjelina*.

#### KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Ljekarnička skrb je, u teoriji i praksi, primarna zdravstvena skrb.

Zapravo, osnovni žarište primarne zdravstvene skrbi, kao i ljekarničke skrbi je isto, jednako u svojoj biti. U taj su istovjetni fokus uključeni:

- usmjerenost na bolesnika
- bavljenje akutnim i kroničnim stanjima
- naglašava se prevencija
- dokumentacijski sustav koji kontinuirano bilježi potrebe bolesnika i pruženu skrb
- dostupnost, pristupačnost, prvi kontakt
- kontinuirana i sustavna skrb
- integrirana skrb
- preuzimanje odgovornosti
- naglasak na ambulantne bolesnike

- djelovanje uključuje obrazovne/zdravstvene promotivne intervencije.

Ti koncepti vrijede za okolinu u kojoj se pruža praksa primarne skrbi i dosljedni su s novim konceptom tzv. *medicinskog doma*.

### Usluge upravljanja liječenja lijekovima u modelu medicinskog doma

Spomenute osobine primarne skrbi isto su tako postala načela razvoja koncepta modela medicinskog doma u Sjedinjenim Američkim Državama, prema Suradničtvu primarne skrbi usmjerene na bolesnika (eng. *Patient-Centered Primary Care Collaborative, PCPCC*). Radna skupina za usluge upravljanja terapijom lijekovima (eng. *Task Force on Medication Management Services*) PCPCC-a preuzela je koncept primarne skrbi kao načelo modela *medicinskog doma* i primijenila ih u praksi ljekarničke skrbi.<sup>7</sup> **Tablica 3.** pokazuje koliko se praksa ljekarničke skrbi dobro prilagođava i integrira s načelima *medicinskog doma*. Tu uslugu sigurno je moguće provoditi u kontekstu modela *medicinskog doma*, dakako, kada se radi o Sjedinjenim Američkim Državama.

U nastavku opisivanja stručne prakse ljekarničke skrbi valja spomenuti i nešto o njezinu podrijetlu. ■

<sup>7</sup> PCPCC, ur: McInnis T., Strand LM., Webb CE (ed.), *The Patient Centered Medical Home Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes*, Patient Centered Primary Care Collaborative, 2010.





**Tablica 3.** – *Kako usluga upravljanja terapijom lijekovima pridonosi načelima medicinskog doma* <sup>7</sup>

NAČELO MEDICINSKOG DOMA	DOPRINOS UPRAVLJANJA TERAPIJOM LIJEKOVIMA
Osobni odnos s liječnikom ili drugim zdravstvenim radnikom	Uspostavlja se terapijski odnos i otkriva se bolesnikovo iskustvo s lijekovima koje služi unaprjeđenju skrbi.
Timski pristup	Rabi se proces racionalnog odlučivanja o terapiji lijekovima, a procjenjivanje, plan skrbi i kontrola terapije lijekovima integriraju se s timskim naporima.
Sveobuhvatan cjelovit/osobni pristup	Svi se lijekovi koje bolesnik uzima (bez obzira na izvor) koordiniraju i evaluiraju da bi se osigurala njihova prikladnost, učinkovitost, sigurnost i praktičnost.
Koordinacija i integracija skrbi	Planirani i mjerljivi terapijski ciljevi, koji se individualiziraju za bolesnika, služe koordinaciji i integraciji skrbi za bolesnika s drugim članovima tima.
Kvaliteta i sigurnost su zaštitni znakovi	Prepoznaju se, rješavaju i sprječavaju problemi u terapiji lijekovima na sustavan i sveobuhvatan način tako da svi rade najučinkovitije što mogu da bi realizirali prikladnu, učinkovitu, sigurnu i praktičnu terapiju lijekovima za bolesnika.
Prošireni pristup skrbi	Optimalnim upravljanjem terapijom lijekovima rad liječnika se nastavlja, čini djelotvornijim i učinkovitijim.
Dodana vrijednost se prepoznaje	Poboljšavaju se klinički ishodi, povrat ulaganja je pozitivan, suradljivost bolesnika je visoka i liječnici podupiru praksu.

## Podrijetlo prakse ljekarničke skrbi



Praksa ljekarničke skrbi razvila se iz potrebe da se ljekarništvo stručno obnovi i ponovno profesionalizira, na vrlo sličan način kao i što se desila ponovna profesionalizacija medicinskog sestinstva tijekom



Ured HLJK / Hrvatska ljekarnička komora,  
Zagreb

1980-ih i 1990-ih. Iako se znanost oko primjene lijekova širila eksponencijalno, napori da se to znanje primijeni u praksi, kao praksa, nisu funkcionirali ni u paradigmi kliničke farmacije niti kliničke farmakologije. Iz pokušaja da se ovo znanje pruži većem broju bolesnika na djelotvorniji način i s učinkovitijim sustavima, rođena je ljekarnička skrb.

### Ljekarnička skrb kao nova paradigma

Ljekarnička skrb najprije je korištena za opis skrbi koju dani bolesnik treba i prima, koja osigurava sigurnu i racionalnu primjenu lijeka. Iako je taj izraz korišten mnogo



puta otkada je uveden, obrazloženje nije bilo dovoljno dostupno sve dok D. C. BRODIE i A. K. HARVEY<sup>1</sup> nisu rekli da ljekarnička skrb uključuje određivanje potrebe za lijekovima u danoga pojedinca te pružanje ne samo potrebnih lijekova, već isto tako i neophodnih usluga (prije, tijekom i nakon liječenja) da bi se osigurala optimalno sigurna i učinkovita terapija. BRODIEJEV koncept uvodi ideju dobivanja povratne informacije od bolesnika kao sredstvo koje omogućuje kontinuitet skrbi. Time je BRODIEJEVO djelo pridonijelo unapređenju sigurnosti i učinkovitosti primjene lijekova u bolesnika i popločalo put prema višoj svijesti i većem javnom/stručnom raščlanjivanju i raspravi (diskursu). No, promjene koje su se dogodile kao posljedica njegova djela usredotočile su se u prvome redu na kontrolu dostupnosti i distribuciji lijekova, a ne na onu bolesnikovu potrebu unutar prepoznatljivih kliničkih veličina koje služe za razlikovanje zdravstvenog stanja (parametara).

Godine 1988. C. D. HEPLER,<sup>2</sup> opisuje, s više filozofske strane, ljekarničku skrb kao »konvencionalan odnos između bolesnika i ljekarnika u kojem ljekarnik obavlja funkcije kontrole primjene lijekova (prikladnim znanjem i vještinama) vođen svijješću i predanošću o bolesnikovu interesu«. C. D. HE-

PLER i L. M. STRAND su godine 1990.<sup>3</sup> objavili rad koji je donio konceptualizaciju ljekarničke skrbi koja je potakla široku raspravu unutar struke. Detaljniju priču o ovoj povijesti donosi L. M. POSEY.<sup>4</sup> Upravo sljedeća definicija najbolje karakterizira temeljnu konceptualizaciju HEPLERA i STRANDA:

Ljekarnička skrb je ona sastavnica ljekarničke prakse koja sadržava izravnu interakciju ljekarnika s bolesnikom u svrhu skrbi za bolesnikove potrebe vezane za lijekove.<sup>3</sup>

C. D. HEPLER i L. M. STRAND naglasili su da se moraju dogoditi dvije aktivnosti da bi ljekarnička skrb bila pružena. Kao prvo, ljekarnik (praktičar) si daje vremena da utvrdi bolesnikove specifične želje, preferencije i potrebe glede njegova ili njezina zdravlja i bolesti. Kao drugo, ljekarnik se obvezuje nastaviti skrb nakon što je ona započeta. Od ove osnovne premise slijedi da je »ljekarnička skrb odgovorno pružanje terapije lijekovima u svrhu postizanja konačnih ishoda koji poboljšavaju bolesnikovu kvalitetu života«.<sup>3</sup>

HEPLER i STRAND također su stavili znatan naglasak na usvajanje snažnog fokusa na bolesnika i na razvijanje terapijskog odnosa u kojem i bolesnik i ljekarnik (praktičar) surađuju da bi riješili složena pitanja. Nadalje:

<sup>1</sup> Brodie DC, Harvey AK, *Whitney lecture. Need for a theoretical base for pharmacy practice*, Am J Hosp Pharm., 38:1 (1981) 49-54.

<sup>2</sup> Hepler CD, *Unresolved issues in the future of pharmacy*, Am J Hosp Pharm., 45:5 (1988) 1071-1081.

<sup>3</sup> Helper CD, Strand LM., *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, Am J Hosp Pharm., 47:3 (1990) 533-543.



Ljekarnička skrb neophodan je element zdravstvene skrbi i treba biti integrirana unutar zdravstvenog sustava. Međutim, ljekarnička skrb pruža se radi izravne dobrobiti bolesnika, a ljekarnik je za kvalitetu te skrbi odgovoran izravno bolesniku. Temeljni je odnos u ljekarničkoj skrbi međusobno korisna razmjena u kojoj bolesnik daje ovlaštenje ljekarniku, a ljekarnik daje kompetentnost i predanost (prihvaća odgovornost) bolesniku.<sup>3</sup>

Koncept ljekarničke skrbi kakav opisuju HEPLER i STRAND primio je široko priznanje kao temelj za ljekarničku struku. U ovom smislu, *struka se redefinirana kao struka prakse skrbi* s izravnom i jasnom odgovornošću za skrb bolesnika.

### Nastanak prakse ljekarničke skrbi

Iako je koncept ljekarničke skrbi struka uglavnom prihvatila već godine 1990., no sama praksa nije bila definirana do godine 1998., kada su to učinili R. J. CIPOLLE, L. M. STRAND i P. C. MORLEY.<sup>5</sup> Definicija prakse bila je rezultat petogodišnjeg istraživačkog projekta koji je proveden na Sveučilištu u Minnesoti. Istraživanje je uključivalo 20 različitih lokacija ljekarničke prakse u zajednici i 54 ljekarnika praktičara.

<sup>4</sup> Posey LM, *Pharmaceutical care: will pharmacy incorporate its philosophy of practice?*. J Am Pharm Assoc, NS37:2 (1977) 145-148.

<sup>5</sup> Cipolle RJ, Strand LM., Morley PC, *Pharmaceutical Care Practice*, McGraw-Hill, New York, 1998.

Taj je projekt skupio rezultate više od 20 godina istraživačkog truda koji je započela L. M. STRAND još godine 1978.

STRANOV rad počeo je traženjem racionalnog, sustavnog pristupa odlukama donesenim u praksi za liječenje lijekovima. STRANOV istraživanje s liječnicima koji su birali terapiju za liječenje esencijalne hipertenzije nije uspjelo dati empirijske dokaze o racionalnom pristupu.<sup>6</sup> Zato je L. M. STRAND, kojoj su pomogli R. J. CIPOLLE, počevši od godine 1978. i P. C. MORLEY od godine 1983., radila na razvoju spoznajnog (kognitivnog) procesa u kojem bi se bolesnikovim potrebama vezanima za lijekove moglo pristupiti sustavno i sveobuhvatno.

Taj je trud rezultirao osmišljavanjem procesa rješavanja problema koji se odnosi na primjenu lijekova. U početku je predstavljen kao sredstvo dokumentiranja odluka o terapiji lijekovima i zvao se *ljekarnička obradba terapije lijekovima* (eng. *Pharmacists Workup of Drug Therapy*).<sup>7</sup> Ta obradba, koja doživljava od svoga začetka stalnu reviziju, dokazala se učinkovitom u strukturiranju i oblikovanju odluka o primjeni lijekova. Ljekarnička obradba terapije lijekovima postala je *proces skrbi za bolesnike*

<sup>6</sup> Strand LM., *Decision analysis of physician prescribing in the treatment of essential hypertension*, u: *Department of Social and Administrative Pharmacy*, University of Minnesota, Minneapolis, 1978.

<sup>7</sup> Strand LM., Cipolle RJ., Morley PC., *Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics*, Drug Intell Clin Pharm., 22:1 (1988) 63-67.

(eng. *patient care process*) namijenjena ljekarničkoj praksi, koju opisujemo u ovoj knjižici, i sada se naziva *farmakoterapijska obradba* (eng. *pharmaco-therapy workup*).<sup>8</sup>

Taj pristup sustavnog rješavanja problema omogućio je STRANDU, CIPOLLEU i MORLEYU da svoj trud nadalje usredotoče na jasno definiranje odgovornosti praktičara koji upravlja bolesnikovom terapijom lijekovima. Postalo je jasno da takav praktičar ima dvije primarne odgovornosti: [1] osigurati da je *sva* bolesnikova terapija lijekovima prikladna, najučinkovitija moguća, najsigurnija, dostupna i dovoljno praktična da se može uzeti kako je indicirano, i [2] prepoznavati, rješavati i što je najvažnije, sprečavati bilo kakve probleme u terapiji lijekovima koji ometaju postizanje ciljeva terapije. Te su odgovornosti definirane godine 1990. i postale su u Sjedinjenim Američkim Državama osnova praksa ljekarničke skrbi.<sup>9,10</sup> Praksa ljekarničke skrbi

pokazala se da ima dodanu vrijednost i da poboljšava skrb, te je postala trajni element skrbi za bolesnike diljem svijeta. ■



Ovaj priručnik, koji sjedinjuje praktična oruđa i znanje, sastavljen je kao svojevrsni odgovor na potrebu da se definira, razvije i stvori opće razumijevanje ljekarničke skrbi na svim glavnim razinama. Zamišljeno je da ova knjižica bude uvodni priručnik u kojoj se za hrvatski stupanj razvoja ljekarništva nalazi nova podloga koja služi uvođenju i provedbi ljekarničke prakse.

[*vidjeti*: Bilten HLJK 2012-3/4, str. 125]

<sup>8</sup> Cipolle RJ., Strand LM., Morley PC., *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*, 2 izd., McGraw-Hill, New York, 2004.

<sup>9</sup> Strand LM., Morley PC., Cipolle RJ., Ramsey R., Lamsam GD., *Drug-related problems: their structure and function*, DICP: Ann Pharmacother., 24:11 (1990) 1093-1097.

<sup>10</sup> Kada je praksa u Sjedinjenim Američkim Državama uspješno definirana godine 1998., napori su se usmjerili na mijenjanje sadržaja obrazovanja ljekarnika kako bi se približe udovoljilo potrebama prakse. Osim toga, pružanje tih i takvih usluga zahtijevat će (neke nove) mehanizme plaćanja da bi se praksa uspješno obavljala. U tom cilju, Američka medicinska udruga (eng. *American Medical Association*) odobrila je godine 2004. šifrirane oznake za novčanu naknadu ljekarnicima,

Savezna vlada prihvatila je zatim financiranje lijekova preko programa *Medicare* 2006, a državni programi *Medicaid* počeli su plaćati ljekarnicima za uslugu godine 2006.



## Ključni skup bilježaka (koncepti) – 2



U ovom je malom poglavlju kratki zapis, zabilježke, s kratkim najnužnijim podacima o *filozofiji prakse*, ali i nekim naglascima, napomenama, koji se u kasnijim dijelovima teksta pobliže objašnjavaju.

- Filozofija prakse najvažniji je koncept profesionalne prakse, ali i najteži za shvatiti jer je jedina činjenica, sastavnica koja nije opipljiva.
- Filozofija prakse je skup vrijednosti koji pokazuje put ponašanja praktičara kako bi to ponašanje bilo etički prikladno, klinički precizno i zakonito. Ona definira pravila, uloge, odnose i odgovornosti praktičara.
- Filozofija prakse specifična je za praksu, a ne za praktičara. Životna filozofija praktičara različita je i odvojena od filozofije prakse.
- *Filozofija ljekarničke skrbi* utvrđuje svrhu prakse, a to je ispuniti društvenu potrebu kontrole pobola (morbiditeta) i pomora (mortaliteta) vezanih za lijekove pomoću pravilna upravljanja terapijom lijekovima.
- Profesionalne odgovornosti definirane filozofijom ljekarničke skrbi su prepoznati probleme u terapiji lijekovima,

rješavati ih, i ono najvažnije, spriječiti njihovu pojavu u bolesnika.

- *Filozofija ljekarničke skrbi* kaže da će se te odgovornosti izvršavati na način usmjeren na bolesnika, pomoću prihvaćenog modela ili obrasca (paradigme) skrbi koju su definirale medicinska i sestrinska struka. Ta paradigma traži da ljekarnik sveobuhvatno procijeni bolesnikove potrebe vezane za lijekove, da razvije plan skrbi koji može rješavati te potrebe i da vrši kontrolu kako bi utvrdio da su postignuti željeni ishodi i da nije učinjena šteta.
- Postoje standardi profesionalnog ponašanja koji utvrđuju primjenjuje li ljekarnik filozofiju ljekarničke prakse u svojoj praksi. Standarde profesionalnog ponašanja potrebno je zadovoljiti svaki put kada praktičar skrbi za nekoga bolesnika.

Sve zdravstvene struke u kojima se izravno skrbi za bolesnika (npr. medicina, sestrinstvo, stomatologija) imaju filozofiju (svoje) prakse koja služi kao osnova za sve što se događa u praksi. Ta filozofija vodi proces skrbi za bolesnika i sastavnica je prakse upravljanja terapijom lijekovima. Filozofiju prakse je najteže za razumjeti od svih triju komponenti jer je jedina koja nije opipljiva, može se vidjeti samo u ponašanju, stavu i radu praktičara. Filozofija prakse odražava profesionalne vrijednosti praktičara – vrijednosti koje vode njegovu svakodnevno ponašanje i donošenje odluka u praksi. Budući da je *filozofija prakse ljekarničke skrbi* nova za ljekarnike, provest ćemo neko vrijeme opisujući njezino značenje i važnost u praksi. ■



# Definicija filozofije prakse



Filozofija prakse, kako je već navedeno, najteže je shvatljiv dio stručne prakse. Radi se o misaonom pravcu koji nastoji u praktičnom djelovanju naći pristup moralnim i metafizičkim istinama.<sup>1</sup>

## DEFINICIJA

Filozofija prakse je skup vrijednosti koji vodi ponašanja povezana s određenim radnjama – u ovom slučaju, radnje u ljekarničkoj skrbi.



Ured HLJK / Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb

<sup>1</sup> Može se reći da se radi o tzv. *filozofiji djelovanja*. Dobro nipošto ne može biti sinonim za apstraktnu dužnost, nego predstavlja svijet osoba s kojima se dolazi u kontakt i s kojima se stvaraju odnosi, a da bi u svemu osoba ostala vjerna vlastitom pozitivu i određenjima. Profesionalna etika, najprije one ljekarničke (i liječničke) provenijencije, poznaje dugu povijest interakcije između kreposti (prije svega snage duha, sposobnost valjana djelovanja) i profesionalnog djelovanja. Ljekarnička struka od samih je početaka, tj. od hipokratovske epohe pa sve do modernog doba, bila pod snažnim utjecajem kreposti i zahtjeva da ljekarnik kreporno djeluje. O tome i u knjizi V. Grdinić, *Ilustrirana povijest farmakopeje* (Zagreb, 2001, str. 139-143). Približno iscrpan odgovor na pitanje *zašto se bavim ovom profesijom*, može biti, *da bih ispunio smislom vlastito postojanje*. Time se, međutim, nipošto ne daje odgovor na pitanje cjelokupnoga smisla *moralnoga življenja*, budući da bavljenje jednom profesijom, ma kako zauzeto i savjesno, ne iscrpljuje cjelokupni smisao ljudskoga postojanja [nap. urednika: V. G.].

Filozofija definira pravila, uloge, odnose i odgovornosti praktičara. Svaka filozofija prakse koja se shvaća ozbiljno mora odražavati funkcije i aktivnosti praktičara i također kritički pokazivati smjer prema stvaranju dosljedne prakse. Način kako praktičar obavlja praksu iz dana u dan treba odražavati filozofiju prakse.

## KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Filozofija prakse pomaže praktičaru donositi odluke, odrediti što je važno i postaviti prioritete tijekom dana tako da utvrdi koje odgovornosti treba ispuniti, koje etičke parametre primijeniti i koje moralne obaveze postoje.

Etičke dileme, problemi upravljanja i kliničke prosudbe svi se rješavaju pomoću filozofije prakse praktičara. Zbog toga se filozofiju prakse mora dobro razumjeti i jasno artikulirati, tako da bude eksplicitna i da se u nju može pouzdati kada se pojave teški problemi.

Filozofija prakse specifična je za praksu, a ne za praktičara i razlikuje se od životne filozofije pojedinca. Životna filozofija uključuje uvjerenja pojedinca o politici, religiji, odgoju djece i radnoj etici, između mnogo drugih stvari. Također, u demokratskom društvu pojedinci mogu imati životnu filozofiju kakvu god odaberu, pod uvjetom da ona ne vodi do protuzakonita ponašanja. Međutim, kada pojedinac odabere skrbiti za zdravlje drugog pojedinca, ta je osoba obavezna donositi odluke i poduzimati radnje u skladu sa specifičnom filozofijom profesionalne prakse.



Ta će filozofija zaštititi bolesnika od neprofesionalnog ili neetičnog ljekarnikova ponašanja i pomoći će voditi ljekarnika tako da zna svoje odgovornosti i etičke obaveze.

Kada praktičar *prisegne na provođenje prakse*, on obećava poštovati upravo filozofiju te prakse. Stoga, svi praktičari koji kažu da su uključeni u određenu stručnu praksu imaju istu filozofiju prakse. Ova jednodimenzionalnost filozofije, pa time i standardizacija ponašanja, tako može rezultirati dosljedno visokokvalitetnim uslugama i bolesnikovim očekivanjima, što nadalje vodi do novog zahtjeva za uslugama. Osim toga, filozofija se mora primijeniti na sve bolesnike u toj praksi, a ne primjenjivati selektivno ovisno o praktičnosti, raspoloživom vremenu ili osobnim preferencijama. Filozofija prakse je »preskriptivna« sastavnica prakse, dakle ona koja propisuje i određuje, jer tumači i objašnjava *što treba raditi*. Filozofija prakse je »bezvremenska« jer se ne mijenja na dnevnoj bazi i ne razlikuje se između praktičara ni među njima. To ne znači da je ova filozofija dogmatska i nepromjenjiva, već da na nju treba gledati kao na skup ideja, načela, koncepata i vrijednosti koje su zajedničke »svim praktičarima« koji unutar ovoga okvira definiraju prirodu svoje prakse.

#### KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Filozofija prakse je specifična za ljekarničku skrb, ona definira svrhu prakse, a to je ispuniti društvenu potrebu za kontrolom morbiditeta i mortaliteta vezanih za lijekove, uz izričit cilj skrbi za bolesnikove

potrebe vezane za lijekove tako da odgovornost ljekarnika (praktičara) bude osigurati da je sva terapija lijekovima, koju bolesnik uzima, prikladna, najučinkovitija dostupna, najsigurnija moguća, te da se uzima sukladno indikaciji (bolesti).

To se postiže prepoznavanjem, rješavanjem i prevencijom problema u terapiji lijekovima, koji mogu ometati uspješno postizanje ciljeva bolesnikove terapije lijekovima i ostvarenje pozitivnih ishoda za bolesnika. Sve se ovo mora obavljati na način usmjeren na bolesnika, pomoću paradigme njege koja je u središtu svih zdravstvenih struka u kojima se skrbi za bolesnike.

Ova filozofija prakse ostaje samo »puka želja« ili apstrakcija sve dok se s bolesnikom ne izgradi terapijski odnos i dok ljekarnik ne započne proces skrbi za bolesnika kako bi pružio uslugu. Uvijek postoji sklonost ka želji da se »nastavi dalje s praksom« kada se uči o ljekarničkoj skrbi. Međutim, budući da sve vezano za praksu počiva na toj filozofiji i refleksivno se vraća i »kreće u odnosu na nju«, trebamo u detalje razumjeti filozofiju ljekarničke skrbi. ■

# Filozofija prakse Ljekarničke skrbi



Filozofija prakse Ljekarničke skrbi opisana je u odjeljku *upravljanje lijekovima*, ali će se ovdje o njoj detaljnije govoriti.

## KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Filozofija prakse Ljekarničke skrbi sastoji se od četiri diskretna elementa, izražena kao obveznost na: [1] ispunjavanje društvene potrebe provođenjem prakse, [2] ispunjavanje specifičnih odgovornosti zbog postizanja ciljeva prakse, [3] uporabu pristupa usmjerenosti na bolesnika za ispunjenje te potrebe, i [4] *briga* za drugoga razvijanjem i održavanjem terapijskog odnosa.

Ova filozofija prakse omogućuje bolesnicima i Ljekarnicima da znaju što očekivati, a kroz filozofiju prakse praktičar se može smatrati odgovornim za ono što bi trebao raditi, kao i za ono što u stvarnosti radi. Zbog toga je filozofija prakse toliko važna u praksi. Sada ćemo govoriti o *obvezama* koje uključuje filozofija prakse Ljekarničke skrbi.

## Ispunjavanje društvene potrebe

Sve struke moraju ispunjavati jedinstvenu društvenu svrhu da bi opravdale svoj visoki položaj i privilegije u društvu. Ta je i takva



Ured HLJK / Hrvatska Ljekarnička komora,  
Zagreb

potreba srce filozofije prakse. U slučaju prakse Ljekarničke skrbi, Ljekarnik (praktičar) optimira primjenu lijekova i za društvo minimalizira morbiditet i mortalitet vezan za lijekove. Ljekarnik (praktičar) ispunjava tu društvenu potrebu posvećujući pozornost *jednoj po jednoj* bolesnikovoj potrebi. To se može postići samo ako je filozofija prakse usmjerena na bolesnika, što znači da se sve odluke koje donosi Ljekarnik (praktičar) donose u prvom redu za dobrobit bolesnika, a ono što Ljekarnik (praktičar) radi jesu čini kao odgovor na bolesnikove potrebe, a ne iz osobnog interesa ili ekonomske koristi.

Profesionalne aktivnosti bivaju nagrađene kada ispune jedinstvenu društvenu potrebu. To se postiže kada Ljekarnik (praktičar) primijeni specijalizirano znanje i vještine da bi pružio uslugu koja rješava probleme bolesnika. U slučaju zdravstvenih stručnjaka, ove su jedinstvene potrebe vezane za zdravlje. I, iako se svi stručnjaci koji pružaju zdravstvenu skrb prije svega bave poslom održavanja zdravlja bolesnika, obično to čine prevencijom, prepoznavanjem i rješavanjem jedinstvenog skupa problema vezanih za zdravlje.<sup>1</sup>

Ispunjenje jedinstvene društvene potrebe balansira dobrobiti koje ostvaruju stručnjaci za to društvo. Primjerice, društvo podupire visoku izobrazbu studenata, kao i struke plaćanjem poreza.

<sup>1</sup> Zdravlje se sagledava isključivo kao odsutnost bolesti ili fiziološke disfunkcije, stanje blagostanja, zadovoljstva (eng. *well-being*), bilo tijela u cjelini, bilo jednog njegovog dijela, karakterizirano »normalnim funkcioniranjem«, koje, uz to, nije napadnuto bolešću.





Društvo daje stručnjaku ekskluzivno pravo da zarađuje relativno visok prihod, daje njoj ili njemu uzvišeni položaj u zajednici i općenito prihvaća autonomiju s kojom profesije upravljaju samima sobom. Takve povlastice dolaze s određenim društvenim odgovornostima i obvezom polaganja računa društvenoj zajednici.

### Ispunjavanje specifičnih odgovornosti

Tradicionalno smo pretpostavljali da liječnici optimiraju primjenu lijekova i minimiziraju morbiditet vezan za lijekove, a ponekad medicinske sestre preuzimaju dio te odgovornosti, no rijetko ovom cilju pridonose ljekarnici. Međutim, upravo je ta fragmentacija odgovornosti, zajedno sa stalno rastućim rasponom novih, složenijih lijekova, stvorila potrebu za određivanjem posebnog stručnjaka koji će otvoreno i sveobuhvatno korigirati probleme s lijekovima jer samo tada se određeni pojedinac može smatrati odgovornim za rješavanje ove potrebe. Kada postoji takva osoba, razina morbiditeta i mortaliteta vezanih za lijekove u društvu može se minimalizirati, a društveni trošak bolesti vezanih za lijekove može se kontrolirati.<sup>2</sup> Stoga naglašavamo da je prva premisa filozofije ljekarničke skrbi to da je ljekarnikova osnovna odgovornost ispuniti društvenu potrebu, a to je osigurati da bolesnici uzimaju prikladnu, učinkovitu, sigurnu i praktičnu terapiju lijekovima.

<sup>2</sup> Manasse HR., Jr., *Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy*, *Pat. L., Am. J. Hosp. Pharm.*, 46:5 (1989) 929-944.

Ljekarnička skrb propisuje odgovornosti koje se moraju ispuniti pomoću standarda prakse. O tim se standardima ne može pregovarati, a moraju se ispuniti svaki put kada se skrb pruža kako bi se pridonijelo vrijednosti koja se očekuje od ove profesionalne prakse. Svi bolesnici zaslužuju uzimati lijekove koji postižu njihove ciljeve i optimiraju njihovo iskustvo, a odgovornost je praktičara ljekarničke skrbi da to osiguraju. Odgovornost za terapiju lijekovima mora biti prihvaćena u potpunosti bez upozorenja ili uvjeta da bi se smatrala nalogom struke. Iz tog i takvog razloga filozofija ljekarničke skrbi navodi da kad god postoji terapija lijekovima, treba postojati i ljekarnik (praktičar) koji osigurava da bolesnik prima odgovarajući lijek, dozu, trajanje uzimanja lijekova i nadzor. Ta odgovornost ne može biti izrečena na jasniji način od ovoga. Kada ljekarnik (praktičar) prihvati tu filozofiju prakse, on prihvaća i tu stručnu ulogu u društvu.

### Pristup usmjeren na bolesnika

Da bi učinkovito ispunio gore opisanu društvenu potrebu i navedene odgovornosti, praktičar ljekarničke skrbi treba rabiti pristup praksi usmjeren na bolesnika. Taj pristup gleda na bolesnika kao na »cjelovitog« pojedince čije su potrebe zdravstvene skrbi općenito, a potrebe terapije lijekovima posebno, primarna briga ljekarnika (praktičara). Bolesnik je viđen kao pojedinac s pravima, znanjem i iskustvom, a sve to je potrebno da bi ljekarnik mogao ispu-

niti svoje odgovornosti. Ovaj pristup sprječava viđenje bolesnika kao slučaj koji treba proučavati i isto tako štiti bolesnika od toga da ga se definira kao skup organskih sustava i reakcija na lijekove. Takva objektivacija nije prihvatljiva praktičaru ljekarničke skrbi. Pristup usmjeren na bolesnika traži od ljekarnika (praktičara) da se ophodi prema bolesniku kao partneru u planiranju skrbi i uvijek kao konačnom donositelju odluke jer će u konačnici bolesnik iskusiti posljedice terapije lijekovima.

Pristup usmjeren na bolesnika znači da se *sve* potrebe bolesnika vezane za lijekove vide kao odgovornost ljekarnika (praktičara), a ne samo one povezane s određenom kategorijom lijeka ili određenim stanjem bolesti. Sve bolesnikove dvojbe i očekivanja o toj i takvoj terapiji lijekovima postaju odgovornost ljekarnika (praktičara).

#### KLJUČNI KLINIČKI KONCEPTI

Pristup usmjeren na bolesnika uporno traži (inzistira) da bolesnikove potrebe, a ne ljekarnikove predanosti (preferencije), »pokreću« praksi ljekarničke skrbi. U pragmatičkom smislu, to znači da će ljekarnik (praktičar) započeti s bolesnikovim potrebama i pružati skrb dok one nisu zadovoljene.

Ljekarnik (praktičar) će donijeti sve odluke i poduzeti sve radnje koje su potrebne da bi se zadovoljile bolesnikove potrebe vezane za lijekove.

Izraz usmjeren na bolesnika stekao je još veći značaj kada je koncept *medicinskog doma*

usmjerenog na bolesnika postao stvarnost u Sjedinjenim Američkim Državama. Ljekarnička skrb lako će se integrirati s drugim uslugama koje pružaju članovi tima medicinskog doma jer je filozofija prakse za sve članove sada dosljedna i nadopunjuje se s drugima. Time se povećava važnost razumijevanja i primjene filozofije u praksi.

### Skrb kao paradigma prakse

Izraz *skrb* ima više različitih značenja. Međutim, kada se skrb rabi u kontekstu filozofije prakse, njezino je značenje vrlo određeno. Ona ukazuje na to da bi praktičar trebao postići tri cilja za bolesnika. Prvo, praktičar sveobuhvatno procjenjuje bolesnikove potrebe, zatim koristi sva sredstva kojima raspolaže da bi te potrebe ispunio i konačno, utvrđuje jesu li potrebe ispunjene ili jesu li se dogodili kakvi negativni ishodi.

Međutim, u kontekstu filozofije prakse, ideja skrbi općenito potječe iz dva različita, ali komplementarna pitanja:

- tehničkih dimenzija skrbljenja za bolesnike,
- skrbi za ili brige o jednom određenom bolesniku, čime se pokazuje briga za dobrobit druge osobe.<sup>3</sup>

Prvo navedeno prilično je dobro razumljivo. Zapravo, neki bi vrlo vjerojatno rekli da je i predobro razumljivo i da se odražava u

<sup>3</sup> Reich WT., *Historical dimension of an ethic of care in health care*, u: Reich T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York, 1995.



našoj (američkoj!) nacionalnoj preokupiranosti rješenjima »visoke tehnologije« za sve vrste zdravstvenih problema. Sigurno je da unutar ljekarništva općenito postoji razumijevanje i dogovor o takvim pitanjima tehničke prirode, budući da se ona manifestiraju u empirijskoj primjeni farmaceutskih proizvoda – pri čemu je obično naglasak na terapijsko sredstvo u svakom trenutku.

Drugo navedeno pitanje daje ljekarničkoj skrbi fokus na »nježniju« stranu svrhe ljekarnikove djelatnosti. Da se izrazimo donekle istrošenom usporedbom, prvim se dokazuje *znanost* ljekarništva na djelu, a drugim se ispituje dubina *umijeća* prakse.

U kontekstu ljekarničke skrbi naglasak/usredotočenje se pomiče s proizvoda na osobu – s lijeka na bolesnika. Naglašavamo da to ne umanjuje važnost ljekarničkog znanja! Zapravo, smatramo da odgovornost primjene ljekarničkog znanja za dobrobit drugih presudno povećava potrebu za posjedovanjem sveobuhvatnog razumijevanja farmakologije (*vidjeti u ovoj knjižici članak: Ljekarnička skrb kao dio liječenja*). Ali, preusmjerava se pažnja na primatelja takva stručnog znanja. Ta promjena fokusa vrlo je dobro utvrđena u CIPOLLEINU shvaćanju da »lijekovi nemaju doze – ljudi imaju doze«. <sup>4</sup>

Tako *bolesnik* postaje središnji fokus naših intervencija. Takva promjena fokusa uklju-

čuje vrlo ozbiljne kognitivne, konceptualne, a neki bi rekli i emocionalne, pomake na strani onih koji su se obvezali na davanje i primanje ljekarničke skrbi. Konvencionalne granice, prateći njihovu legitimnost do discipline i profesionalno prisvojenog autoriteta, moraju se kritički ispitati, a ljekarnici koji namjeravaju prakticirati ljekarničku skrb trebaju biti spremni uzemljiti stručno znanje unutar šireg filozofskog i sociokulturnog konteksta. I činjenice i vrijednosti treba preispitati jer oboje utječu na osobe, koje su više od samih bioloških ili organskih sustava.

U biti, praktičar ljekarničke skrbi bit će otvoren za razvoj znanstvenog humanizma koji emancipira i ljekarnika i bolesnika iz često iscrpljujuće pretjeranih »stručnik/tehničkih rješenja«.

ROLLO MAY, primjerice, definira skrb kao stanje u kojem nešto ima važnost. Skrb je viđena kao antiteza apatije i distance i neophodan je izvor kreativnih snaga, skup impulsa čija je svrha održanje života (erosa). Ona je »izvor ljudske blagosti«. <sup>5</sup>

Za R. MAYA i druge humaniste, skrb se ne smije miješati sa sentimentalnošću jer se ta emocija odražava na sam osjećaj, a ne uključuje doživljaj onoga tko je subjekt skrbničke pažnje. Skrb se u biti izjednačuje sa suosjećanjem. Ali, važno je primijetiti da u humanističkoj tradiciji koncept skrbi prenosi značenje suosjećajnog stanja, a ne samo stav. <sup>5</sup>

<sup>4</sup> Cipolle RJ., *Drugs don't have doses-people have doses! A clinical educator's philosophy*, Drug Intell Clin Pharm., 20:11 (1986) 881-882.

<sup>5</sup> May R., *Existential Psychology*, Random House, New York, 1960.

U sklopu humanističke psihologije C. ROGERSA i A. H. MASLOWA, nalazimo bit »drugoga« u odnosu skrbljenja. Skrbiti za drugu osobu, na smislen način, znači pomagati joj u rastu i »samoostvarenju«. To je proces, odnos u kojem je pojedinac za kojeg se skrbi dubinski uključen u svoje putovanje ka ozdravljenju. Samoostvarenje (eng. *self-actualization*), kao proces, uključuje sve one kojih se proces ozdravljenja tiče. Stoga, terapija »s klijentom u središtu« čini, u svjetovnom smislu, ono što teološka intervencija postiže kada integrira um, tijelo i duh. Granice između »pružatelja skrbi i »primatelja skrbi« postaju nejasne jer taj odnos spaja dvoje ili više pojedinaca u partnerstvo čija je namjena rješavanje određenog problema.<sup>6,7</sup>

Skrb, dakle, uključuje duboko poštovanje za drugoga. Ona se znatno razlikuje od bilo kakvog paternalističkog, autoritarnog nametanja volje ili smjera drugoj osobi. Stoga, imajući to na umu, na *terapijsku suradljivost* ne treba gledati kao na prisilu koja se temelji na autoritetu ljekarnika (praktičara), već kao posljedicu sporazuma između *svih* onih kojih se tiče rješavanje određenog problema. Možda bi bolji izraz za ovo bio *pridržavanje terapiji* (adherencija). Skrb, u kontekstu ljekarničke skrbi, nalazi svoj izraz u pomaganju drugome da se može skrbiti sam o sebi. Ona traži od-

nos u kojem postoji osjećaj sudjelovanja u drugome, svijest o određenoj potrebi tog pojedinca za rastom i za kontrolom terapijskog procesa. To se često svodi na minimum ili u potpunosti odbacuje kada ljekarnici zauzimaju više paternalistički stav u kojem »stručnjak zna najbolje«.

Svaki učinkovit i prikladan terapijski sporazum traži da se »glas« bolesnika čuje i poslušaju. O stavkama koje traže empirijsko znanje ljekarnici imaju dužnost obavijestiti, educirati i poslušati bolesnikove potrebe i iskazane sklonosti (preferencije). Dijalog je ključan, ljekarnikov monolog nije. M. MAYERHOFF, primjerice, naglašava važnost samoostvarenja:

Skrb, kao pomaganje drugome da raste i ostvari samoga sebe je proces, način povezivanja s nekim koji uključuje razvijanje na isti način kao što prijateljstvo može nastati samo tijekom vremena kroz međusobno povjerenje i kvalitativnu transformaciju tog odnosa.<sup>8</sup>

W. GAYLIN nudi donekle drugačije viđenje. Njegovo shvaćanje skrbi želi pokazati da je skrb biološki programirana, da na nju treba gledati kao na temeljnu činjenicu ljudskoga rasta i razvoja. Njegova teza spaja biologiju i kulturu te poseže u humanističku psihologiju u pokušaju da dokaže urođenu dobrotu.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Rogers C., *On Becoming a Person*, Houghton Mifflin, Boston, 1961.

<sup>7</sup> Maslow A.H., *Toward a Psychology of Being*, Van Nostrand, Princeton, 1962.

<sup>8</sup> Mayerhoff M., *On Caring*, Perennial Library, New York, 1971.

<sup>9</sup> Gaylin W., *Caring*, Avon Books, New York, 1976.



Možda najznačajnija rasprava o temi skrbi i odnosa može se naći u sestrinstvu. Zapravo, literatura iz područja sestrinstva obiluje intelektualnim raspravama i strašću. Djelo P. BENNERA od osobite je važnosti i pogađa izravno u srž stvari:

Skrb je odnosna riječ i pojavljuje se u kontekstima odnosa. Skrb, ako išta znači, uvijek znači nešto u određenom kontekstu, određenom odnosu. Skrb je nekompatibilna s radikalno slobodnim individualizmom i autonomijom. Skrb znači da drugi mogu polagati pravo na vaše vrijeme, vaše interese, vaše resurse. Ona znači da skrb ne možete ostati atomistička (npr. atomistički pristupu prema kojem se cjelina sastoji od zasebnih cjelina), nepovezana, izvan zajednice ili izvan odnosa.<sup>10</sup>

To zasigurno jest bit svakog odnosa skrbljenja. Ona nastavlja:

Skrb razjašnjava paradigmu kontrole i čini jedan od tek nekoliko kulturalnih otpora protiv bezakonja (anomije), vlasi i nadmoći (dominacije) i pritiska i ugnjetavanja (opresije) tehnološke samorazumljivosti. Skrb traži i slušanje i oblik znanja koje je više od znatiželje i rasijecanja i raščlanjivanje (disekcije), više od golih činjenica. Skrb traži teoriju istine koja je istinita i za znalca i za poznato. Skrb je utjelov-

ljena i ugrađena u zajednici ili društvenoj mreži. Skrb oslobađa zadovoljstvo usred rada; osjećaj da neke stvari vrijedi raditi i da su neke stvari same po sebi dobre – sjedinjenje sredstva i cilja.<sup>10</sup>

Nadalje:

Skrb govori što je važno, što se smatra stresnim, što se smatra nošenjem s problemima, što znači biti povezan i smješten, te konačno, što se smatra pružanjem i primanjem pomoći.<sup>10</sup>

P. BENNER nam, prema našem mišljenju, daje jedno od najjasnijih, najopsežnijih ophođenja prema konceptu skrbi, osobito u pogledu njegove povezanosti s terapijskim odnosom kakav mi vidimo u ljekarničkoj skrbi.

Teoretičari medicinskog sestrinstva sada okreću svoju pozornost prema takvim važnim pitanjima kao što su značenja koja se pridodaju skrbi, transkulturalne teme u skrbi, vrijednosti, uvjerenja koja se tiču skrbi i prakse (odnosi teorije i prakse), prema ekonomiji i politici skrbi, etici skrbi, duhovnim i religijskim dimenzijama skrbi i obrazovnim zahtjevima za »skrbničku struku«. To je tek mali broj pitanja koja su u središtu svake skrbničke prakse.<sup>11</sup> Ljekarnici će se morati pozabaviti ovim pitanjima kada počinju prakticirati ljekarničku skrb.

<sup>10</sup> Benner P., *The moral dimensions of caring*, u: Stevenson J., Tripp-Reimer Y. (ed.), *Knowledge About Care and Caring*, American Academy of Nursing, 1990.

<sup>11</sup> Leininger M., *Historic and epistemologic dimensions of care and caring with future directions*, u: Stevenson J., Tripp-Reimer Y. (ed.), *Knowledge About Care and Caring*, American Academy of Nursing, 1990.

## Skrb kao sporazum (savez)

HEPLER i STRAND tvrde da se ljekarnička skrb »pruža za izravnu dobrobit bolesnika i da ljekarnik prihvaća odgovornost za kvalitetu skrbi«. <sup>12</sup> Sjetimo se, oni naglašavaju da se ljekarnička skrb »temelji na sporazumu između bolesnika koji obećava da će dati stručnjaku, pružatelju skrbi, i pružatelju koji obećava stanovitu kompetenciju i obvezu prema bolesniku«. <sup>12</sup> Tome bismo dodali da se ljekarnika treba smatrati *odgovornim* za svoje odluke i intervencije.

Ključni izraz izvornog stajališta C. D. HEPLERA i L. M. STRANDA je »sporazum«. Oni taj izraz koriste u značenju veze između ljekarnika i bolesnika. To je veza ona koja »cementira« terapijski odnos. Na nju treba gledati kao na zajedničko razumijevanje uloga i odgovornosti za obje strane koje su aktivno uključene u taj i takav odnos. U svojoj osnovi, to je sporazum, za sve kojih se on tiče, o suradnji s ciljem rješavanja svih proživljenih i potencijalnih problema vezanih za lijekove.

Unutar prakse ljekarničke skrbi i reciprociteta sporazuma, i ljekarnik i bolesnik priznaju, preuzimaju i odgovaraju za određene dužnosti preuzimanja obveze (odgovornosti). Praktičar ljekarničke skrbi pristaje procijeniti potrebe bolesnika, pružiti sva potrebna sredstva za uspješno rješavanje takvih potreba i obaviti kontrolu da bi osi-

gurao da su poduzete učinkovite i dobre intervencije. Bolesnik pristaje na barem dvije važne stvari. Kao prvo, pristaje dati točne i potpune informacije (podatke) ljekarniku tako da oba spomenuta pojedinca mogu donositi učinkovite odluke. Isto tako, bolesnik pristaje igrati aktivnu ulogu u pruženoj skrbi. To znači da bolesnik pristaje na postavljene ciljeve, pristaje izvršavati dogovorena ponašanja i pružati informacije potrebne za dobar učinak procesa skrbi.

M. C. COOPER vjeruje da »sporazumni odnos spaja moralne i osobne aspekte skrbi medicinskog sestринства«. <sup>13</sup> Ona primjećuje da:

reagiranje na prisutnost bolesnika i reagiranje na njegove ili njezine potrebe, priznavanje zaduženosti pružatelja skrbi prema bolesniku zbog mogućnosti prakticiranja i zaposlenja te prepoznavanje međusobnosti i reciprociteta koji razlikuju taj odnos pokazuje volju medicinskih sestara da uđu u Sporazum. <sup>13</sup>

Iako koncept sporazuma doista ima određenu privlačnost, posebice zato što se dobro uklapa u prihvaćena judeokršćanska <sup>14</sup> shvaćanja obveznosti, on ima i neka ograničenja. BISHOP i SCUDDER, primjerice, tvrde da:

<sup>12</sup> Hepler CD., Strand LM., *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, Am J Hosp Pharm., 47:3 (1990) 533-543.

<sup>13</sup> Cooper MC., *Covenant relationships: grounding for the nursing ethic*, ANS Adv Nurs Sci, 10:4 (1988) 48-59.

<sup>14</sup> Judeokršćani, u ranoj Crkvi, židovski obraćenici na kršćanstvo, za razliku od kršćana poganskoga podrijetla.



Sporazum je dogovor koji je i uključiv i isključiv. Primjerice, u judeokršćanskoj tradiciji, ljudi koji su bili dio Saveza vidjeli su sebe kao međusobno povezane savezom, ali odvojene od onih koji nisu bili dio Saveza.<sup>15</sup>

Središnje je pitanje (nastavljaju oni) je li sporazumni odnos previše restriktivan po tome što naglašava ljekarnikove odgovornosti, ali se ne bavi adekvatno uključenošću u bolesnika. Zato, iako prepoznajemo ključni element dobre vjere sadržan u sporazumnim odnosima i prihvaćamo pozitivnu posljedicu za stručnu odgovornost, te konačno i stajanje iza svojih odluka, a isto tako prepoznajemo važnost dijaloga koji uokviruje nastajanje sporazumnih odnosa, ili kad smo već kod toga, onih s više sporazumnom namjerom. M. C. COOPER to dobro izražava:

Za razliku od sporazumnog odnosa, dijaloški odnos ne znači da dvije strane dijele istu svrhu. Svaka osoba sastaje se s drugom jer su obje prisutne kao osobe. Jedna drugoj odgovaraju na međusobnu nazočnost u odnosu koji priznaje legitimno pravo drugoga na postojanje. Taj je odnos opisao BUBER (godine 1923.) kao odnos Ja-Ti, za razliku od odnosa Ja-Ono u kojem se osobu tretira kao stvar koju treba kategorizirati i upotrebljavati. Odnosi Ja-Ti kultiviraju se i razvijaju pomoću dijaloga.<sup>13</sup>

<sup>15</sup> Bishop AH., Scudder JR., Dialogical care and nursing practice, u: Chinn P. (ed.), *Anthology of Caring*, National League of Nursing, 1988.

Sporazum i dijalog očito imaju svoje mjesto u ljekarničkoj skrbi. Kada su zadovoljeni dijaloški preduvjeti, i ljekarnik (praktičar) i bolesnik mogu ući u sporazumni odnos koji poštuje otvorene, neisključive uvjete. Nadalje, takav odnos mora vrlo ozbiljno uključivati htijenja, želje i potrebe bolesnika. Takav se sporazum mora pomicati s bolesnika na ljekarnika (praktičara). Međutim, isto tako prepoznajemo ključne dijaloške preduvjete koji moraju nekako uokviriti »program« i oblikovati prirodu toga odnosa. Ne gledamo na sporazumne i dijaloške odnose kao na nužno međusobno isključive. Umjesto toga, vidimo oba kao dimenzije terapijskog odnosa i kao središta učinkovite ljekarničke skrbi.

Skrb je onda, započeta i održavana pomoću dijaloga, temelja filozofije i prakse ljekarničke skrbi. Etika sporazuma uspostavlja predanost i poštovanje za osobe. Podroban pregled dinamike sporazumnog odnosa doista otkriva da upravo dijalog čini takve odnose mogućima i utvrđuje gornju granicu (maksimira) njene vjerojatnosti koja se može uključiti. Dakle, taj odnos nije jednostavno međusobno razumijevanje, kako god se ono postiglo. On je prije svega proces kojim se takav odnos formira i održava. Dijalog oblikuje očekivanja, želje, metode i predanost terapiji. On identificira potrebe, pogoduje dobrobiti i u odnos unosi trajni osvrt na značenje i svrhu. Dijalog istražuje osjećaj povjerenja, poštovanja, govorenja istine i autentičnosti. Za neke, riječi možda »malo vrije-

de«, ali u vitalnu terapijskom odnosu, nepričanje vas može skupo stajati.

## VRIJEDNOSTI KOJE SU DIO SKRBI

Praksa ljekarničke skrbi inherentno je prepuna vrijednosti, a filozofija prakse definira one vrijednosti koje treba primijeniti u praksi. Vrijednosti, ili ono što smatramo vrijednim, u središtu su svih intervencija u životima drugih. Kao što primjećuje N. GUTTMAN: *vrijednosti su ugrađene u sve aspekte procesa intervencije te i utječu i služe kao opravdanje izbora intervencijskih ciljeva i svrha.*<sup>16</sup>

Za praktičara ljekarničke skrbi, ta činjenica od vitalne je važnosti. Klinička intervencija mnogo je više od točne, kompetentne primjene tehničkog znanja za rješavanje zdravstvenih problema. Ona je isto tako kontekst prepun vrijednosti u kojem se kliničar bori s procesom donošenja odluka, prosudbama i opravdanjima za napravljene odabire.

Prvi korak za uspješno svakodnevno nošenje s tim situacijama, na osnovi pojedinog bolesnika, jest odvojiti svoje osobne vrijednosti od profesionalnih vrijednosti koje su potrebne za pružanje skrbi drugima. To je teško novim, mladim praktičarima jer, da bi odvojili jedan skup vrijednosti od drugoga, moraju biti osviješteni o svojim osobnim vrijednostima. Da bi osoba bila svjesna tih vrijednosti, nužno je da se počne kritički

razmišljati na polju onoga što se obično zove *razjašnjenjem vrijednosti*.

Razjašnjenje vrijednosti ključni je korak u razvoju praktičara ljekarničke skrbi jer vodi do veće samosvijesti. Ljekarnici (praktičari) koji se uključe u reflektivni proces (koji pripada rasuđivanju) da bi postali svjesniji onoga što cijene ili smatraju vrijednim, čine sljedeće:

- razumiju uvjerenja i ponašanja pojedinca, što uključuje i znanje onoga što pojedinac podržava i ne podržava, te iskazivanje ovoga drugima
- odabiru svoja uvjerenja i ponašanja tako da procjenjuju vrijednosti primljene od drugih, što uključuje istraživanje alternativa i njihovih posljedica, a zatim odlučivanje koje od tih pripadaju toj osobi
- djeluju na osnovi tih uvjerenja, uz dosljedan obrazac koji ostvaruje radnje koje podržavaju vrijednosti.<sup>16-18</sup>

Osobni skup vrijednosti uključivat će politička gledišta, religijska uvjerenja, društvene norme, osobne sklonosti (preferencije) i utjecaje osobnih iskustava. Ljekarnici (praktičari) moraju postati svjesni tih osobnih vrijednosti tako da prepoznaju kada stvaraju sukob u okruženju gdje rade. U praksi mogu nastati problemi kada ljekarnici (praktičari) miješaju osobne vrijednosti s

<sup>16</sup> Guttman N., *Public Health Communication Intervention*, Sage Publications, Thousands Oaks, 2000.

<sup>17</sup> Bukhardt MA., Nathaniel AK., *Etics and Issues in Contemporary Nursing*, Delmar, New York, 2002.

<sup>18</sup> Simon SB, Howe L., Howard K., *Values Clarification: A Handbook of Practical Strategies for Teachers and Students*, Hart, New York, 1995.





profesionalnim vrijednostima i kada nameću osobne vrijednosti bolesnicima. Osobne vrijednosti moraju biti odvojene od profesionalnih jer su osobne vrijednosti privatne, dok su profesionalne vrijednosti javne i njih propisuje ljekarnikova zajednica. To je razlika između osobne životne filozofije i filozofije profesionalne prakse.

## OD VRIJEDNOSTI DO ETIKE

Skok od vrijednosti<sup>19</sup> do etike u stvarnosti je kratak. Vrijednosti pomažu oblikovati ono što se pojedinačno poima kao dobro ili loše, a to pokreće odluke i intervencije koje se čine u praksi.

<sup>19</sup> U širem značenju vrijednost se odnosi na sve što se može pozitivno prosuditi. Označava pozitivnost nečega, njegov karakter dobra koji je sposoban privući respekt osobe i potaknuti je na djelovanje. Duhovno stane (isto tako i materijalna činjenica koja je samo u užem smislu i pripada ekonomskom području) koje se po općim mjerilima drži vrijednim, dobrim i valjanim, primjerice, društvene vrijednosti, kulturne vrijednosti, duhovne vrijednosti, moralna vrijednost. Oblikuje se i specifična duhovnost koja afirmira najautentičnije ljudske vrijednosti pri izvršavanju zdravstvene skrbi. Ljudski život temeljna je vrijednost, ali ne i apsolutna, piše Tonči Matulić u svojoj knjizi *Bioetika* (Glas Koncila, Zagreb, 2012, str. 391-392). Ljudski život nužni je izvor svake ljudske aktivnosti i svakoga društva. Ljudskim životom, shvaćenim integralno, moguće je »raspolagati«, ali samo u odnosu na proporcionalne motive utemeljene na ljubavi. Vrednovanje motiva ljubavi, koji se nalaze u pozadini raspolaganja životom, na način *pro et contra*, u pojedinim je slučajevima od temeljne važnosti. Ljudski život nije apsolutna vrijednost, jer postoje više vrijednosti za koje se »isplati« žrtvovati (npr. općeljudski – sluzenje za dobrobit čovjeka, zajednice, naroda). Ljudska osoba izriče čovjeka u totalitetu, tj. u njegovom tjelesnom (biološkom) i duhovnom (psihološkom) integritetu. Fizički i duhovni aspekti realno su neodvojivi u konkretnom čovjeku i mogu se tumačiti kao lice i naliježe jednoga te istoga čovjeka [nap. urednika V. G.].

Etika je sustav razumijevanja onoga što motivira i određuje naše ponašanje, na temelju individualnog poimanja dobra i zla.<sup>20</sup> Nadalje, etika nam pomaže odgovoriti na pitanje: *što bih trebao učiniti u ovoj situaciji?* Etika pruža formalan proces za primjenu moralnih dimenzija na naša djela kada donosimo odluke za drugog i s drugim pojedincem, kao što to činimo u praksi.<sup>20</sup>

Može se uvjerljivo objasniti zašto treba uključiti etičko promišljanje u kontekst prakse ljekarničke skrbi. Zapravo, mi tvrdimo da je takvo motrište ključno za praksu i da je čvrsto vezano za skrb. Prihvatanje obaveza za ishode terapija druge osobe nije složena obveza, ali je ozbiljna obveza koja često zahtijeva promišljanje i kritiku brojnih etičkih pitanja.

G. L. HUSTED i J. H. HUSTED<sup>21</sup> iznose sljedeća načela odlučivanja kao *prirodna* u svim interakcijama. Ona su osobito važna za pružatelje zdravstvene skrbi jer pomažu voditi njihovo ponašanje u praksi:

- svaki bolesnik ima pravo biti tretiran u skladu sa svojim jedinstvenim karakteristikom
- svaki bolesnik ima pravo odlučiti i djelovati prema svojim vlastitim vrijednostima kako bi ispunio pojedinačne planove za život

<sup>20</sup> Towsley-Cook DM., Young TA., *Ethical and Legal Issues for Imaging Professional*, Mosby, St. Louis, 1999.

<sup>21</sup> Husted GL., Husted JH., *Ethical Decision-Making in Nursing and Health Care*, 3rd ed., Springer, New York, 2001.

- svaki bolesnik ima pravo očekivati potpune objektivne informacije i emocionalnu potporu potrebnu da bi učinkovito djelovao u skladu s tim informacijama
- svaki bolesnik ima pravo, sam ili preko zdravstvenog stručnjaka, na kontrolu svoga vremena i truda
- svaki bolesnik ima pravo očekivati svaku korist koja je moguća u okruženju zdravstvene Skrbni, te ne očekivati nikakvu štetu koja se može izbjeći
- svaki bolesnik ima pravo očekivati da će dogovori utvrđeni sa zdravstvenim stručnjacima biti ispunjeni.<sup>21</sup>

Načela poput ovih daju etičko opravdanje određenog standarda skrbi.<sup>22</sup> Stoga su korisni ljekarnicima (praktičarima) koji *djeluju u skladu s njima* dok istražuju svoje osobne vrijednosti i etičke pozicije. Možete li se odmah i bez zadržke prihvatiti ova načela? Kako ona utječu na vaše profesionalne obaveze, odgovornosti i dužnosti prema bolesnicima? Što ćete učiniti kada ne možete prihvatiti bilo koje od njih? Ta i druga pitanja važna su u svim fazama istraživanja vrijednosti/etike. ■

<sup>22</sup> Etika nije samo praktična disciplina u smislu razumske spoznaje vlastitoga predmeta, to jest praktičnoga ponašanja, nego je ona još specifičnije praktična disciplina na temelju činjenice da je normativno praktična disciplina po svojim izričajima. Tonči Matulić piše u *Bioetika* (Glas Koncila, Zagreb, 2012, str. 86) da etika nije zato etika jer kaže što je praksa, nego jer kaže što je *normativna praksa*, tj. normativno djelovanje. U trenutku kada etika to kaže, onda njezin govor postaje praktična istina. Etičko određivanje dužnosti nije ništa drugo doli ukazivanje na dužnost djelovanja.

## Etika u praksi



Svaki ljekarnik zna da mu je dužnost i obveza pomagati ponajprije ljudima kada im je potrebna ljekarnička pomoć.<sup>1</sup> U praksi ljekarničke skrbi stvorit će se situacije u kojima postoje etičke dileme. Dva pojedinca (bolesnik i stručnjak u ljekarništvu) možda iz različitih kultura, s različitim vrijednostima i razinama znanja sastaju se da bi rješavali probleme bolesti i liječenja koji mijenjaju život. To se odvija u društvu koje je sve više ovisno o tehnologiji i koje ima ograničena financijska sredstva u kombinaciji s povećanom potražnjom za uslugama. Bilo koja od tih situacija može dovesti do etičke dileme.

Svaki ljekarnik (praktičar) mora biti spreman prepoznati situacije s moralnim i etičkim implikacijama. To zahtijeva od ljekarnika da je spreman imati: [1] uvid u svoje vlastite vrijednosti, kulturalne norme, moralni razvoj i etička načela, [2] vrijeme, usredotočenu pozornost i senzibilnost za prepoznavanje suptilnih znakova koji mogu ukazivati na to da je situacija opterećena etičkim sastavnicama, i [3] znanje i sposobnost za donošenje logičnih, poštenih i dosljednih odluka. Osnovno profesionalno



Ured HJJK / Hrvatska ljekarnička komora, Zagreb

<sup>1</sup> Temeljna etička načela, odlike poziva, dužnosti i moralne norme, pa ugled struke, etika i deontologija usluge, kao i kodeks ljekarničke etike može se naći opisano u tematskom dvobroju *Ljekarnička etika i deontologija* objavljeno u *Biltenu HJJK* 2012-3/4.



**Tablica 4.** – Osnovna profesionalna ponašanja koja se očekuju u praksi

PROFESIONALNO PONAŠANJE	ETIČKO NAČELO
Učiniti ono najbolje što možete za svakoga bolesnika	činjenje dobra ( <i>beneficence</i> )
U svakome slučaju, ne nanositi štetu	nenanošenje štete ( <i>nonmaleficence</i> )
Reći bolesniku istinu	istinitost ( <i>veracity</i> )
Biti pošten	pravednost ( <i>justice</i> )
Biti odan	vjernost ( <i>fidelity</i> )
Dozvoliti bolesniku da donese konačnu odluku	autonomija/paternalizam ( <i>autonomy/paternalism</i> )
Uvijek štiti privatnost svojega bolesnika	povjerljivost ( <i>confidentiality</i> )

(stručno) ponašanje može uvelike pomoći u izbjegavanju etičkih dilema. Svako od tih važnih ponašanja temelji se na nekom etičkom načelu i opisano je u **Tablica 4**. Praktičari ljekarničke skrbi naučit će ta ponašanja i učiniti ih stalnim dijelom svakodnevnih prakse. Korisno je kratko raspraviti svako od njih i staviti ih u kontekst ljekarničke skrbi.

**ČINJENJE DOBRA.** Etičan ljekarnik (praktičar) htjet će napraviti ono što je najbolje za bolesnika.<sup>2</sup> Iako je možda iznimno

<sup>2</sup> Kreposni ljekarnik (lat. *virtuous pharmacist*), onaj koji je prožet krepošću, moralan ljekarnik, intimno je povezan s dobrim ljekarnikom (vidjeti članak: **Etika kao stalan vodič djelovanja** u ovoj knjizi), ali ne radi sebe, nego radi bolesnika, utoliko što je bolesnikovo dobro (eng. *patient's good*) neodvojivo od kreposnoga ili dobrog ljekarnika. Stoga bolesnikovo dobro predstavlja prvotnu svrhu ljekarnikova djelovanja, a krepostan ljekarnik je ona osoba koja je habitualno predisponirana da djeluje za dobro bolesnika. U bolesnikovo dobro neposredno ulaze: [1] zadnje ili konačno dobro, tj. svrha ljudskoga života kako je bolesnik percipira, te njegova vizija o značenju i sudbini ljudske egzistencije, [2] bolesnikovo dobro kao dobro ljudske osobe ili dobro koje je usađeno u njegovu sposobnost kao ljudskoga bića da misli, dakle, da bira i da izražava svoje izbore u govoru s drugim ljudima koji su isto tako sposobni misliti i govoriti, [3] najbolja bolesnikova korist, tj. pacijentova subjektivna procjena kvalitete života koju bi

dobro upućen u farmakologiju, vidjeli smo da, samo po sebi, to ne znači da ljekarnik (praktičar) to zna najbolje. Jasno, kada se u srediste postavi bolesnik i njegove iskazane sklonosti (preferencije), odlučivanje o onom što je najbolje u bilo kojim okolnostima uključuje više nego samo profesionalno mišljenje i alternative. Primjerice, odlučivanje o manjkavostima i koristima terapijskih protokola ne može se obavljati bez uključivanja bolesnika.

Bolesnici će odlučiti koje rizike preuzeti, koje koristi žele i koje terete su voljni i sposobni izdržati.

Iako *stručnjak* može imati sposobnost izračuna tehničkih dimenzija rizika i nesigurnosti na temelju empirijskih dokaza, nakon što to prenese bolesniku, on mora odlučiti o tijeku djelovanja. Činjenje dobra – činjenje onoga što je najbolje za bolesnika – stoga se dogovara između dviju stran-

zahvat mogao proizvesti, i odmjerenje kompatibilnosti toga s njegovim životnim planovima, ciljevima i zahtjevima i [4] medicinsko, biomedicinsko ili kliničko dobro, tj. dobro koje može biti postignuto ljekarnikom intervencijom u posebnom stadiju bolesti [nap. urednika V. G.].

ki, umjesto da se nameće kakav stav, čak i ako se ono što je najbolje za bolesnika čini *klinički očitim*.

Jednostavno opće pravilo jest uzeti u obzir sve raspoložive informacije, pokrenuti slobodnu i neprisilnu raspravu s bolesnikom, omogućiti odluke koje potječu od tog pojedinca i služiti njegovim najboljim interesima.

**NENANOŠENJE ŠTETE.** Svi praktičari zdravstvene skrbi upoznati su s HIPOKRATOVIM načelom koje glasi *primum non nocere* ili *prije svega, ne nanosi štetu*. To se može smatrati i povezanim s načelom činjenja dobra. No, iako se svi možemo složiti da se sva načela protivna nanošenju štete moraju prihvatiti, razumno je pretpostaviti da gdje god postoji rizik, postoji i mogućnost činjenja štete.<sup>3</sup>

Ni u kojem trenutku praktičar ljekarničke skrbi ne smije agresivno prisiljavati bolesnika na liječenje. Bez obzira na dano opravdanje, bilo u ime ljekarničke znanosti, kliničkih dokaza ili ljekarnikove sklonosti (preferencije), kliničar koji posao obavlja bez propisnog obzira na bolesnikovo razmišljanje zlorabi svoj položaj. U tom slučaju, završetak ne opravdava sredstva.

**ISTINITOST.** Zvuči jednostavno inzistirati da ljekarnici (praktičari) uvijek govore istinu.<sup>4</sup> Imajmo na umu da postoje mnoga

<sup>3</sup> Hebert PC., *Doing Right: A Practical Guide to ethic for Medical Trainees and Physicians*, Oxford University Press, Toronto, 1996.

<sup>4</sup> Općenito, *istina* je ono što odgovara stvarnosti, što je s njom u skladu, ono što prikazuje neki događaj, onako

pitanja koja treba istražiti. Trebamo li uvijek govoriti istinu? Je li ikada etično ne reći bolesniku istinu? Može li govorenje istine naškoditi ljudima? U tom slučaju, u kojim okolnostima se ljudima može naškoditi? Možemo li lagati kada smatramo da je to u najboljem interesu naših bolesnika? Štiti li laganje ponekad ljude? Zašto ne zavarati bolesnika ako se time promiče njegovo zdravlje i oporavak? Želi li taj određeni bolesnik loše vijesti? Hoće li tmurna prognoza naštetiti bolesniku? Zašto ne zadržati određene informacije? Je li ne govorenje oblik laganja? Trebamo li bolesniku reći sve? Zar ne zbunjujemo bolesnike svim tim informacijama?

To su tek neka od pitanja koja se javljaju u svakoj raspravi vezanoj za govorenje istine. Ne postoje formule za odgovore, osim ako se usvoji stav da ćemo pod svaku cijenu govoriti istinu, bez obzira na posljedice.

Iako podupiremo etičko načelo istinitosti i vjerujemo da je iskrenost vrlo cijenjen dio karaktera, isto tako uviđamo da su u praktičnim uvjetima, u realnosti ljudske patnje, pojedini praktičari bića s manama i često im nedostaje emocionalna snaga potrebna za iznošenje cijele istine ako su uvjereni da će ona naštetiti

kako odgovara činjenicama ili iskustvu. Istinitost znači neku vezu s razumom, i to vezu jednakosti, poklapanje sadržaja nekog iskaza i stanja stvari koje taj iskaz izražava. Definicina istine još iz srednjega vijeka je »poklapanje uma i stvarnosti« (adaequatio intellectus et rei). Prema tom mišljenju, istina u prvom redu pripada izrazima, sudovima ili tvrdnjama, tako da se jedino o njima može govoriti da su u pravom smislu istiniti. To se izriče načelom da se istina nalazi (ili dovršava) u sudu, i to ako sud izriče objektivno stanje stvari. U tom slučaju govorimo o istinitoj ili adekvatnoj spoznaji [nap. urednika V. G.].



bolesniku. Emocionalna snaga, savjest, a često i klinička prosudba, mogu biti prepreke govorenju istine.

Pružatelji skrbi posvećuju znatan dio vremena promišljanju o prirodi i praksi govorenja istine i o njezinu mjestu u terapijskom odnosu. Može li postojati povjerenje utemeljeno na varkama i lažima? Je li bitno koliko je laž malena, koliko je beznačajna varka? Što ako bi laž djelovala i bolesnik bi se oporavio? Oni koji pružaju skrb, poštuju bolesnike i uviđaju važnost povjerenja u terapijskom odnosu moraju se zapitati kako mogu prenijeti smirenost uma onima koji se voljno predaju u ruke neznanca.

Svodi li se to doista na osobni odabir? Ne baš. Iznošenje istine može biti vještina koja se može naučiti praksom. Davanje loših vijesti bolesnicima je teško i ponekad slama srca. Može se činiti lakšim izbjegavati konkretan odgovor, biti neodređen ili čak mrmljati. Budite uvjereni, na kraju, *istina će pobijediti*. Čini se da pojedinci u nevolji, često slabi, ranjivi i osiromašena duha, nalaze istinu.

U konačnici, načelo istinitosti može služiti samo najboljem interesu bolesnika. Senzibilnost i vještine pažljive komunikacije praktičara ljekarničke skrbi mogu se naučiti i *usavršiti* kroz iskustvo.<sup>5-7</sup>

Jednom kada je uspostavljeno i razvijeno povjerenje i razvijen terapijski odnos, iskrenost treba biti bezuvjetna i uzajamna.

Da bi se to postiglo, korisno je iskrenost učiniti dijelom terapijskog odnosa. Naglasite da se u odnosu očekuje iskrenost, naglasite njezinu važnost i njegujte njezin razvoj. Samo kada je istina središnji dio terapijskog odnosa, može se izraditi plan skrbi koji ima šansu za uspjeh.

**PRAVEDNOST.** Pravednost je etičko načelo »koje se odnosi na pošteno, pravedno i prikladno ophođenje s obzirom na obaveze i dužnosti prema nekoj osobi.<sup>8</sup> Načelo pravednosti uviđa da davanje jednima može uskratiti primanje drugima.«<sup>9</sup>

Često je bolesnikova situacija takva da pokreće ozbiljna razmatranja poštenja i pravde. Ne mogu si svi bolesnici priuštiti potrebne lijekove. Je li prikladno prihvatiti

---

*Students and Practitioners*, 3rd ed., Lea & Febinger, Malvern, 1994.

<sup>6</sup> Lipkin MH., Putman SM., Lazare A., et al, *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*, Springer, New York, 1995.

<sup>7</sup> Cole SA., Biss J., u: Schmitt W (ed.), *The Medical Interview: The Three-Function Approach*, Mosby, St. Louis, 2000.

<sup>8</sup> Filozofski gledano, pravednost je slaganje i podudaranje u odnosima među osobama, tj. načelo koordinacije među osobama. Pravednost je moralna krepost, koja uvodi u poštivanje ljudske osobe, odgovorne za svoju ljudsku sudbinu i daje joj što je njezino, bilo po naravi, bilo utjecajem. Pravednost je krepost priznavanja prava drugih. Razlikuje se: *distributivna* (dati svakome ono što mu pripada), *komutativna* (obveza osoba međusobno), i *legalna* (obveza pojedinca prema društvu, državi) [nap. urednika V. G.].

<sup>9</sup> Bukhardt MA., Nathaniel AK., *Etics and Issues in Contemporary Nursing*, Delmar, New York, 2002.

---

<sup>5</sup> Tindall WN, Beardsley RS., Kimberlin CL., *Communication Skills in Pharmacy Practice: A Practical Guide for*

ono što se općenito opisuje kao *tržišni mora*? Očito, ljekarnici (praktičari), koji su pretežno zaposlenici, ne mogu *dijeliti robu besplatno*. Koje su njihove odgovornosti prema siromašnima koji trebaju pomoć?

Što je s neinformiranim bolesnikom koji ne razumije mogućnosti i ograničenja osiguranja? Je li etično odbiti uslužiti neosigurane bolesnike? To je postao ozbiljan problem kada ljekarnici tvrde da osiguranje *ne plaća dovoljno* za pokrivanje troškova. Još jednom, ne postoji jednostavno rješenje za probleme koji proizlaze iz pitanja pravednosti.

Prema svom nastanku, to je problem sustava po tome što će distribucija robe i usluga u ekonomiji, koju pokreće tržište, uvijek biti nepravedna, nejednaka i – za mnoge će imati upitno poštenje.<sup>10</sup> S obzirom na prevladavajuće stvarnosti naših društvenih normi i vrijednosti, praktičari ljekarničke skrbi moraju riješiti probleme u kontekstu onoga što *jest*, ne onoga što *bi trebalo biti*. Mnogi su praktičari svjesni takvih pitanja i podržat će pragmatički pristup svakom slučaju kako se pojavi.

U praksi je razumno očekivati od etičnog praktičara ljekarničke skrbi da uloži sav trud da bi postupao sa svim bolesnicima jednako i pomagao onima koji su opravdano u nepovoljnom položaju tako da nalazi informacije i programe koji će ispuniti njihove potrebe. Time se ne želi reći da svi praktičari lje-

karničke skrbi trebaju postati socijalni radnici, već da trebaju općenito poznavati sustav zdravstvene skrbi, a posebice njegovu politiku, te koristiti te informacije za rješavanje bolesnikova problema pristupu skrbi i farmaceutskim pripravcima.

Od ljekarnika (praktičara) će se očekivati da se pridržavaju načela jednakosti utoliko da jednako skrbe za bolesnike bez obzira na njihovu etničku pripadnost, društvenu klasu, spol ili spolnu orijentaciju. Bilo kakva vrst diskriminacije je neprihvatljiva, neetična i nepodnošljiva.

**VJERNOST.** Vjernost je etičko načelo koje se odnosi na »koncept vjernosti i praksu održavanja obećanja«. <sup>9</sup> Praktičari ljekarničke skrbi dobivaju ovlaštenje za praksu od društva koje regulira (u stanovitim zemljama) djelatnost davanjem licenci i time štiti samo interese struke. U stvarnom smislu, takav društveni ugovor daje povlastice jednoj elitnoj skupini, a pri tome od nje zahtijeva polaganje računa. M. A. BUKHARDT i A. K. NATHANIEL, iako konkretno govore o medicinskim sestrama, to dobro objašnjavaju ovako:

Proces davanja odobrenja, dopuštenja na pravo (licencije) je onaj koji osigurava da nijedna druga skupina stručnjaka ne može prakticirati u domeni (ljekarničke skrbi) kako je definiraju društvo i struka. Stoga, imati licenciju i biti legitimnim članovima struke nalaže da se (praktičari ljekarničke skrbi) drže odgovornosti sadržanih u ugovoru s društvom. <sup>9</sup>

<sup>10</sup> Trenutno u Sjedinjenim Američkim Državama nemaju nacionalni sustav zdravstva i ne postoji zajedničko prihvaćanje ideje da je zdravstvena skrb temeljno pravo.



Iako smo umetnuli *praktičar ljekarničke skrbi* tamo gdje su oni napisali *medicinska sestra*, vrijede isti uvjeti. Od praktičara ljekarničke skrbi očekuje se da »budu vjerni društvu koje im daje pravo obavljanja te i takve prakse«. <sup>9</sup>

Nadalje, od njih se očekuje da:

- održe obećanje o pridržavanju profesionalnom etičkom kodeksu
- obavljaju praksu unutar utvrđenog opsega i opisa te prakse (ljekarničke skrbi)
- ostanu kompetentni u praksi
- poštuju politike ustanova u kojima su zaposleni
- održavaju obećanja dana pojedinim bolesnicima. <sup>9</sup>

Biti praktičar ljekarničke skrbi znači davati i održavati obećanja bolesnicima. Naravno, odmah se može vidjeti da je vjernost povezana s povjerenjem kao ključnim dijelom svakog smislenog terapijskog odnosa.

Može biti teško održati obećanja u skrbi za bolesnike, osobito kada se ona temelje na nadi ili smirivanju bolesnika. Često izrečeno *obećavam – bit ćete dobro*, čija je svrha umiriti i možda motivirati bolesnika, prečesto ne može proizvesti obećani ishod. Ukratko, nemoguća su apsolutna obećanja ili nepromjenjiva dužnost njihova ispunjenja. <sup>9</sup> Etičan praktičar ljekarničke skrbi treba imati na umu »da u svakom slučaju, štetne posljedice obećanog djelovanja treba vagati u odnosu na koristi održanog obećanja«. <sup>9</sup>

**AUTONOMIJA.** Nitko u potpunosti ne djeluje samostalno. Međutim, u svrhu rasprave o etici, koncept se autonomije <sup>11</sup> odnosi na bolesnika, koji ima slobodu izbora za samoga sebe. U tom smislu, to implicira da je pojedinac slobodan od prisile ili prijetnje i da može donositi informirane odluke kao slobodan subjekt. To ne znači da drugi pojedinci nemaju ulogu u utjecaju na odabire koje ljudi čine. Zapravo, to znači da se poštuju individualni odabiri, a intervencije koje slijede, temelje se na poštovanju. To je osobito istinito kada su izbori bolesnika u suprotnosti s onima od ljekarnika. Poštovanje bolesnika je obvezno. Bez poštovanja su nemogući povjerenje, terapijski odnos i skrb.

Dakako da u svemu postoje granice. U slučaju autonomije, iako poštovanje treba biti sveprisutno, postoje ozbiljna pitanja

<sup>11</sup> Pod pojmom autonomija Kant označuje sposobnost ljudskog razuma da si odredi moralne zakone, ne preuzimajući ih ni od kojeg autoriteta, nižeg ili višeg od sebe. Drugim riječima, autonomija jest sposobnost uma da bude praktički zakonodavan i da određuje volju tako da se ona podvrgava svom čudorednom načelu, a za koji on dolazi da je i općevaljan i nužan. Autentična afirmacija bolesnikove autonomije događa se u posjedovanju stvarnoga prava na prihvaćanje ili odbijanje određenoga ljekarničkoga liječenja. No, govor o bolesnikovoj autonomiji tu ne prestaje, jer nasuprot bolesniku stoji ljekarnik (dakako, i drugo zdravstveno osoblje) koji isto tako ima pravo na afirmaciju vlastite autonomije i pravo na zaštitu. Zbog toga je nužno da bolesnik ima povjerenje u znanstvene i stručne spoznaje, te tehničku kompetenciju ljekarnika. U protivnom, neoprezno proglašavanje bolesnikove autonomije može dovesti, namjerno ili ne, do sužavanja ili umanjivanja ljekarnikove autonomije i autonomije zdravstvenog osoblja kao moralnih subjekata [nap. urednika V. G.].

koja treba uzeti u obzir prigodom oblikovanja plana skrbi. Ima li bolesnik jasno razumijevanje svih važnih činjenica i vrijednosti? Kako da znam je li bolesnik kognitivno sposoban i može li donositi informirane, autonomne odluke? Djeluje li zbunjeni bolesnik autonomno? Ta pitanja mogu zvučati kao retorička, ali ona se često postavljaju i nesigurnost je uobičajena. Neki bolesnici – primjerice, djeca i mentalno neuračunljivi – ne smatraju se sposobnima za donošenje samostalnih odluka.

Poštovanje bolesnikove autonomije ključno je u praksi ljekarničke skrbi. Povjerenje i potreban terapijski odnos – *sporazum*<sup>12</sup> – ne može postati zajednička stvarnost osim i sve dok se ne uspostavi poštovanje. Ako se ovo temeljno načelo ne shvati ozbiljno, postaje ruglo svaka tvrdnja o pruženoj skrbi i sasvim sigurno se pruža vrlo malo smislene pomoći onima koji pomoć traže.

### PATERNALIZAM NIJE ODGOVOR.

Ako ostavimo po strani djecu ili na drugi način zavisne bolesnike, vrlo je malo prilika kada treba slijediti paternalizam.<sup>13</sup> Pater-

nalizam se odnosi na »praksu nadjačavanja ili ignoriranja sklonosti bolesnika u njihovu korist ili da bi se poboljšala njihova dobrobit«. <sup>14</sup> Nadalje, paternalizam predstavlja prosudbu da činjenje dobra ima prednost pred autonomijom.<sup>14</sup>

Ljekarnička skrb predana je *informiranoj* sklonosti bolesnika. Kao što je ranije rečeno, praktičar ljekarničke skrbi i bolesnik sklapaju terapijski sporazum/savez unutar kojeg bolesnik vjeruje u odgovornosti i dužnosti praktičara ljekarničke skrbi i, ono što je najvažnije, da razumije svoje osobne odgovornosti u odnosu na ljekarnikove odgovornosti. U stvarnosti, i ljekarnik i bolesnik moraju jasno razumjeti pravila, uloge i odgovornosti koje su u središtu terapijskog odnosa. Bez takva razumijevanja, ne može postojati smislen odnos koji daje pozitivne ishode.

Autoritativno i jednoznačno izricanje farmaceutskih činjenica i vrijednosti ne rezultira produktivnom komunikacijom.<sup>15</sup> Jednako je malo vjerojatno da će takav pristup rezultirati s previše pristanka s razumijevanjem,

<sup>12</sup> Hepler CD., Strand LM., *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, Am J Hosp Pharm., 47:3 (1990) 533-543.

<sup>13</sup> Od samih početaka oblikovanja stručne ljekarničke etike, njezin temeljni sadržaj bio je određivanje granica dobrom (etičkom) ponašanju ljekarnika prema bolesniku. No, ono je bilo isključivo temeljeno na *paternalizmu*, budući da odnos takvoga »tipa« ukazuje na dugo i neupitno razdoblje hipokratovske tradicije koje je impliciralo potpunu »dominaciju« najprije liječnika, a onda i ljekarnika nad bolesnikom. U današnje vrijeme ništa se ne može dogoditi oko bolesnika, ako bolesnik to ne zna

ili ako nije iscrpno obaviješten, dakako u skladu s uvjetima i mogućnostima »primanja« informacija. Ne smije se pristupiti dijagnosticiranju i liječenju, a da bolesnik ne da svoj pristanak (obaviješteni pristanak), a to znači samoodređenje bolesnika, što *in actu* konotira ostvarenje autonomije subjekta [nap. urednika V. G.].

<sup>14</sup> Jonsen AR, Siegler M., Winslade WJ., *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 5th ed., McGraw-Hill, New York, 2002.

<sup>15</sup> Parrish II, RH., *Defining Drugs: How Government Became the Arbiter of Pharmaceutical Fact*, Transaction, New Brunswick, 2003.





odnosno obaviještenog pristanka (*informed consent*) ili suradljivosti (*compliance*).

Iz tog razloga, može se reći da je i etički i terapijski prikladnije pokrenuti dijalog i razviti smislenu dvosmjernu komunikaciju koja postiže najvišu razinu (maksimira) suradnju i smislenu razumijevanje svih aspekata iskustva ljekarničke skrbi.

Poštovanje autonomije nije jednostavno etički imperativ, već je i zakonska obaveza u nekim slučajevima. Primjerice, *Zakon o samoodređenju bolesnika* (u SAD iz godine 1990).<sup>16</sup> nalaže da u svim institucijama koje se financiraju programima *Medicare* ili *Medicaid* bolesnici moraju dobiti pisane informacije koje izričito navode:

- njihovo pravo da prihvate ili odbiju liječenje
- njihova prava prema postojećim državnim zakonima glede naputaka o budućoj zdravstvenoj skrbi
- sva pravila koja ta ustanova ima glede uskraćivanja liječenja neophodnog za održanje života.

Logička posljedica poštovanja autonomije i osobe može se razumjeti samo kao poštovanje bolesnikove sklonosti. Etički govoreći te su sklonosti želje, težnje i prioritete pojedinca koji bi trebali biti ono što čini jezgru ljekarničke skrbi. Takvo viđenje skrbi usmjerene na bolesnika čini program u kojem praktičar ljekarničke skrbi djeluje kao zagovarač bolesnikove dobrobiti.

<sup>16</sup> ANA, *Standards of Clinical Nursing Practice*, American Nurses Association, Kansas City, 1991.

Praksa ljekarničke skrbi nije moguća bez propisnog poštivanja svih implikacija bolesnikove autonomije i pristanka s razumijevanjem. Zapravo, kada se razmisli, vrijedi zapaziti da je farmakoterapija najuobičajeniji oblik liječenja na dnevnoj bazi, a ipak se vrlo malo pozornosti pridaje pristanku. Iako kirurški zahvat, daleko manje čest ulaz u tijelo na um i tijelo, traži pisani pristanak na temelju obilnih informacija, farmakoterapija se oslanja na manje rigorozan proces potpuno verbalne prirode.

Skrb usmjerena na bolesnika zahtijeva etičku i kliničku obveznost na terapijski odnos u kojem se raspravlja o točnoj, terapijski optimalnoj terapiji lijekovima i informacijama o lijeku. Ispituju se opcije, a bolesnik iskazuje snažan osjećaj razumijevanja. Ljekarnik je postupio etično i na klinički prikladan način kada su obje stranke postigle zajedničko razumijevanje svrhe i ciljeva, te je zajednički raspravljen i dogovoren plan skrbi.

**POVJERLJIVOST.** Povjerenje izgrađeno između ljekarnika (praktičara) i bolesnika narušeno je ako nije osigurana povjerljivost. Dužnost zaštite povjerljivosti za bolesnika nastaje iz odnosa koji se temelji na povjerenju.

Kao kliničar s jasno definiranim odgovornostima ljekarničke skrbi, ljekarnik ima dužnost štiti bolesnikove osobne podatke od javnosti. To je vrlo dobro poznata činjenica iz kliničkog rada. Očekivanje povjerljivosti ključno je za napredak slobodne raz-

mijene informacija između bolesnika i ljekarnika i ne smije se olako shvaćati. Bolesnici moraju osjetiti da će se poštovati sve ono što kažu, priroda njihove bolesti ili oboljenja, lijekovi koje uzimaju ili bilo koja druga tema koju smatraju *privatnom*.

Ako se praktičar ljekarničke skrbi postavi s poštovanjem i u svako doba štiti privatnost, čak i prijenos informacije nevezane za lijek može pridonijeti odnosu koji utjevljuje povjerenje i s vremenom stječe neku terapijsku vrijednost. Jednostavno je – u svako doba, povjerljivost je pravilo.

Te i takve odgovornosti prakse, pristup ljekarničkoj skrbi u čijem je središtu bolesnik i etička načela uključena u skrb za bolesnika, vode do definiranja standarda za stručno djelovanje. Iako su ti standardi prilično očigledni, potrebno ih je navesti na izričit i potpun način da bi se završila tema ljekarnikovih odgovornosti u sklopu filozofije prakse.

Održavanje bolesnikove privatnosti najveći je ispit poštovanja koje ljekarnik ukazuje bolesniku. Ljekarnici (praktičari) mogu tvrditi da su poštteni i odani, mogu reći da su usmjereni na bolesnika, mogu svjedočiti o pozitivnu terapijskom odnosu, pa ipak, ako bolesnikova privatnost nije zaštićena, tada su zakazali u svemu navedenom. Povjerljivost bolesnikovih informacija oduvijek je važna stavka u zdravstvenoj skrbi. No, od 14. travnja 2003. (u SAD!), još je više dobila na važnosti. Kao rezultat *Zakona o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog*

*osiguranja* (eng. *Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*),<sup>17</sup> razvijeni su novi standardi za privatnost bolesnika.<sup>18</sup> Sažetak pravila HIPAA-a može se pogledati na: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/summary/privacysummary.pdf>. ■



<sup>17</sup> HIPAA, u: USDH Services, ed., *The Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information »Privacy Rule«*, OCP Privacy Rules, Washington, 1996.

<sup>18</sup> Savezna vlada SAD-a intervenirala je kako bi ustanovila novi standard povjerljivosti za bolesnike s uvjetima u HIPAA-u. Ove smjernice zahtijevaju veće očekivanje i marljivije pridržavanje pravila da se *uvijek štiti privatnost vašega pacijenta*. Propisi u HIPAA-u dizajnirani su kako bi štitili privatnost i sigurnost osobnih zdravstvenih podataka. Bolesnici imaju pravo zatražiti primjerak podataka o svojim lijekovima. Isto tako imaju pravo izmijeniti sve informacije koje su netočne ili nepotpune. Bolesnici isto tako imaju pravo zatražiti da ljekarnici komuniciraju o zdravstvenim pitanjima određenim putem, primjerice, samo poštom ili e-mailom ili na određenoj lokaciji, primjerice samo na radnom mjestu ili samo kod kuće.



## Rječnik stručnog nazivlja u ljekarničkoj skrbi



Ovo je prvi cjelovitiji pokušaj popisa skupa hrvatskih naziva koji pokazuje pojmovni sustav u području *ljekarničke skrbi*. Naglasak je dat na opis pojmova i tvorbu definicija. Opseg pojmovnika nije čvrsto zatvoren u području ljekarničke skrbi stoga što se to područje ne može u potpunosti razgraničiti sa srodnim područjima poput *medicinske skrbi* i *kliničko-farmakološke terminologije*. Oznaka HAZU odnosi se na izvor *Enciklopedijski rječnik humanog i veterinarskog medicinskog nazivlja* (Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti / Leksikografski zavod *Miroslav Krleža*, Zagreb, 2006.) u kojem je V. G. kao suautor izrađivao i uređivao leksičku građu s područja farmacije. Za neke izraze rabljena je i knjiga V. Grdinić, A. Grundler Bencarić, *Ljekarnička praksa: terapijske doze i primjena lijekova* (HLJK, Zagreb, 2013.). Zbog nedostupnosti nije bilo moguće poslužiti se djelom R. J. Cipolle, L. M. Strand, P. C. Morley, *Pharmaceutical care glossary*, The Peters Institute of Pharmaceutical Care, University of Minnesota, USA.



Sastavio: Vladimir Grdinić

Riječi (npr. govor, iskazi, izjave, nazivi) koje se rabe za opis ljekarničke skrbi u pravilu su pažljivo odabrane, a njihove su definicije vrlo specifično vezane za njihovu uporabu u praksi. Zbog toga je, između ostalog, vrlo lako integrirati praksu ljekarničke skrbi s praksom medicine ili medicinskog sestrištva ili s bilo kojom drugom strukom u kojoj se skrbi za bolesnike. Bez zajedničkog jezika, može se pružiti vrlo malo skrbi, a moguće su mnoge negativne posljedice, kako to piše u knjizi Robert J. Cipolle, Linda M. Strand, Peter Morley, *Pharmaceutical Care Practice*:

*The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*, McGraw-Hill Companies, New York, 2012.

### A

**analiza učinkovitosti izdataka** (*cost-minimization analysis*, CMA), računa trošak dvaju ili više mogućnosti koje imaju iste ishode kako bi se utvrdilo koja je mogućnost financijski povoljnija

**autointoksikacija**, *vidjeti*: samootrovanje

**automedikacija**, *vidjeti*: samoliječenje

### B

**bolesnik** (*sic person, patient*), čovjek koji boluje od akutne ili kronične tjelesne ili psihičke bolesti; bolestan čovjek; srodno: pacijent, osoba koja se liječi zbog određene bolesti [HAZU]

**bolesnikova sigurnost** (*patient safety*), stalno prepoznavanje, analiza i upravljanje rizici-



ma u odnosu na bolesnika i nezgodan događaj (incident), kako bi se skrb za bolesnika učinila sigurnijom, a šteta za bolesnika svela na najmanju mjeru.

**bolest** (*disease*), određeni poremećaj s prepoznatljivim simptomima i znakovima, ili bilo koja tjelesna anomalija ili oštećenje funkcije, osim neposrednih posljedica ozljede; može zahvatiti cijelo tijelo ili samo dio, a uzrok jest ili nije poznat [HAZU]

## C

**Cochraneova suradnja** (*Cochrane collaboration*), međunarodna, neprofitna, neovisna organizacija koja okuplja velik broj znanstvenika (iz više od 80 zemalja) s ciljem izradbe sustavnih preglednih radova o učincima različitih vrsti liječenja iz svih područja zdravstvene zaštite; vidjeti isto tako: [medicina zasnovana na dokazima](#)

## D

**dijagnoza** (*diagnosis*), utvrđivanje bolesnog stanja kao rezultat dijagnostičkog postupka [HAZU]

**djelotvornost** (*efficiency*), sposobnost snižavanja troškova ili skraćivanja vremena izvedbe bez smanjenja poboljšanja zdravstvenoga stanja koje je moguće postići; ili, sposobnost pružanja veće i bolje skrbi istim sredstvima; ili postizanje cilja s najmanjim mogućim naporom i troškovima i u najkraćem vremenu; sin.; učinkovitost

**dostupnost** (*accessibility*), opseg lakoće s kojom bolesnik može pravodobno i bez

prepreka (prometnih, geografskih, kulturnih, financijskih) potražiti i postići skrb

**doza** (*dose*), određena mjera nekog lijeka, koliko se ujedanput daje bolesniku; obrok; razlikuje se: pojedinačna doza, dnevna doza i ukupna doza [HAZU]

**doziranje (lijeka)** (*dosage*), ukupna količina djelatnice koju je bolesnik primio tijekom propisanog vremena (razdoblja); doziranje uključuje dozu lijeka, postupak davanja, učestalost i trajanje liječenja

**dozni interval** (*dosing interval*), vremenski razmak između uzimanja dviju doza [HAZU]

## E

**efikasnost** (*efficacy*), opseg u kojem, pod optimalnim uvjetima pružanja i u optimalnim okolnostima, zdravstveni utjecaj može biti učinkovit

**etika** (*ethics*), filozofska disciplina čiji je objekt proučavanja ljudsko djelovanje i skup moralnih načela, normi, po kojima se normama usklađuje ili bi se morala usklađivati; uključuje sve ljudske odrednice i vrijednosti koje se mogu odnositi na ljudsku volju i djelovanje; u užem smislu *etika* je sinonim *moralu*

## F

**farmacija** (*pharmacy*), ukupnost sredenih i uopćenih znanja do kojih se dolazi istraživačkom metodom, otkrivanjem činjenica i pojava u čovjekovu poznavanju pripreme, stanja i uporabe lijekova; sin.: ljekarništvo,



tj. područje javnog djelovanja koji se bavi pronalaskom, ispitivanjem, razvojem, raspodjelom i edukacijom u području lijekova [HAZU]

**farmakofilija** (*pharmacophilia*), neobuzdana i često nekritična naklonost prema lijekovima [HAZU]

**farmakofobija** (*pharmacophobia*), strah od uzimanja lijekova [HAZU]

**farmakografija** (*pharmacographie*), područje ljekarništva i farmakologije koje se bavi odrednicama i načinima propisivanja lijekova za ljude i životinje [HAZU]

**farmakokinetika** (*pharmacokinetics*), dio farmakologije koji proučava sudbinu lijeka u organizmu nakon njegove primjene; to su procesi povezani s apsorpcijom, raspodjelom, biotransformacijom (metabolizmom) i izlučivanjem lijekova, tj. koncentracijama lijeka [HAZU]

**farmakokinetičke interakcije** (*pharmacokinetic interactions*), djelovanja među lijekovima koja utječu na sudbinu lijeka u organizmu (apsorpciju, raspodjelu, skladištenje, biotransformaciju i izlučivanje) [HAZU]

**farmakomanija** (*pharmacomania*), bolesni nagon za uzimanjem različitih lijekova koji nisu nužno potrebni [HAZU]

**farmakometrija** (*pharmacometrics*), usposredno procjenjivanje djelovanja lijekova

**farmakopeja** (*pharmacopoeia*), zakonski priručnik s popisom i opisom ljekovitih tvari (prirodnih, sintetičnih), pomoćnih lekovi-

tih sredstava te s opisom njihove pripreme, analize i kontrole; sin. Ljekopis, Ljekovnica  
**farmakoterapija** (*pharmacotherapy*), primjena lijekova u cilju liječenja različitih bolesti ili otrovanja [HAZU]; liječenje zdravstvenih stanja lijekovima

**farmakoterapijska obradba** (*pharmacotherapy workup*, u ovoj knjižici), racionalan proces (ili provedba) donošenja odluka koji se u praksi ljekarničke skrbi rabi za prepoznavanje, rješavanje i sprječavanje problema u terapiji lijekovima, utvrđivanje ciljeva liječenja, odabir intervencija i vrednovanje (evaluaciju) ishoda.

**farmakovigilancija** (*pharmacovigilance*), znanost i aktivnosti vezane uz prepoznavanje, procjenu, razumijevanje i prevenciju nuspojava ili nekih drugih problema vezanih uz lijekove (WHO); strukturirani postupak za praćenje i otkrivanje štetnih reakcija lijekova; *Zakon o lijekovima* (NN 71/07) utvrđuje da je farmakovigilancija skup aktivnosti vezanih uz otkrivanje, procjenu, razumijevanje, prevenciju i postupanje u slučaju nuspojava lijekova kao i novih spoznaja o škodljivosti primjene lijekova

**filozofija ljekarničke skrbi** (*philosophy of pharmaceutical care*, u ovoj knjižici), sustavno umovanje koje se sastoji od četiri ključna elementa: *opisa* društvene potrebe za praksom, jasno izrečenih *odgovornosti* pojedinog ljekarnika (praktičara) koji ispunjavaju tu i takvu društvenu potrebu, *očekivanja* da se bude orijentiran na bolesnika te *zahtjeva* za funkcioniranjem unutar paradigme skrbi

**filozofija prakse** (*philosophy of practice*, u ovoj knjižici), skup vrijednosti koji vodi ponašanja povezana s određenim radnjama – u ovom slučaju, radnje u ljekarničkoj skrbi; filozofija prakse je specifična za ljekarničku skrb, a definira svrhu prakse, a to je ispuniti društvenu potrebu za kontrolom morbiditeta i mortaliteta vezanih za lijekove, uz izričit cilj skrbi za bolesnikove potrebe vezane za lijekove tako da odgovornost ljekarnika (praktičara) bude osigurati da je sva terapija lijekovima koju bolesnik uzima prikladna, najučinkovitija dostupna, najsigurnija moguća, te da se uzima sukladno indikaciji

**filozofija prakse ljekarničke skrbi** (*philosophy of pharmaceutical care practice*, u ovoj knjižici), skupna oznaka koja se sastoji se od četiri diskretna elementa, izražena kao obveznost na: [1] ispunjavanje društvene potrebe provođenjem prakse, [2] ispunjavanje specifičnih odgovornosti zbog postizanja ciljeva prakse, [3] uporabu pristupa usmjerenosti na bolesnika za ispunjenje te potrebe, i [4] briga za drugoga razvijanjem i održavanjem terapijskog odnosa

## I

**indikacija (za liječenje lijekom)** (*indication*), svaki znak ili okolnosti koja upućuje na potrebu primjene ili provedbe određenog lijeka [HAZU]

**intervencija**, *vidjeti: upletanje*

**ishod skrbi** (*outcome of care*, u ovoj knjižici), promjene u trenutačnom (ili budu-

ćem) zdravstvenom stanju koja se može pripisati prethodno dobivenoj skrbi; razlikuje se od rezultata koji isto tako može biti učinak primijenjene skrbi ali se ne očituje u promjeni zdravstvenoga stanja.

## K

**kakvoća življenja** (*quality of life*), percepcije što ih pojedinci imaju o stanju vlastita života u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem žive, a povzano s njihovim ciljevima, očekivanjima, standardima i brigom

**kakvoća života**, *vidjeti: kakvoća življenja*

**klinička farmacija** (*clinical pharmacy*), dio farmacije koji se bavi racionalnom uporabom lijekova u primarnoj (i sekundarnoj) zdravstvenoj zaštiti, a na znanstvenim načelima farmakologije, toksikologije, liječenja, kliničke farmakokinetike, farmakoeconomike, farmakogenomike, kao i drugih znanosti o životu, a u funkciji skrbi za bolesnika

**kognitivne usluge** (*cognitive services*), one usluge ili uloge koje zahtijevaju stručno znanje i vještine iznad onih potrebnih za izdavanje lijekova na recept, primjerice, savjetovanje, davanje informacija o lijekovima, praćenje krvnog tlaka, i tako redom; usluge koje pripadaju kogniciji – funkciji mozga kojom postajemo svjesni objekata oko nas ili percepcija; to uključuje sve oblike *opažanja, mišljenja i sjećanja*

**kontraindikacija** (*contraindication*), bilo koji znak ili stanje bolesnika ili bolesti, koje ne dopušta primjenu ili provedbu određenog lijeka, zahvata i slično [HAZU]



**kriterij** (*criterion*), iskaz koji opisuje dio medicinske djelatnosti i može služiti za procjenu i usporedbu kakvoće

**kvalitativni podaci** (*qualitative data*), podaci koji opisuju osnovne uzroke i razloge neke pojave u obliku nekategoriziranih odgovora, primjerice, odgovora na otvorena pitanja u razgovoru ili raspravi, nasuprot kvantitativnim podacima koji opisuju raširenost pojave u brojčanim oznakama

## L

**liječenje** (*therapy*), primjena lijekova na načelima farmakologije i farmakodinamike, koliko se tiče izbora i načina uzimanja lijekova; ako se odnosi na primjenu fizikalnih sredstava, služi se spoznajama fizikalne terapije [HAZU]

**lijek izbora** (*drug of choice*), najpovoljniji lijek za liječenje neke bolesti [HAZU]

## LJ

**ljekarnička praksa** (*pharmaceutical practice, pharmaceutical care practice*), praksa koja uključuje opskrbu lijekovima, ljekarničke usluge i ljekarničku skrb, a obuhvaća sve one poslove i usluge koje ljekarnici obavljaju u sustavu zdravstvene skrbi

**ljekarnička skrb** (*pharmaceutical care*, u ovoj knjizi), ona sastavnica ljekarničke prakse koja sadržava izravnu interakciju ljekarnika s bolesnikom u svrhu skrbi za bolesnikove potrebe vezane za lijekove [prema: C. D. Helper, L. M. Strand, *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, Am

J Hosp Pharm, 47:3 (1990) 533-543]; tijekom provođenja te i takve prakse pruža se odgovorna terapija lijekovima u svrhu postizanja pozitivnog ishoda za bolesnika; odgovorno liječenje lijekovima radi postizanja sigurnih ishoda koji poboljšavaju ili održavaju kakvoću bolesnikova života; ljekarnička skrb je, u teoriji i praksi, primarna zdravstvena skrb; proces suradnje kojemu su ciljevi prevencija ili prepoznavanje i rješavanje problema s lijekom ili zdravstvenih problema; kontinuirani proces unaprjeđivanja kvalitete uporabe lijekova

**ljekarničke usluge** (*pharmaceutical services*), sve usluge koje ljekarničko osoblje pruža kao potporu pružanju ljekarničke skrbi; uz opskrbu lijekovima, ljekarničke usluge obuhvaćaju informacije, poduku i priopćavanje u svrhu promicanja javnoga zdravstva, davanje informacija o lijekovima, usluge nadzora, obrazovanje i poduka osoblja ljekarne

**ljekarnik** (*pharmacist*), osoba koja je stručno kvalificirana iz područja farmacije, grani medicinskih znanosti koja se bavi pripremljanjem, izdavanjem, uporabom lijekova i savjetovanjem u svezi s lijekovima i bolestima; uloga ljekarnika razvila se od izdavača lijekova do pružatelja ljekarničke skrbi u središtu koje je bolesnik

## M

**medicina zasnovana na dokazima** (*evidence-based medicine*), disciplina koja pronalazi znanstvene dokaze učinkovitosti koji mogu odgovoriti na pitanja dijagnoze, liječenja i

drugih kliničkih predmeta, te proučava njihovu korisnost i izvodljivost primjene u svakodnevnoj praksi; na taj način ona nastoji rezultate znanstvenog istraživanja prenijeti do bolesnika; savjesno, jasno i pravedno korištenje dostupnih najboljih dokaza pri donošenju odluke o liječenju pojedinog bolesnika

**medicinska kvaliteta** (*medical quality*), stupanj usklađenosti zdravstvenih sustava, usluga i robe s trenutačnim stručnim standardima skrbi, koji povećava mogućnost pozitivnog ishoda liječenja; vidjeti članak D. Huml, *Razlika u kakvoći zdravstvene skrbi između Istočne i Zapadne Europe* (Bilten HLJK 007-4, str. 234-235); medicinska kvaliteta stoji u svojevrsnoj suprotnosti s medicinskom pogriješkom; *vidjeti: pogriješka, medikacijske pogriješke*

**medikacija** (*medication*), uzimanje lijekova [HAZU], u svrhu liječenja, prevencije (mjere koje se poduzimaju radi sprečavanja pojave ili širenja bolesti) ili pak dijagnostike

**medikacijske pogriješke** (*medication errors*), pogriješke koje pripadaju lijekovima ili su njima izazvane, odnosno neispravan ili pogrešan postupak ili pak odstupanje od stanovitih pravila ili propisa u liječenju lijekovima; *vidjeti: štetni učinak lijeka*

**medikacijska povijest** (*medication history*), skup zapisa i drugih podataka o bolesnikovu uzimanju lijekova, o nepodnošljivosti pojedinih lijekova te o možebitnim postojećim drugim tegobama pri uzimanju lijekova, kao i o bolesnikovim navikama (npr.

pušenje, uživanje alkohola); *vidjeti: profil uzimanja lijekova*

**metaanaliza** (*meta-analysis*), statistička analiza koja objedinjuje rezultate dviju ili više sličnih studija s ciljem pružanja kvalitetnih odgovora na određena medicinska pitanja

**morbiditet** (*morbidity*), stopa oboljenja ali ne smrti; sin.: pobol

**mortalitet** (*mortality*), stopa smrtnosti; sin.: pomor

## N

**nadzor provedbe skrbi** (*monitoring performance of care*), uski vidokrug poboljšanja kakvoće skrbi, mehanizam putem kojeg se promatra provedba skrbi, otkrivaju se njezini nedostaci i ispravljaju se

**nepovoljan događaj** (*adverse event*), šteta nanesena bolesniku liječenjem, događaj u kojem dolazi do nenamjerne i nepoželjne štete za bolesnika (npr. komplikacija, ozljeda), a može prouzročiti produljenje liječenja i oštećenja s povezanom prolaznom ili trajnom nesposobnošću

**nuspojava** (*adverse drug reaction*), štetna neželjena reakcija na lijek primijenjen u uobičajenoj dozi, uobičajenim načinom primjene i prihvaćenom indikaciji

## O

**obaviješteni pristanak**, *vidjeti: pristanak s razumijevanjem*

**opći praktičar** (*generalist practitioner*, u ovoj knjižici), stručnjak koji pruža kontinui-





ranu, sveobuhvatnu i koordiniranu skrb populaciji koja se ne dijeli prema spolu, bolesti, kategoriji liječenja lijekovima ili organskom sustavu (preuzeto iz: *American Boards of Family Practice and Internal Medicine*)

**osiguranje kakvoće** (*quality assurance*), tehničke, operativne i upravljačke aktivnosti kojima je cilj osigurati da sve usluge koje se pružaju bolesniku budu sigurne, učinkovite i prihvatljive

## P

**placebo** (*placebo*), indiferentna tvar, obično u obliku tableta ili otopine, koja se rabi za ispitivanje sugestivnog učinka na bolesnika [HAZU]

**plan skrbi** (*care plan*, u ovoj knjižici), detaljan raspored u kojem se izdvajaju aktivnosti i odgovornosti ljekarnika i bolesnika, koji popunjava ljekarnik u dogovoru s bolesnikom, osmišljen kako bi se: [1] riješili problemi s lijekovima, [2] uspješno postigli terapijski ciljevi za bolesnika i propisivača, i [3] spriječili potencijalni problemi s lijekovima; izradba plana skrbi uključuje tri koraka: [1] utvrđivanje ciljeva terapije, [2] odabir prikladnih individualiziranih intervencija, i [3] zakazivanje termina sljedećih kontrolnih praćenja

**pobol**, *vidjeti*: morbiditet

**poboljšanje kakvoće** (*quality improvement*), pojam koji ne priznaje stalni prag prihvatljive kakvoće provedbe (skrbi), nego uključuje poimanje da se ono što je dobro može

i dalje popravljati stalnim poboljšavanjem; za taj pojam prije su se rabili izrazi: **kontrola kakvoće** (*quality control*), zatim **procjena kakvoće** (*quality assessment*), te **osiguranje vrsnoće** (*quality assurance*)

**pogrješka** (*error*), događaj koji se može spriječiti, a dovodi do štetnog ishoda, bilo kao naručenog djelovanja (čini nešto loše) ili propusta (ne čini pravu stvar), koji dovodi do nepoželjnog ishoda ili ima značajan potencijal za takav ishod; općenito, neispravan ili pogrešan postupak, odnosno odstupanje od stanovitih pravila ili propisa

**pomor**, *vidjeti*: mortalitet

**praćenje** (*monitoring*), tekući nadzor i mjerenje pokazatelja kliničke izvedbe u svrhu otkrivanja nedostataka

**praćenje procesa vrednovanja** (*follow-up evaluation*, u ovoj knjižici), određivanje stvarnog ishoda terapije lijekovima u bolesnika, usporedba tih rezultata s planiranim ciljevima terapije, određivanje djelotvornosti i sigurnosti farmakoterapije, vrednovanje bolesnikovog pridržavanja u terapiji i utvrđivanje trenutnog zdravstvenog položaja (statusa) bolesnika

**praktičar**, *opći*, *vidjeti*: opći praktičar

**praktičar ljekarničke skrbi** (*pharmaceutical care practitioner*, u ovoj knjižici), ljekarnik koji procjenjuje cjelokupnu terapiju, sve lijekove koje bolesnik uzima, bolesti/oboljenja i parametre ishoda, ne samo one odabrane prema stanju bolesti, djelovanju lijeka ili količini lijeka koja se uzima;

praktičar prepoznaje, rješava i sprječava probleme u terapiji lijekovima do one razine složenosti koju za praksu definira standard skrbi

**pravednost** (*justice*, u ovoj knjižici), etičko načelo koje se odnosi na pošteno, pravedno i prikladno ophođenje s obzirom na obaveze i dužnosti prema nekoj osobi; načelo pravednosti uviđa da davanje jednima može uskratiti primanje drugima

**prevalencija** (*prevalence*), broj bolesnih od neke bolesti u određenoj populaciji, u specifičnom razdoblju [HAZU]

**pridržavanje terapije**, *vidjeti: privrženost*

**prihvatljivost** (*acceptability*), prilagodba željama i očekivanjima bolesnika i obitelji

**pripravljanje** (*compounding*), priprema, miješanje, spajanje, pakiranje i označavanje lijeka; takav se lijek zatim izdaje bolesniku na recept ili na preporuku liječnika ili ljekarnika; pripravljane nije proizvodnja u zakonskom obliku

**pristanak s razumijevanjem** (*informed consent*), odobravanje ispitanika za sudjelovanje u kliničkom ispitivanju lijekova nakon što je u potpunosti upoznat s tim ispitivanjem [HAZU]; sin.: obaviješteni pristanak; u tom pristanku ugrađen je kodeks bolesnikovih prava, dakako, u specifičnim eksplikacijama općega prava koje se usredotočuje na dva komplementarna vida – *pravo na informaciju* i *pravo na pristanak*; E. D. PELLEGRINO i D. C. THOMASMA ističu da je ostvarenje obaviještenoga pri-

stanka ideal koji je u liječničkoj (i ljekarničkoj, nap. urednika V. G.) praksi teško ostvariv, budući da on ovisi o samom bolesniku, a zdravstvena praksa poznaje različite vrste bolesnika i drugih korisnika lijekova

**pristup usmjeren na bolesnika** (*patient-centered approach*, u ovoj knjižici), metodološki odnos u kojem se inzistira da bolesnikove potrebe, a ne ljekarnikove preferencije, »pokreću« praksu ljekarničke skrbi; u pragmatičkom smislu, to znači da će ljekarnik (praktičar) započeti s bolesnikovim potrebama i pružati skrb dok one nisu zadovoljene

**privrženost** (*adherence*), pridržavanje terapije; mjera u kojoj se bolesnik svojevolumno prilagođava svoje ponašanje medicinskim i zdravstvenim preporukama; *suradljivost* i *suglasnost* sredstva su za postizanje *privrženosti*

**probitak** (*utility*), u farmakoeconomici izraz koji opisuje zadovoljstvo pojedinaca kada dobije određenu zdravstvenu uslugu; probitak je vrijednost na ljestvici između 1 (izvrsno zdravlje) i 0 (smrt)

**problemi u liječenju lijekovima** (*drug therapy problems*, u ovoj knjižici), nuspojave ili rizici koje bolesnik doživljava, a koji su povezani ili se sumnja da su povezani s terapijom lijekom, koji koče ili odgađaju bolesnikovo postizanje željenih ciljeva terapije i čije rješavanje zahtijeva posebno stručno mišljenje



**procjena** (*assessment*, u ovoj knjižici), mišljenje o razumijevanju bolesnika i bolesničkova iskustva s lijekovima, o prikladnosti, djelotvornosti i sigurnosti terapije lijekom, kao i o prepoznatljivosti problema u liječenju lijekovima

**profesionalna etika** (*professional ethics*), skup moralnih načela i vrijednosti određeni filozofijom prakse; profesionalna etika ukazuje na činjenicu povezanosti sa specifičnim normama ponašanja jedne struke, u ovom slučaju ljekarničke koja se snagom artikuliranih parametara etičnosti razlikuje od ostalih struka i profesionalno orijentiranih i artikuliranih etika; profesionalna etika izričite smisao strogoga poštivanja etičkih parametara vlastitih profesija, za razliku od općih parametara etičnosti koji se tiču »svakodnevnog ponašanja«, a koje ipak podrazumijevaju »labilnije« obdržavanje etičkih normi

**profil uzimanja lijekova**, detaljan presjek (po opsegu i dužini) uzimanja lijekova, i to po načinu uzimanja, dozi, djelovanju i vremenu u određene osobe za razumno razdoblje; *vidjeti: medikacijska povijest*

**promocija zdravlja**, proces koji omogućava ljudima povećati kontrolu te poboljšati svoje zdravlje

**provedba skrbi za bolesnika** (*patient care process*, u ovoj knjižici), postupak u tri glavna koraka u skrbi za bolesnike: [1] *procjena* bolesnika, njegovih ili njezinih medicinskih i terapijskih problema, koja vodi do prepoznavanja problema u terapiji lijekovi-

ma, [2] razvijanje *plana skrbi*, i [3] kontrolnog *praćenja*

## R

**rezultat** (*result*), učinak pružanja skrbi koji se, za razliku od ishoda, ne očituje u promjeni zdravstvenoga stanja; *vidjeti: ishodi skrbi*

## S

**samoliječenje** (*self-medication*), samoinicijativno uzimanje lijekova u cilju olakšanja pratećih simptoma kod blagih slučajeva bolesti kada je poznata sigurnost lijeka; uzimanje lijekova bez savjeta liječnika, obično kad nije potrebna točna dijagnoza i kad su velike razlike između neškodljivih i toksičnih doza lijekova; sin.: *automedikacija, samomedikacija* [HAZU]

**samomedikacija**, *vidjeti: samoliječenje*

**samootrovanje** (*autointoxication*), otrovanje koje nastaje zbog stvaranja otrovnih tvari (npr. aceton, mokraćna kiselina, ugljični dioksid, žučne boje) u samom organizmu kao posljedica normalnog ili poremećenog metabolizma s nemogućnošću njihova odstranjenja [HAZU]; sin.: *autointoksikacija*

**sastavnice stručne prakse** (*components of professional practice*, u ovoj knjižici), u skrbi za bolesnike primarne se sastavnice stručne prakse sastoje od: [1] filozofije prakse, koja je etička osnova prakse i propisuje prikladno stručno ponašanje, [2] procesa skrbi za bolesnike, koji organizira

znanje i odluke koje je potrebno donijeti, i [3] sustava upravljanja praksom, koji omogućava pružanje usluga u organizacijskoj strukturi koja jamči kvalitetu, odgovornost i plaćanje, kako bi se zadržala dugoročna održivost te i takve prakse

**sažetak opisa svojstva lijeka**, stručna informacija o gotovome lijeku, odobrena u postupku dobivanja odobrenja, namijenjena liječniku, ljekarniku i stomatologu; rabi se i kao izvor podataka za izradbu upute o lijeku za krajnjega korisnika, označavanje lijeka i provjeru oglašavanja

**simptom**, (*symptom*), promjena dinamičke naravi koja rezultira poremećajem funkcije; poremećaj čija je patološka osnova izrazito vidljiva; svaka tjelesna ili duševna poremetnja koju bolesnik subjektivno osjeća ili opaža kao promjenu svojega dotadašnjega »normalnog stanja«, zbog koje najčešće ide k liječniku [HAZU]; vanjski znaci bolesti koji pružaju nepristrane i besprijekorno pouzdane podatke na temelju kojih se može, s potpunom sigurnošću, uspostaviti dijagnoza

**skrb** (*caring*, u ovoj knjižici), briga o drugima usmjerena na brigu za zdravlje i liječenje bolesti; skrb je viđena kao antiteza apatije i distance i neophodan je izvor kreativnih snaga, skup impulsa čija je svrha održanje života

**specijalist** (*specialist*), stručnjak; u zdravstvu posebno izobrazena osoba u jednoj određenoj grani; zvanje; zvanje specijalista

postiče se nakon provedene specijalizacije po određenom planu i programu te položena specijalistička ispita

**standard** (*standard*), precizan, kvantificiran opis kriterija koji specificira prihvatljivi ili optimalni stupanj kakvoće skrbi

**stručna praksa** (*professional practice*, u ovoj knjižici), primjena znanja koju vode filozofija i svrha rješavanja određenih problema, a to i takvo znanje, koje ima zdravstveni radnik (praktičar), primjenjuje se u skladu s onim standardom koji je prihvatila struka; štoviše, praksa uključuje i posve određena iskustva koja zdravstveni radnik proživljava tijekom procesa skrbi za bolesnika

**stručnost** (*proficiency*), visoki stupanj vještine kojom se izvodi postupak skrbi

**suglasnost** (*concordance*), zajedničko donošenje odluka i odgovor između bolesnika i liječnika ili ljekarnika o određenoj strategiji i ishodu liječenja te kako se taj ishod može postići; uvjeti za ispunjenje suglasnosti su: [1] bolesnici imaju dovoljno znanja da sudjeluju kao partneri, [2] propisivanje lijeka uključuje bolesnika kao partnera, [3] bolesnici imaju potporu prilikom uporabe lijeka

**supstitucijsko liječenje** (*substitution therapy*), vrst liječenja koji se nadomještava ono što manjka organizmu (npr. vitamini, hormoni, dovoljna količina krvi, faktori za zgrušavanje krvi)

**suradljivost** (*compliance, adherence to medication*), stupanj do kojega se bolesnik



pridržava preporuka i provodi upute o uzimanju lijekova kako mu je propisao liječnik ili ljekarnik; bolesnikova suradljivost nije nužno vezana uz lijekove; sin.: *ustrajnost, suglasnost*

**sustav upravljanja praksom** (*practice management system*, u ovoj knjižici), skup elemenata povezanih u funkcionalnu cjelinu, a uključuje sva sredstva potrebna za pružanje usluge bolesnicima na učinkovit i djelotvoran način

## Š

**štetan događaj** (*adverse event*), nenamjerna i neželjena pojava u postupku zdravstvene skrbi zbog načina pružanja ili nepružanja od davatelja zdravstvene skrbi i/ili sustava zdravstvene skrbi; prema Zakonu o lijekovima (NN 71/07) štetan događaj jest svaki štetan i neželjen znak, simptom ili bolest (uključujući i odstupanja u laboratorijskim nalazima) vremenski povezan s primjenom lijeka, a koji uzročno-posljedično ne mora biti povezan s primjenom lijeka; ozbiljna nuspojava, odnosno ozbiljan štetni događaj jest svaka nuspojava / štetni događaj koji uključuje: smrt osobe, za život opasno stanje, potrebu za bolničkim liječenjem ili produljenje već postojećega bolničkog liječenja, trajnu ili tešku invalidnost ili nesposobnost, prirodenu anomaliju / manu od rođenja i ostala medicinski značajna stanja; mnogi smatraju da je štetni događaj sprječiv, do da je klinička razlika između sprječivih događaja i onih koji se ne mogu spriječiti diskutabilna

**štetni učinak lijeka** (*adverse drug event*) ili medikacijska pogreška, posljedica djelovanja lijeka koja se može pojaviti kada se bolesniku daje: [1] pogrešan lijek za njegovo stanje, [2] pravi lijek, ali s pogrešnom dozom, pogrešnim načinom uzimanja, ili u krivo vrijeme, [3] pravi lijek, ali onaj koji na štetan način djeluje s ostalim lijekovima, ili s hranom koju bolesnik uzima, [4] lijek koji uzrokuje alergiju ili neku drugu štetnu reakciju; *vidjeti: medikacijske pogreške*

## T

**terapija**, *vidjeti: liječenje, farmakoterapija*

**terapijska doza** (*curative dose*), količina lijeka kojom se postiže terapijska količina lijeka u tijelu s posljedičnim terapijskim učinkom [HAZU]

**terapijska širina** (*therapeutic range*), područje između doze kojom se postiže željeno terapijsko djelovanje i doze koja izaziva početne nuspojave ili toksično djelovanje [HAZU]

**tijek skrbi** (*process of care*), svi postupci, provedeni ili propušteni, u tijeku dijagnoze, liječenja i praćenja bolesti; imaju tehnički oblik i oblik umijeća skrbi; može se uzeti kao: tijek (odvijanje), provedba skrbi, obradba

**trajno stručno usavršavanje** (*continuing professional development, CPD*), dio cjeloživotnog učenja, usmjereno na individualne potrebe, koje pojedinac mora sam ustanoviti i odabrati način učenja koji mu najbolje odgovara

## U

**učinkovitost** (*effectiveness, efficiency*), stupanj u kojem je dobrobit koja se može postići zapravo postignuta, ili stupanj u kojem služba ispunjava svrhu radi koje je ustanovljena, ili pak opseg podudarnosti između planiranog i postignutog cilja; u farmakoekonomici predstavlja optimalnu uporabu raspoloživih sredstava

**upletanje** (*intervention*), primjena mjera (obrazovnih, organizacijskih, stegovnih) za ispravak pronađenih nedostataka u kakvoći skrbi ili za sprječavanje njihove ponovne pojave

**ustrajnost**, *vidjeti: suradljivost*

## Z

**zadovoljstvo bolesnika** (*patient satisfaction*), jedan od ishoda skrbi: mjera percepcije bolesnika o primljenoj skrbi

**zdravstvena njega** (*health care*), pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje [HAZU]

**zdravstvena skrb**, *vidjeti: zdravstvena njega*

**zdravstvena zaštita** (*health protection*), zajednički naziv za razgraničene djelatnosti zdravstvenih organizacija ili zdravstvenih ustanova [HAZU].

**zdravstveni radnik** (*practitioner*), osoba koja je stručno kvalificirana za rad na pružanju zdravstvenih usluga ■



Velimir Trnski (Pariz/Zagreb), akademski slikar,  
*Dante ljekarnik*, grafika, Zagreb, 2007.

Zbirka umjetnina Vladimir Grdinić [Lit. V. Trnski, *Reflexiae pictoriae pharmacopoeae*, Katalog izložbe, Pomorski i povijesni muzej Hrvatskog primorja, Rijeka, 2007.]

Dante Alighieri (1265. – 1321.) upisao se oko godine 1295. u ceh ljekarnika i liječnika u Firenci. U državnom arhivu grada Firence čuva se diploma iz koje je vidljivo da je ceh primio Dantea za svoga člana. Iako se točno ne zna da li je i kako dugo Dante obnašao ljekarnički poziv, posve je sigurno da je njegova obitelj posjedovala ljekarnu i zna se mjesto u Firenci gdje je djelovala. Zagrebačko se ljekarništvo ponosi činjenicom da se upravo u ljekarničkoj sredini dogodio ne samo prvi nego i jedini dodir nekog od pripadnika Danteove obitelji s ljudima izvan granica Italije. Naime, u Zagrebu je godine 1399. imao obitelj i vodio ljekarnu Danteov praunuk Nicolò Alighieri, unuk pjesnikova prvorodca Pietra.



# Bilten HLJK, godište XI., 2016.

## KAZALO IMENA AUTORA

Coner Pleško, Ivana 9	Malović, Ana 59, 61, 63, 95
Ćuić, Aleksandra 37, 96	Menkadžiev, Bojana 9
Fehir Šola, Katarina 9	Meštrović, Arijana 16
Govorčinović, Tihana 89	Mucalo, Iva 31
Grdinić, Vladimir 107, 136a, 141, 144, 148, 153, 155, 159, 163, 225, 236a	Obradović, Božena 9
Horvat, Emilija 91	Orlić, Petra 99
Jelić Hrgić, Mirna 9	Ortner Hadžiabdić, Maja 31
Jonjić, Danijela 139	Pavić, Danijela 27
Jurešić Grubešić, Renata 31	Portolan, Mate 3, 55
Juričić Boić, Ivana 9	Sertić, Miranda 9
Juzbašić, Martina 9	Sokol, Ksenija 101
Kopić, Branka 97	Šinek, Branimir 9
Kuliš, Iva 9	Zanki Zelić, Aisa 33
Kuštrak, Danica 41	
Macner Majcen, Željka 103	

---

[a – oznaka za stranicu iza koje se nalazi članak na nepaginiranom dijelu ovitka]

**Tekst uz čestitku.** Krist kao ljekarnik umjetničke su slike koje se svake godine objavljuju u ovom časopisu i to od godine 2010. Slika za čestitku u Biltenu HLJK na kraju godine 2016. slika je koja prikazuje Krista kako u ljekarni stoji iza recepturnog stola. U lijevoj ruci drži ljekarničku vagu, a u desnoj žličicu za sjemenje (u otvorenoj vrećici). Na regalima iza Krista drvene su valjkaste ljekarničke posude. Krist priprema lijekove za ozdravljenje od nevolja čovječanstva. Natpisi na ljekarničkim posudama označuju pobožne (religiozne) teme. U tim se posudama nalaze tvari za procjenjivanje grijehova, ali i pravi lijekovi. Kristu u poslu pomaže anđeo s mužarom na recepturnom stolu. Na dnu slike ispisan je goticom citat iz Biblije, Evanđelje po Mateju, primjerice: *Dodite k meni svi koji ste umorni i opterećeni, i ja ću vas okrijepiti.* [Lit.: D. L. Cowen, W. H. Hefland, *Pharmacy. An Illustrated History*, Harry N. Abrams, New York, str. 79-80; *Christus als Apotheker*, Katalog izložbe održane u Focke-Museum, Bremen (30. IX. – 2. II. 1975.)] [V. G.].

# Sadržaj

Upravljanje liječenjem ■ Ljekarnička skrb i Komora ■ Djelovanje ljekarnika u kontekstu komunikacije ■ Ljekarnička skrb kao dio liječenja ■ Ljekarnici poboljšavaju ishode liječenja ■ Etika kao stalan vodič djelovanja ■ Moralni problemi u struci ■ Rani tekstovi o ljekarničkoj skrbi ■ Ključni skup bilježaka (koncepti) – I ■ Potreba za stručnom praksom ■ Ljekarnička skrb kao stručna praksa ■ Ljekarnička skrb kao opća praksa ■ Ljekarnička skrb kao primarna zdravstvena skrb ■ Podrjetlo prakse ljekarničke skrbi ■ Ključni skup bilježaka (koncepti) – 2 ■ Definicija filozofije prakse ■ Filozofija prakse ljekarničke skrbi ■ Etika u praksi ■ Rječnik stručnog nazivlja u ljekarničkoj skrbi ■ Kazalo imena autora ■ Tekst uz čestitku

## Autorska prava

Niti jedan dio ove tiskovine ne smije se umnožavati, fotokopirati i na bilo koji način reproducirati bez nakladnikova pismenog dopuštenja.

## Suradnja

Urednik ima zadovoljstvo pozvati Vas na suradnju u časopisu Bilten HLJK, posebice da svojim priložima iz života ljekarništva uložite daljnje napore za dobrobit bolesnika i vlastite struke. Vaše će autorstvo biti zabilježeno u publikaciji. Prijedlozi se i tekstovi šalju na adresu Hrvatske ljekarničke komore.

## Oglašavanje

Reklama je u farmaciji djelatnost kojoj je svrha da posredstvom masovnih medija pridobijete stanovništvo na potrošnju farmaceutskih robnih marki, te da potičete ljekarničku uslugu. Vaši oglasi, kao pismene i slikovne obavijesti namijenjene informiranju svih ljekarnika, kao i ostalih građana u Republici Hrvatskoj, biti će otposlani na 3 200 adresa. Izvolite se obratiti HLJK u vezi uvjeta oglašavanja. Vašim oglasima utječete na vlastite poslovne rezultate i podupirate izlaženje i kvalitetu Biltena HLJK.

## ISSN

1846-1794

## SLIKA S NASLOVNICE

Dio crteža s tirocinalne diplome ljekarničkog zbora. Hugo Schams, Osijek, 1. listopada 1866.