

Primena sistema raspodele individualne terapije

Od suštinske važnosti za zemlje u tranziciji je definisanje strateških ciljeva reforme u zdravstvu i obezbeđenje uslova za kontinuirano poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite. Ključni značaj ima dalji razvoj i primena racionalne farmakoterapije u svakodnevnoj praksi u cilju poboljšanja kvaliteta, bezbednosti i efikasnosti lečenja u okviru postojećih finansijskih sredstava.

Od ukupnih prihoda jedne bolnice čak 30% odlazi na materijalne troškove poslovanja, od čega bar 50% na nabavku lekova¹. Tradicionalni sistem raspodele lekova u našim bolnicama podrazumeva postojanje centralne apoteke koja popunjava odeljenske zalihe lekova. Odeljenskim zalihama lekova pristup ima osoblje odeljenja koje ih prema svom znanju i savesti primenjuje kod bolesnika. U takvom sistemu nije moguće ostvariti punu kontrolu nad potrošnjom lekova jer se utrošak odeljenskih zaliha ne pravda prema pacijentima i njihovim dijagnozama, već samo na osnovu izveštaja o ukupno izdatim lekovima. Jedna od studija je utvrdila da gubitak lekova rasipanjem i sitnim otuđivanjem u bolnicama sa tradicionalnim sistemom iznosi 25-50%².

Sistem raspodele jedinične terapije (engl.: unit-dose system) je razvijen u univerzitetskim bolnicama Alove i Arkanzasa tokom 60-tih godina dvadesetog veka, a zatim primenjen u celoj Severnoj Americi i nekim zemljama Evrope: Španiji, Holandiji i Belgiji. Danas ga koristi čak 90% svih bolnica u SAD. U praksi se pokazalo da taj sistem (SRJT) donosi uštede na lekovima bolnici od 20 do 40%. Sistem funkcioniše tako što terapiju propisuje lekar specijalista, prepis terapije pre raspodele lekova kontrolišu klinički farmakolog i farmaceut u pogledu indikovanosti, doze, klinički značajnih interakcija i raspoloživosti, a zatim se odobrena terapija izdaje za svakog bolesnika pojedinačno^{3,4}. Ukoliko se terapija za sledeća 24h izdaje bolesniku tako što se svaka doza pakuje pojedinačno, onda se može reći da se radi o sistemu raspodele jedinične terapije. Ako se, pak, terapija za sledeća 24h izdaje bolesniku tako što se dnevna doza svakog leka pakuje pojedinačno, onda se može govoriti o sistemu raspodele individualne terapije, zapravo modifikaciji SRJT-a.

U oktobru 2001. godine na ginekološkom odeljenju Ginekološko-akušerske klinike KBC-a »Kragujevac« uveden je sistem raspodele individualne terapije (SRIT). Cilj naše studije je bio da utvrdi efekte SRIT na potrošnju lekova i kvalitet terapije.

Potrošnja lekova je merena kontinuirano pre primene SRIT u 2000. godini na ginekološkom odeljenju Ginekološko-akušerske klinike KBC-a »Kragujevac« u Kragujevcu prema metodologiji Svetske Zdravstvene Organizacije, koja kao jedinicu potrošnje uzima broj definisanih dnevnih doza na određen broj bolesničkih dana (obično 100 ili 1000)^{5,6}. Isti metod je primenjen za praćenje potrošnje posle uvođenja SRIT. Podaci korišćeni za izračunavanje potrošnje lekova pre uvođenja SRIT su bili godišnji izveštaji odeljenja, dok je posle uvođenja SRIT korišćen izveštaj odeljenja centralne apoteke zaduženog za ginekološko odeljenje.

Ginekološko odeljenje Ginekološko-akušerske klinike KBC-a »Kragujevac« u Kragujevcu ima 40 postelja sa popunjenošću od oko 85%. Za ovo odeljenje je formiran poseban odeljenje centralne apoteke (odeljenska apoteka) koji je vršio snabdevanje bolesnika u dvadeset četvoročasovnim ciklusima kroz sledeće korake:

1. Terapiju propisuje svojeručno ordinirajući lekar na temperaturno - terapijskoj listi.
2. Glavna sestra odeljenja na osnovu terapijskih lista sastavlja terapijski zahtev (u dve kopije) za sve bolesnike. Taj zahtev sadržava za sve bolesnike: ime, srednje slovo, prezime, godinu rođenja, broj sobe i kreveta, broj istorije bolesti, propisanu terapiju za 24h, dijagnozu bolesnika i datum. Terapijski zahtev potpisuje ordinirajući lekar i sestra.
3. Glavna sestra sačinjeni zahtev predaje farmaceutskom tehničaru odeljenske apoteke.
4. Farmaceutski tehničar zahtev odnosi kliničkom farmakologu i farmaceutu koji u timskom radu kontrolišu sledeće karakteristike: (a) da li su propisani lekovi zaista registrovani za tu indikaciju; (b) da li postoje neželjene interakcije između propisanih lekova; (c) da li su propisane doze adekvatne i (d) da li je lek raspoloživ. Ako je neka od ovih karakteristika neodgovarajuća, terapija za dotičnog bolesnika se ne izdaje, već se vraća ordinirajućem lekaru na ponovno propisivanje.
5. Farmaceutski tehničar zatim uzima propisanu i odobrenu terapiju za naredna 24h (uključujući jutarnju terapiju) i priprema je u odeljenskoj apoteci. Svaki lek za svakog bolesnika se pakuje u posebne kesice koje su označene sledećim oznakama: ime i prezime bolesnika, broj sobe i kreveta, broj istorije bolesti, doza leka, put primene i datum.
6. Pripremljenu terapiju farmaceutski tehničar predaje odeljenskoj sestri najkasnije do 11h, koja će je dati ili primeniti na bolesniku.

Za novoprimitljene pacijente na odeljenje do 15h postupak je isti. Za hitne slučajeve popodne ili noću, kada apoteka ne radi, je pripremljen set urgentne terapije smešten na dostupnom mestu. Posle zbrinjavanja pacijenta primenjena terapija se opravdava detaljnim izveštajem koji obuhvata sledeće podatke: ime, srednje slovo, prezime, godina rođenja, broj sobe i kreveta, broj istorije bolesti pacijenata, propisanu terapiju i dijagnozu pacijenta. Izveštaj potpisuju ordinirajući lekar i sestra. Utrošeni lekovi na ovaj način se dnevno završavaju.

Posle šest meseci primene SRIT iskustva su sledeća:

1. Snabdevanost bolesnika lekovima je bila bolja nego u prethodnom periodu jer je bila prisutna cela paleta lekova koji su zahtevali lekari odeljenja;
2. Vreme podele terapije nije bilo značajno produženo u odnosu na tradicionalni sistem raspodele;
3. Pronađeno je i ispravljeno 20 grešaka u propisivanju terapije pre nego što je ona primenjena;

