

Profesinės sąveikos vaistininkas–gydytojas ypatumai: situacijos analizė ir pacientų lūkesčiai

VILIJA GRINCEVIČIENĖ

Vilniaus pedagoginis universitetas, Studentų g. 39, LT-08106 Vilnius

El. paštas: gvilija@mail.tele2.lt

RAIMONDAS RADŽIŪNAS, ŠVITRIGAILĖ GRINCEVIČIENĖ

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas

El. paštas: rradziunas@med.kmu.lt; svitrigaile@gmail.com

JONAS GRINCEVIČIUS

Vilniaus pedagoginis universitetas, Studentų g. 39, LT-08106 Vilnius

El. paštas: jonas.grincevicius@vpu.lt

Straipsnyje aptariamas pakitęs vaistininko vaidmuo – nuo vaistų pardavėjo iki sveikatos priežiūros komandos nario, teikiančio farmacinę paslaugą ir farmacinę rūpybą, kurias atlikti kokybiškai įmanoma tik kartu su gydytoju. Profesinės sąveikos vaistininkas–gydytojas tikslas – saugesnė ir efektyvesnė farmakoterapija visiems visuomenės nariams (pacientams). Straipsnyje apžvelgiami profesinės sąveikos vaistininkas–gydytojas ypatumus atspindintys tyrimai užsienio šalyse, interviu su ekspertais (Lietuvos pacientų organizacijų vadovais), o gauta medžiaga analizuota turinio analizės metodu. Tyrimų rezultatai rodo, kad Lietuvoje, kaip ir Jungtinėse Amerikos Valstijose bei kitose Europos Sąjungos šalyse, gydytojo ir vaistininko profesinės bendradarbiavimu grįstos sąveikos reikmė, kurią lemia šalies socialinė realybė, auga. Glaudesnė profesinė vaistininko ir gydytojo sąveika, orientuota į individualios situacijos vertinimą ir efektyvesnę problemų sprendimą, labiau tenkintų ir Lietuvos pacientų lūkesčius.

Raktažodžiai: gydytojas, vaistininkas, pacientas, profesinė bendradarbiavimu grįsta sąveika

ĮVADAS

Vaistininko ir gydytojo bendradarbiavimu grįstos sąveikos idėją suformulavo Tarptautinė farmacijos federacija „Geros vaistinių praktikos nuostatuose“ (*International Pharmaceutical Federation*, 1997), kuriuose įtvirtinta vaistininko ir gydytojo bendradarbiavimo būtinybė. Geros vaistinių praktikos rekomendacijos yra inkorporuotos ir į Lietuvos Respublikos teisinį farmacijos sektoriaus veiklos reglamentavimą (Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymas Nr. V-494). Seniosiose Europos Sąjungos šalyse vaistininko vaidmuo yra išplėstas – kaip sveikatos priežiūros komandos narys jis dalyvauja ligų prevencijoje ir gydyme, atlieka pakartotinių receptų rašymą ir kontrolę, turi tinkamų žinių ne tik vaisto išdavimui, bet ir bendradarbiavimui su pacientu bei kitais sveikatos priežiūros komandos nariais (Vogler ir kt. 2006: 1). Taigi vaistininkas yra laikomas sveikatos priežiūros specialistu (Europos Komisijos rekomendacija 2009/824/EB). Jungtinėse Amerikos Valstijose vaistininkai ne tik konsultuoja, skiepia pacientus, bet ir dalyvauja prižiūrint lėtines ligas, taip pat nepageidaujamų reakcijų į vaistą stebėsenos,

farmakoterapijos klaidų prevencijos programose, vadovauja gydymo vaistais priežiūros programoms (Cooksey ir kt. 2002: 189). Gydytojai mažiau yra linkę individualią praktiką keisti į komandinį darbą, ypač pirminiame sveikatos priežiūros lygyje (Hansson ir kt. 2008: 5–16; Hindle ir kt. 2005: 94–104), nors būtent jų profesinis bendradarbiavimas su vaistininku padėtų užtikrinti saugesnį pacientų gydymą vaistais. Lietuvoje neatlikta tyrimų, atskleidžiančių pacientų lūkesčius gydytojo ir vaistininko profesinio bendradarbiavimo atžvilgiu, nėra ir skaičiavimų, vertinančių gydytojo ir vaistininko, teikiančio farmacinę paslaugą, bendradarbiavimo ekonominę naudą bei reikmę. Šio tyrimo tikslas – remiantis Lietuvos pacientų organizacijų vadovų nuomone, atskleisti pacientų lūkesčius, susijusius su gydytojo ir vaistininko bendradarbiavimu grįstos profesinės sąveikos reikme. Analizė yra paremta struktūrinio funkcionalizmo idėjomis, kad visuomenė yra vientisa, integrali socialinė sistema, susidedanti iš daugelio elementų, kurių kiekvienas atlieka konkrečią funkciją ir darniai funkcionuoja tarpusavyje sąveikaudami, o liga – disfunkcija (T. Parsonsas), taip pat socialinės kaitos teorija (R. Mertonas). Naudoti metodai:

1) teoriniai: medicininės, farmacinės, sociologinės, filosofinės, teisinės mokslinės literatūros apibendrinimas ir analizė pasirinktu aspektu;

2) empiriniai: ekspertų fokus grupė.

Diskusija su ekspertėmis – Lietuvos pacientų organizacijų vadovėmis (Lietuvos nefrologinių ligonių asociacija „Gyvastis“ (700 narių), Lietuvos diabeto asociacija (6 000 narių) bei Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (20 narių organizacijų), Lietuvos invalidų draugija (40 000 narių), Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija (11 000 narių)) – vyko Vilniuje 2007 m. gegužės 25 d. pagal iš anksto parengtą pusiau struktūrizuotą klausimyną. Duomenys apdoroti turinio analizės metodu.

REZULTATAI

Pacientų organizacijų vadovai negatyviai vertina vaistininko, kaip verslo siekiančio subjekto, vaidmenį. Situacijos, kai vaistininkas ima elgtis ne kaip sveikatos priežiūros specialistas ir komandos narys, o kaip verslininkas, mažina jo autoritetą pacientų akyse. Taigi pacientų organizacijų vadovai norėtų, kad vaistininkas pratęstų gydytojo darbą, padėdamas pasirinkti vaistą, o ne siektų kuo didesnio pelno: *Jei gydytojas siūlo nusipirkti ką nors peršalimui gydyti, pvz., paracetamolio, tai vaistinėje siūlo kažkokios vienos firmos brangesnį vaistą.* Galima teigti, kad konkretūs pacientų lūkesčių neatitinkantys pasiūlymai, liudijantys vaistininko ne kaip sveikatos priežiūros komandos nario, bet kaip verslo subjekto vaidmenį, pacientams kelia nusivylimą ir nepasitikėjimą. Vaistininko ekonominės naudos siekimas laikomas nepriimtiniu. Pacientai nori, kad vaistininkas, kaip ir įtvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. 494 „Dėl Geros vaistinių praktikos nuostatų patvirtinimo“, atstovautų jų socialiniams, ekonominiams interesams. Juk pagal Lietuvos Respublikos norminius aktus, prieš išduodamas vaistus, farmacijos specialistas privalo įvertinti socialinius, teisinius bei ekonominius aspektus (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 494). Įstatymo leidėjas nesukonkretina šių aspektų, tačiau galima teigti, kad įvertinimo tikslas yra optimalaus preparato, atitinkančio socialines, teisines ir ekonomines paciento sąlygas, parinkimas. Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 112 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo (pardavimo)“ pakeitimą Nr. V-409, siūlydamas vaistą vaistininkas privalo informuoti apie „to paties bendrinio pavadinimo ir tos pačios farmacinės formos (atsižvelgiant į stiprumą) vaistų kainas bei nustatytas priemokas ir pasiūlyti jam pigiausią iš to paties bendrinio pavadinimo, stiprumo ir farmacinės formos vaistų, už kuriuos priemoka mažiausia“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. 112 2010 m. pa-

keitimas Nr. V-409). Tyrimo dalyviai išreiškė nusivylimą tais atvejais, kai vaistininkas neprisiima sveikatos priežiūros specialisto vaidmens, bet elgiasi kaip verslo subjektas.

Kai tu žinai, kad tos pačios cheminės sudėties tau reikalingų vaistų yra įvairių ir kad šitas vaistas geresnis arba jis tau labiau tinka, o pabando pasiūlyti kitą – autoritetas iš karto krenta. Vaistinininkų siūlymai toli gražu ne visada būna sąžiningi pacientų atžvilgiu. Kam siūlyti brangesnį tokio pat poveikio vaistą, jei yra pigesnių?

Respondentai vieningai sutarė, kad vis dėlto vaistininko statusas yra ypatingas, įpareigojantis jį atstovauti paciento interesams ir prisidėti prie sveikatos priežiūros efektyvumo užtikrinimo.

Bet kuriuo atveju vaistininkas negali tapti pardavėju, jo konsultacija yra privaloma, o pacientas pats sprendžia, ar jam reikalinga kokia nors informacija. Tik sąžiningas ar pažįstamas vaistininkas gali pasakyti: nepirk šito brangaus vaisto, pirk pigesnį, jis lygiai toks pat geras ar kažkuo skiriasi. Kiek vaistininkas turi įtakos atskiriant objektyvią informaciją nuo reklamos? Galbūt turėtų keistis pati sistema, t. y. vaistinės valdžios politika ir požiūris, kad vaistininkas nebūtų spaudžiamas parduoti vieną ar kitą vaistą.

Ši problema išryškėja ir vartojant maisto papildus. Gyventojams nėra lengva laiku gauti individualią gydytojo konsultaciją, o vaistininkas, būdamas kompetentingas šioje srityje, gali padėti pacientams racionaliai pasirinkti maisto papildus. Pacientų organizacijų vadovų nuomone, pacientams ypač svarbus vaistininko, kaip sveikatos priežiūros komandos nario, vaidmuo. Jis gali padėti kartu su gydytoju įvertinti konkretaus maisto papildų poreikį ir apsaugoti pacientą nuo nereikalingo lėšų švaistymo. Respondentai pažymėjo, kad skirtinga informacija iš gydytojų ir vaistinininkų turi įtakos pasitikėjimui minėtais specialistais.

Po savaitgalio sveikatos laidų žmonės užplūsta vaistines pirkti reklamuotus papildus. Nugirdo kažkokį pavadinimą, o vaistininkas – tau reikia, nori – prašom. Didelė problema, kad žmones lengvai tampa reklamos aukomis ir sumoka didelius pinigus už to nevertus maisto papildus. Pvz.: reklamuojamas ir visų graibstomas papildas už 100 Lt, o gydytojas liepė vietoj to papildu geriau griekius valgyti.

Ekspertų teigimu, svarbu, kad informacija, gauta iš gydytojo ir vaistininko, sutaptų ir atitiktų jų interesus.

Vaistininkai čia galėtų būti objektyvios informacijos šaltinis, tik vargu ar tai yra įmanoma. Jei atėjo žmogus ir prašo parduoti kokį nekenksmingą maisto papildą, tai negi vaistininkas atkalbinės: gal tau jo nereikia, gal tu nepirk? Juk vaistinei ir vaistininkui svarbu, kad būtų pelnas.

Į gydytojo ir vaistininko profesinę sąveiką galima žvelgti kaip į vieną iš garantų, kad pacientas įsigis jam tinkantį produktą. Situacija tampa sudėtingesnė, jeigu gydytojas recepte nenurodo konkretaus vaisto pavadinimo. Respondentai pripažįsta, kad gydytojų palikta galimybė rinktis yra labai svarbi, nes vaistininkas, įvertinęs ekonomines ir socialines paciento sąlygas, gali parinkti tinkamą preparatą. Tačiau tam tikrais atvejais (žmogaus amžius), kai vartojamas konkretus preparatas arba vaistas, gydytojas tai turėtų pažymėti recepte.

Diabetu sergantis žmogus atsineša receptą, o ten parašyta – diagnostinės juostelės. Bet jis turi žinoti, koks jam aparatėlis reikalingas, nes kiekvienam tos juostelės yra skirtingos ir dažniausiai žmogus neatsimena, o vaistininkas sugaišta daug laiko – jis rodo ir tą dėžutę, ir kitą. Tokiu atveju pasirenka pats žmogus. Tačiau vaistininkas neturi teisės priimti, kai parsinešęs namo žmogus pamatė, kad ne tas. Kita situacija su tarptautiniais vaistų pavadinimais – dažnai žmogus neatsimena, kokio konkretaus vaisto jam reikia, prisimena tik, kad buteliukas žalias, o etiketė geltona.

O vaistininkas turi atspėti, koks konkretus vaistas reikalingas, pvz.: geltonas – „ekstrapidas“; žalias – „protofanas“ ir pan.

Šią problemą galima išspręsti vaistininko ir receptą išrašiusio gydytojo glaudesne sąveika.

Šiuolaikinė sveikatos priežiūros sistema yra hiperdiferencijuota: neretai pacientas gauna įvairių receptų iš skirtingų gydytojų specialistų arba jam reikia kartu su receptiniais vaistais vartoti ir nereceptinius preparatus. Respondentų nuomone, vaistininkai turėtų pratęsti gydytojo pradėtą konsultavimą farmakoterapijos klausimais.

Išduodamas nereceptinį vaistą vaistininkas turėtų paklausinėti žmogaus ir išpėti dėl gyvybei pavojingų dalykų – pagrindinės ar šalutinės reakcijos, sąveikos su jau vartojamais vaistais.

Lietuvos farmacijos specialistai dažniausiai nespėdžia netinkamo vaisto skyrimo problemos (39,56 % respondentų) (Kubilienė ir kt. 2006: 424–428). Šią problemą pastebi ir respondentai: jų manymu, vaistininkas turėtų būti sveikatos priežiūros komandos narys. Jam derėtų atlikti vartininko vaidmenį: padėti pacientui suderinti skirtingus preparatus, pakonsultuoti, jei kiltų kokių neaiškumų, susijusių su gydymu, ir įvertinti polifarmakoterapijos pavojų.

Vaistininkai turėtų labai atsakingai pakonsultuoti, pasidomėti žmogaus lėtinėmis ligomis ir pan. Duoda vaistus ir tavęs nepaklausia, ar tu šio neturi, ar ano neturi. Ypač dėl sąveikos su kitais vaistais informacijos beveik nėra. Anotacijoje perskaitai, kad šito vaisto negalima vartoti su kažkokia veikliąja medžiaga pavadinimu lotynišku, bet nežinai, ar tai yra pavadinimas vaisto, kurį tu galbūt vartoji.

REZULTATŲ APITARIMAS

Sveikatos sistemos stabilumo pagrindas yra išlaidų kontrolė ir didesnis veiksmingumas (Komisijos Komunikatas SEC Nr. 1195/4). Gydytojo ir vaistininko profesinė sąveika gali turėti įtakos bendram visuomenės sergamumui. Šių specialistų bendradarbiavimu grįsta profesinė sąveika gali padėti išspręsti kai kurias sveikatos problemas, sumažinti sveikatos priežiūros kaštus, nepakenkdama paciento interesams. Ligoninėje klinikinis farmacininkas, bendradarbiaudamas su gydytoju, gali sumažinti gydymo savikainą, parinkdamas pigesnius, tačiau taip pat efektyvius preparatus (De Rijdt ir kt. 2008). Vienas pagrindinių ir Lietuvos pacientų lūkesčių – kad vaistininkas atsižvelgtų į ekonominius aspektus. T. De Rijdt su kolegomis (2008) atliktas tyrimas atskleidė, kad šis bendradarbiavimas iki 66 % gali sumažinti lovardienų skaičių, klaidas receptuose ir nepageidaujamų reakcijų į vaistą dažnį, padeda išvengti papildomų išlaidų. Ekonominis vaistininko ir gydytojo bendradarbiavimo efektas priklauso nuo profesinių santykių pobūdžio bei tikslų – kuo daugiau atsakomybės už farmakoterapiją prisiima vaistininkas, tuo didesnę įtaką jis gali turėti gydymo kaštams (De Rijdt ir kt. 2008: 1161–1172). Pacientų organizacijų vadovai dažnai minėjo pageidavimą, kad gydymas būtų kuo ekonomiškesnis.

Gydytojo ir vaistininko bendradarbiavimo ekonominį efektą daug lengviau įvertinti stacionare nei pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Tačiau gydymas nesibaigia stacionaro teikiamomis paslaugomis, tinkamas jo pratęsimas ambulatorinėmis sąlygomis užtikrina tęstinę pacientų priežiūrą. Padidėja galimybė individui pačiam konstruoti ir taikyti atitinkamus elgsenos modelius siekiant greičiau įveikti ligą. Moksliniais tyrimais atskleista, kad, pateikus tinkamas rekomendacijas, galima sumažinti netinkamą vaistų vartojimo dažnį, pvz.: 2006 m. Vokietijoje atliktos prospektyvinės studijos duomenimis, vyresnių nei 70 metų pacientų grupėje pavyko sumažinti netinkamą vaistų vartojimą net 23 % (Laroche ir kt. 2006: 49–59). Kita vertus, rekomendacijos efektyvios tada, kai jos laiku ir vietoj pateikiamos, o pacientui yra prieinamos konsultacijos. Lietuvos pacientų organizacijų vadovai pažymėjo, kad

jiems lengviau pasikonsultuoti su vaistininku nei su gydytoju. JAV vaistinė taip pat yra viena iš labiausiai prieinamų įstaigų, teikiančių žmonėms sveikatos priežiūros paslaugas (Swu-Jan 2004: 301–309), todėl tinkamas gydytojo ir vaistininko bendradarbiavimas gali turėti įtakos efektyvesnei sveikatos priežiūrai. Tačiau ar vaistininko ir gydytojo bendradarbiavimas ambulatoriniu lygiu gali racionalizuoti ir atpiginti sveikatos priežiūrą? JAV atliktame tyrime apskaičiuota, kad vienas vaistininkas, nereceptinį vaistą pakeisdamas receptiniu, panaikindamas pasikartojančius gydytojų paskyrimus, nutraukdamas nereikalingų vaistų vartojimą, gali sutaupyti 324 dolerius pacientui per metus; 2000 m. JAV buvo sutaupyta 16,2 mln. dolerių, iš jų nemaža dalis gydytojų vizitams (Stubbings ir kt. 2005: 406). Panašūs tyrimai atlikti ir kai kuriose Europos Sąjungos valstybėse. 2006 m. Švedijoje (Westerlund, Marklund 2009: 319–327) atliktame tyrime nustatyta, kad vaistininkas, spręsdamas su vaistais susijusias problemas, pagerino gydymo efektyvumą (68 % atvejų), užkirto kelią ar sumažino vaistų sukeltas problemas (32 % atvejų), todėl 13 % pacientų neberekėjo kreiptis į šeimos gydytoją, 3 % išvengė hospitalizacijos. Tai padėjo nacionalinei Švedijos sveikatos sistemai sutaupyti 385 mln. eurų per metus. Lietuvoje nėra tokių skaičiavimų, bet Lietuvos pacientų organizacijų vadovai norėtų, kad vaistininkas pratęstų gydytojo pradėtą gydymą vaistais, konsultuodamas, padėdamas atsisakyti nereikalingų preparatų, racionalizuodamas gydymą. Vaistininko ir gydytojo bendradarbiavimas pirminės sveikatos priežiūros grandyje ne tik padeda sutaupyti, nes racionalizuojamas gydymas vaistais, sumažinamas vizitų pas gydytoją ir hospitalizacijų dažnis, bet ir pagerinama pacientų sveikatos būklė (Farris ir kt. 2004: 998–1003) – taigi išsaugomas darbingumas ir socialinis asmens funkcionavimas. Vaistininko ir gydytojo bendradarbiavimas svarbus ir esant sunkiai valdomai patologijai, pavyzdžiui, JAV vaistininko intervencija ambulatorinėje grandyje mažas pajamas gaunančių pacientų su širdies nepakankamumu grupėje hospitalizacijų dažnį sumažino 19,4 % ir sutaupė 2 960 dolerių per 9 mėnesius (Murray ir kt. 2007: 714). Gydytojo ir vaistininko bendradarbiavimo dėka II tipo cukrinio diabeto gydymas per 6 ir 12 mėnesių atpigo maždaug po 1,1 % – kainos vidurkis sumažėjo vidutiniškai 84 doleriais per 6 mėnesius, o per 12 mėnesių – 216 dolerių (Monte ir kt. 2009: 200–208).

JAV ir Europos Sąjungos mokslininkų atlikti tyrimai atskleidė, kad gydytojo ir vaistininko profesinė bendradarbiavimu grįsta sąveika gali turėti įtakos sveikatos priežiūros kaštams, prieinamumui ir saugumui. Kadangi kiekviena visuomenė turi ribotus žmogiškuosius išteklius, finansinius ir technologinius resursus, vaistininko ir gydytojo profesinė bendradarbiavimu grįsta sąveika yra vienas iš būdų, padedančių racionalizuoti pacientų gydymą ir priežiūrą.

Farmakoekonominiai naudos ir kainos santykio skaičiavimai negali visiškai atskleisti profesinės bendradarbiavimu grįstos sąveikos reikmės. Visuomenės poreikius galime vertinti priklausomai nuo įvairių filosofinių požiūrių ir joje istoriškai susiformavusių koncepcijų. Žvelgiant per utilitarizmo prizmę sveikata suvokiama kaip optimali būseną, o sergantis žmogus priklausomai nuo jo būklės papuola į spektrą tarp sveikatos ir mirties. Šiuo atveju vertinama gyvenimo kokybė ir kokybiškai praleisti gyvenimo metai, o liga suprantama kaip tam tikras procentinis gyvenimo kokybės praradimas. Toks požiūris yra būdingesnis anglosaksų tradicijai (Le Pen 2009: 121–123). Žemyninei tradicijai didesnę įtaką padarė George'o Cangiulhelo (1904–1995) filosofija, pagal kurią gyvenimas tęsiasi ir ligos metu, tačiau jis yra kitoks. Jo negalime vertinti kaip sveiko gyvenimo tam tikrą procentinį sumažėjimą, tai tiesiog kitoks gyvenimo būdas. Lygiai taip pat negalime traktuoti vargšų kaip tuos pačius turtingus asmenis, tik turinčius mažiau pinigų. Kiekvienas gyvenimo būdų – tiek gyvenimas turint sveikatos, tiek sergant – generuoja skirtingus funkcionavimus, kokybes ir vertybes (Le Pen 2009: 121–123). Kitas skirtumas tarp anglosaksų ir žemyninės sveikatos sistemų – jų

racionalizavimo būdai. Anglosaksų sistema siekia sistemos racionalizavimo, skaičiuojamas efektyvumas ir kaina, paverčiant į kainos ir naudos santykį. Tuo tarpu žemyninei sistemai didelę įtaką padarė socialistinė ir komunistinė ideologijos, todėl čia siekiama racionalizuoti sveikatos priežiūrą, tačiau gydymo būdas ar procedūra vertinama įrodymais grįstos medicinos kontekste (Le Pen 2009: 121–123). Įrodžius veiksmingumą, siekiama sumažinti terapijos kainą nekeičiant jos esmės. Efektyvumas nėra lyginamas su kaina, gydymas turi būti maksimaliai efektyvus už mažiausius įmanomus kaštus. Tuo tarpu anglosaksų sistema leidžia pasirinkti mažiau efektyvų gydymą, jei jis duos didesnę ekonominę naudą nei optimali terapija. Pažymėtina, kad Lietuvos pacientams priimtinesnė žemyninė sistema. Negalima kritikuoti nei vieno, nei kito modelio, nes juos lemia kultūriniai skirtumai, tačiau reikia pabrėžti, kad gydytojo ir vaistininko bendradarbiavimo reikmę reikia vertinti konkrečios visuomenės kontekste, atsižvelgiant į jos istoriją, kultūrą, galimybes ir poreikius.

IŠVADOS

Visuomenės, vientisos, integralios socialinės sistemos, susidedančios iš daugelio elementų, atliekančių konkrečią funkciją, darnų funkcionavimą užtikrina derama visų elementų tarpusavio sąveika. Visuomenės nariai (individai ar žmonių grupės), sergantys ar neįgalūs, naudojami savitomis elgsenos formomis (modeliais) ir atitinkamai aktualizuoja profesinę vaistininko ir gydytojo sąveiką.

Lietuvos pacientų organizacijų vadovų nuomone, glaudesnė vaistininko ir gydytojo profesinė bendradarbiavimu grįsta sąveika, orientuota į individualios situacijos vertinimą ir problemų sprendimą, labiau tenkintų pacientų lūkesčius. Lūkesčių analizė atskleidė pageidavimą, kad gydytojas ir vaistininkas kartu siektų efektyvaus ir racionalaus gydymo už mažiau- siai įmanomą kainą.

Gauta 2010 09 03

Priimta 2010 10 15

Literatūra

1. Cooksey, J. A.; Knapp, K. K.; Walton, S. M.; Cultice, J. M. 2002. "Challenges to the pharmacist profession from escalating pharmaceutical demand", *Health affairs* 21(5): 186.
2. De Rijdt, T.; Willems, L.; Simoens, S. 2008. "Economic effects of clinical pharmacy interventions: a literature review", *American Journal of Health-System Pharmacy* 65(15): 1161–1172.
3. Europos Komisija. 2009. „Europos Komisijos rekomendacija 2009/824/EB dėl Tarptautinio standartinio profesijų klasifikatoriaus (ISCO-08) naudojimo. 2009 m. spalio 29 d.“ *Europos komisijos rekomendacija. L 292/31*. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:292:0031:0047:LT:PDF> (žiūrėta 2010 04 13).
4. Farris, K. B.; Cote, I.; Feeny, D.; Johnson, J. A.; Tsuyuki, R. T.; Brilliant, S.; Dieleman, S. 2004. "Enhancing primary care for complex patients. Demonstration project using multidisciplinary teams", *Canadian Family Physician* 50(7): 998–1003.
5. Hansson, A.; Friberg, F.; Segesten, K.; Gedda, B.; Mattsson, B. 2008. "Two sides of the coin – 'General Practitioners' experience of working in multidisciplinary teams", *Journal of Interprofessional Care* 22(1): 5–16.
6. Hindle, D.; Yazbeck, A. M. 2005. "Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey", *Australian Health Review* 29(1): 94–104.
7. Konsultacija dėl Bendrijos veiksmų sveikatos paslaugų srityje. „Komisijos Komunikatas SEC (2006) 1195/4“. *Europos Bendrijų Komisija*. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_comm2006_lt.pdf (žiūrėta 2010 04 13).
8. Kubilienė, L.; Liukenskytė, S.; Savickas, A.; Jurėnienė, K. 2006. „Vaistų vartojimo problemų tyrimas Lietuvos vaistinėse“, *Medicina* 42(5): 424–428.
9. Laroche, M. L.; Charnes, J. P.; Nouaille, Y.; Fourrier, A.; Merle, L. 2006. "Impact of hospitalisation in an acute medical geriatric unit on potentially inappropriate medication use", *Drugs and Aging* 23(1): 49–59.

10. Le Pen, C. 2009. "Is there a "continental" view of health economics evaluation?", *The European Journal of Health Economics* 10(2): 121–123.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 112 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo (pardavimo)“ pakeitimas Nr. V-409, *Valstybės žinios*. 2010. Nr. 55-2709.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 15 d. įsakymas Nr. V-494 „Dėl geros vaistinių praktikos nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*. 2007. Nr. 68-2690.
13. Monte, S. V.; Slazak, E. M.; Albanese, N. P.; Adelman, M.; Rao, G.; Paladino, J. A. 2009. "Clinical and economic impact of a diabetes clinical pharmacy service program in a university and primary care-based collaboration model", *Journal Of The American Pharmacists Association* 49(2): 200–208.
14. Murray, M. D.; Young, J.; Hoke, S.; Wanzhu, T.; Weiner, M.; Morrow, D.; Stroupe, K. T.; Jingwei, W.; Clark, D.; Smith, F.; Gradus-Pizlo, I.; Weinberger, M.; Craig, B. D. 2007. "Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure", *Annals of Internal Medicine* 146(10): 714.
15. Stubbings, T.; Miller, C.; Humpries, T. L.; Nelson, K. M.; Helling, D. K. 2005. "Telepharmacy in a health maintenance organization", *American Journal of Health-System Pharmacy* 62(4): 406.
16. Swu-Jane, L. 2004. "Access to community pharmacies by the elderly in Illinois: A geographic information systems analysis", *Journal of Medical Systems* 28(3): 301–309.
17. The Tokyo Declaration. 1993. Standards for quality of pharmacy services (FIP Guidelines for Good Pharmacy Practice, September 1993) and revised version FIP / WHO GPP. 1997. *International Pharmaceutical Federation (FIP)*. Prieiga per internetą: http://www.fip.nl/www/uploads/database_file.php?id=261&table_id= (žiūrėta 2010 04 13).
18. Vogler, S.; Danielle, A.; Claudia, H. 2006. *Community Pharmacy in Europe. Lessons from deregulation – case studies*. Vienna: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen Austrian Health Institute.
19. Westerlund, T.; Marklund, B. 2009. "Assessment of the clinical and economic outcomes of pharmacy interventions in drug-related problems", *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 34(3): 319–327.

VILIJA GRINCEVIČIENĖ, RAIMONDAS RADŽIŪNAS,
ŠVITRIGAILĖ GRINCEVIČIENĖ, JONAS GRINCEVIČIUS

Peculiarities of the physician–pharmacist professional interaction: analysis of situation and expectations of patients

Summary

The role of pharmacist has changed from that of a drug seller to a health care team member. For this reason, the necessity of collaboration between the physician and the pharmacist becomes more relevant. The goal of this collaboration is a safe pharmacotherapy for patients, so it is important to analyze the expectations of Lithuanian patients as regards this professional collaboration. The aim of the research was to analyze the needs of patients concerning the physician–pharmacist working relationship in primary care. A focus group interview of leaders of Lithuanian patient organizations was performed, and their opinion about expectations of Lithuanian patients have been analyzed by the content analysis method. Leaders of Lithuanian patient organizations felt that a closer collaboration oriented towards the evaluation of a patient's situation and a more effective solution of the problem would better meet Lithuanian patients' aspirations. The analysis of expectations showed that an optimal treatment at the lowest cost is prioritized.

Key words: physician, pharmacist, patient, professional collaboration, professional interaction