

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA FARMACIJO**

MAGISTRSKA NALOGA

VENCESLAVA BAVČAR

LJUBLJANA, 2011

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA FARMACIJO**

VENCESLAVA BAVČAR

**MORALNA STISKA V POVEZAVI Z ETIČNIMI
DILEMAMI MED SLOVENSKIMI LEKARNIŠKIMI
FARMACEVTI IN VREDNOTENJE NJIHOVE ETIČNE
USPOSOBLJENOSTI**

**MORAL DISTRESS RELATED TO ETHICAL
DILEMMAS AMONG SLOVENE COMMUNITY
PHARMACISTS: EVALUATING ETHICAL
COMPETENCE**

MAGISTRSKA NALOGA

LJUBLJANA, 2011

IZJAVA

Izjavljam, da sem magistrsko nalogo izdelala samostojno pod mentorstvom prof. dr. Aleša Mrharja.

Ljubljana, marec 2011

Komisija za oceno in zagovor:

zasl. prof. dr. Aleš Krbavčič, predsednik

prof. dr. Aleš Mrhar, mentor

akad. prof. dr. Jože Trontelj, član

Kazalo

Povzetek	VII
Abstract	VIII
Seznam kratic	IX
1 Uvod.....	1
1.1 Kognitivne storitve v javni lekarni.....	1
1.1.1 Farmacevtska skrb	2
1.1.2 Težave, povezane z zdravili (DRP)	2
1.1.3 Ovire pri uvajanju farmacevtske skrbi v javne lekarne.....	3
1.1.4 Merjenje obsega izvajanja farmacevtske skrbi v javnih lekarnah.....	5
1.1.5 Informiranje in svetovanje ob izdaji zdravil	7
1.1.6 Spremljanje zadovoljstva bolnikov s storitvami v lekarni	8
1.2 Kompetence lekarniških farmacevtov.....	8
1.2.1 Upravljanje s kompetencami	8
1.2.2 Kompetenčni model	9
1.2.3 Raziskave na področju kompetenc lekarniških farmacevtov	10
1.2.4 Leavitt-ov model organizacije	14
1.2.5 Uvajanje novih storitev v lekarne	16
1.3 Lekarniška etika	17
1.3.1 Definicija etične dileme	17
1.3.2 Etika in normativni sistemi	18
1.3.3 Etika in dober nasvet.....	19
1.3.4 Nivoji etičnega odločanja	20
1.3.5 Reševanje etičnih dilem lekarniških farmacevtov	22
1.3.6 Etični kodeks farmacevtov.....	23
1.4 Moralna stiska lekarniških farmacevtov	23
1.4.1 Definicija moralne stiske	23
1.4.2 Merjenje moralne stiske.....	23
1.4.3 Razlogi moralne stiske.....	24
1.4.4 Pregled etičnih dilem lekarniških farmacevtov.....	26
1.4.5 Razlogi za neukrepanje ob moralni stiski	27
2 Namen dela.....	28
3 Metode dela	30
3.1 Izračun indeksa farmacevtske skrbi	30
3.2 Izbor metode anketiranja.....	32
3.2.1 Vsebinska zasnova vprašalnika	32
3.2.2 Oblikovna zasnova vprašalnika	32
3.2.3 Zbiranje podatkov	33
3.2.4 Izračun in predstavitev rezultatov povprečne ocene pogostosti zaznavanja etičnih dilem in pojavljanja moralne stiske pri lekarniških farmacevtih	33
3.2.5 Zanesljivost in veljavnost merskih inštrumentov.....	33

3.3 Statistična analiza.....	34
4 Rezultati	35
4.1 Zanesljivost merskih inštrumentov	35
4.2 Splošni podatki vzorca	35
4.3 Kognitivne storitve ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje.....	37
4.4 Indeks farmacevtske skrbi.....	38
4.5 Najpogostejše in najpomembnejše etične dileme med farmacevti.....	39
4.6 Pomembnost razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko in pogostost razlogov za neukrepanje	42
4.7 Povprečna ocena pogostosti etičnih dilem in stopnje moralne stiske.....	43
4.8 Pregled povezanosti med glavnimi sklopi vprašalnika	44
4.9 Preverjanje hipotez.....	44
4.9.1 Prvi regresijski model	49
4.9.2 Drugi regresijski model	50
4.9.3 Tretji regresijski model.....	51
4.9.4 Četrti regresijski model.....	51
4.9.5 Peti regresijski model.....	51
4.10 Rezultati preverjanja hipotez.....	53
5 Razprava	55
5.1 Omejitve raziskave.....	55
5.2 Kognitivne storitve v slovenskih lekarnah	56
5.3 Pogostost zaznavanja in pomembnost etičnih dilem med lekarniškimi farmacevti	58
5.3.1 Spremljanje etične usposobljenosti lekarniških farmacevtov	59
5.3.2 Predlog vprašalnika za spremljanje etične usposobljenosti lekarniških farmacevtov.....	60
5.4 Stopnja moralne stiske med lekarniškimi farmacevti.....	61
5.5 Pogostost in pomembnost razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko	62
6 Zaključek.....	64
7 Literatura in viri.....	65
8 Priloge.....	68
8.1 Priloga A: Vprašalnik za magistre farmacije	68
8.2 Priloga B: Tabele statistične obdelave	73
8.3 Priloga C: Predlog obrazca za poročanje o DRP.....	79

Kazalo slik

Slika 1: Algoritem izvajanja kognitivnih storitev v lekarni.....	1
Slika 2: Notranja struktura kompetence.....	10
Slika 3: Konstelacija ključnih kompetenc.....	10
Slika 4: Procesni model protokola izdaje zdravil na recept v Sloveniji.....	12
Slika 5: Leavitt-ov model organizacije.....	16
Slika 6: Shematski prikaz normativnih sistemov.....	19
Slika 7: Pogostost kognitivnih storitev glede na demografske podskupine.....	50
Slika 8: Pogostost razlogov za neukrepanje ob moralni stiski glede na demografske podskupine.	52
Slika 9: Ugotovljene povezave med spremenljivkami z regresijsko analizo ($p < 0,05$).....	53
Slika 10: Povezava med pogostostjo etičnih dilem in stopnjo moralne stiske, ki jo povzročajo.....	62

Kazalo tabel

Tabela 1: Razdelitev težav, povezanih z zdravili.....	3
Tabela 2: Možne intervencije pri izdaji zdravil.....	3
Tabela 3: Možni rezultati intervencije pri izdaji zdravil.....	3
Tabela 4: Razčlenitev FS po posameznih fazah.....	6
Tabela 5: Izbrani kazalniki za oceno izvajanja FS v slovenskih lekarnah.....	7
Tabela 6: Ključne kompetence.....	9
Tabela 7: Razlog obiska lekarne.....	20
Tabela 8: Nivoji etičnega odločanja.....	21
Tabela 9: Predlagani koraki reševanja etičnih dilem.....	22
Tabela 10: Dogodki v lekarni, ki lahko sprožijo etično dilemo (ED).....	26
Tabela 11: Razlogi za neukrepanje ob moralni stiski.....	27
Tabela 12: Izračun indeksa FS glede na razvitost posameznih kazalnikov.....	31
Tabela 13: Zanesljivost merskih inštrumentov.....	35
Tabela 14: Deskriptivni podatki o udeležencih.....	36
Tabela 15: Deskriptivni podatki zaposlenih v sodelujočih lekarnah.....	37
Tabela 16: Deskriptivni podatki o pogostosti kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje.....	38
Tabela 17: Deskriptivni podatki o spremenljivkah potrebnih za izračun indeksa FS.....	38
Tabela 18: Deskriptivni podatki o kazalnikih in indeksu FS.....	39
Tabela 19: Deskriptivni podatki o mnenju farmacevtov o izvajanju FS v lekarnah.....	39
Tabela 20: Deskriptivni podatki o razvrstitvi etičnih dilem po pomembnosti.....	40
Tabela 21: T-test o razvrstitvi etičnih dilem po pomembnosti.....	41
Tabela 22: Deskriptivni podatki o razvrstitvi etičnih dilem po pomembnosti.....	42
Tabela 23: Deskriptivni podatki o pomembnosti razlogov za neukrepanje ob moralni stiski.....	43
Tabela 24: Deskriptivni podatki o pogostosti razlogov za neukrepanje ob moralni stiski.....	43
Tabela 25: Prevedba rezultatov v razpon med 0 in 100 za vsoto vseh 30 vprašanj sklopa B.....	43
Tabela 26: Pregled povezanosti med glavnimi sklopi vprašalnika.....	44
Tabela 27: Pregled pogostosti pojavljanja in rangiranje posameznih etičnih dilem ter stopnje moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči.....	46
Tabela 28: Test normalne porazdelitve.....	47
Tabela 29: Koeficient korelacije med izvedenimi in demografskimi spremenljivkami.....	48
Tabela 30: Regresijske analize.....	49
Tabela 31: Deskriptivni podatki o pogostosti pojavljanja etičnih dilem pri delu.....	73
Tabela 32: Deskriptivni podatki o stopnji moralne stiske, ki jo etična dilema povzroči.....	74
Tabela 33 - 36: Koeficienti korelacije.....	75

Povzetek

Od tradicionalne vloge priprave in izdaje zdravil v lekarnah, ki jo je razvoj farmacevtske industrije premaknil predvsem k izdaji, je koncept farmacevtske skrbi oz. kognitivnih storitev v javnih lekarnah definiran kot proces, sestavljen iz postavitve terapevtskega odnosa z bolnikom, ki vključuje prek intervjuja in dostopnih podatkov prepoznavo težav, povezanih z zdravili in zdravljenjem, izdelavo in izvajanje za bolnika specifičnega načrta za rešitev prepoznanih težav (intervencija), izvajanje spremljanja zdravljenja z zdravili ter dokumentiranje vseh aktivnosti. Težišče farmacevtske prakse v javnih lekarnah je potrebno premakniti od izdaje zdravil (produktov) k storitvam, ki zagotavljajo ustrezno, učinkovito, varno in bolniku prilagojeno zdravljenje z zdravili.

Spletni vprašalnik smo posredovali po elektronski pošti v vse slovenske lekarne. Nanj je v celoti odgovorilo 74 (24%) lekarniških farmacevtov. Podatke smo analizirali s pomočjo programskega paketa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences ver. 13).

Z raziskavo smo želeli obvretnoti vključevanje kognitivnih storitev v proces izdaje zdravil preko indeksa farmacevtske skrbi (FS indeks) in vpliv različnih dejavnikov na pogostost izvajanja posameznih storitev.

Rezultati kažejo, da je najpogostejša storitev ob izdaji zdravila ustna in pisna informacija o pravilnem jemanju zdravila ($M = 4,7 \pm 0,94$), med pogostimi je tudi preverjanje razumevanja posredovanih informacij ($M = 3,6 \pm 1,51$). Slovenski lekarniški farmacevti redkeje skupaj z bolnikom definirajo terapevtske cilje zdravljenja z zdravili ($M = 2,7 \pm 1,66$) in še bolj redko spremljajo njihovo doseganje ($M = 1,9 \pm 1,62$), najredkeje pa dokumentirajo izdajo ($M = 0,7 \pm 1,44$). Iz dobljenih podatkov smo izračunali indeks FS, izražen v odstotku maksimalne možne ocene, v vrednosti $44,5 \pm 7,2\%$.

Izračun koeficienta korelacij pokaže, da je pogostost izvajanja kognitivnih storitev pozitivno zelo povezana z lastništvom lekarne ($R = 0,310$; $P = 0,005$) in številom zaposlenih farmacevtov v lekarni ($R = 0,253$; $P = 0,024$), malo manj pa z delovno dobo farmacevtov.

V drugem delu vprašalnika smo merili pogostost pojavljanja 30-ih dogodkov in situacij, glede na literaturne podatke prepoznanih kot vzrok etičnih dilem, ki lahko vodijo v moralno stisko lekarniških farmacevtov. Ocenili smo tudi stopnjo moralne stiske ob posameznem dogodku ali situaciji in razloge za neukrepanje farmacevta ob moralni stiski.

Skoraj polovica navedenih dogodkov ali situacij (13) je vzrok vsaj zmerne moralne stiske ($M \geq 3,0$) in/ali je njihovo pojavljanje več kot občasno ($M \geq 3,0$) na pet stopenjski lestvici. Stopnja moralne stiske pri delu lekarniških farmacevtov je v negativni povezavi s številom dni strokovnega izobraževanja farmacevtov ($R = -0,258$; $P = 0,023$) in je povezana z lastništvom lekarne. Pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob moralni stiski je povezana z lastništvom lekarne ($R = -0,243$; $P = 0,033$), delovno dobo farmacevtov in z njihovim namenom zamenjave službe.

Rezultati raziskave so uporabni za oceno etične usposobljenosti lekarniških farmacevtov in predlaganje ustreznega psihometričnega testa, orodja, s katerim bi le-to lahko učinkovito in zanesljivo spremljali.

Abstract

Pharmacists' cognitive services are patient-oriented services that focus on optimizing drug therapy. The practice of pharmaceutical care incorporates numerous cognitive services. In general, they include the following components: patient information, prospective drug use review and patient counseling. These services help assure that the patient's drug therapy is appropriate, safe, effective, and convenient.

The Web survey questionnaire was sent to all of slovenian community pharmacies. A total of 74 (24%) questionnaires were completed. Data were analysed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences ver. 13).

The first purpose of our study was to evaluate the current provision of pharmaceutical care by community pharmacists, develop an instrument for measuring pharmaceutical care index (PC-index), and evaluate the impact of a range of factors that could affect its provision.

The present findings suggest that pharmacists routinely provided verbal and written drugs informations ($M = 4,7 \pm 0,94$) and also verified patient understanding ($M = 3,6 \pm 1,51$), but infrequently documented activities related to patient care. The lowest mean scores were achieved in documentation ($M = 0,7 \pm 1,44$), patient assessment and implementation of therapeutic objectives ($M = 2,7 \pm 1,66$) and monitoring plan domains ($M = 1,9 \pm 1,62$). Scores for the PC-index were calculated by adding up individual item scores. The mean total PC-index achieved by pharmacists, expressed as a percentage of the total score achievable, was $44,5 \pm 7,2\%$.

There were several significant relationships between the respondents' demographic characteristics and the provision of pharmaceutical care: PC was more extensive when there was a higher number of pharmacists employed ($R = 0,253$; $P = 0,024$), in private pharmacies ($R = 0,310$; $P = 0,005$) and in pharmacies that were staffed by older pharmacists.

Pharmacy, like other health care professions, is both a knowledge-based and a value-based profession. Moral distress arises when the pharmacist believes he/she knows the morally desirable course of action to take, but is not able to implement the decision due to institutional, organizational or economic constraints.

The second objective of our study was to construct a survey consisting of 30 items describing potentially distressing situations, based on past research literature. We wanted to determine the influence of demographic characteristics of slovenian community pharmacists to ethical dilemmas and moral distress. For each situation, respondents rated the frequency of its occurrence and the degree of resulting distress. At the end of the survey, we included six items regarding reasons for not taking action in the face of distressing situations.

Almost one-half (13) of the situations caused at least more than moderate distress ($M \geq 3,0$) or/and had a mean frequency greater than 3,0 in the five-point rating scale. There were also two significant relationships between the respondents' demographic characteristics and the degree of moral distress: the pharmacy type (public/ private) and numbers of days per year of postgraduate continuing education ($R = -0,258$; $P = 0,023$). Reasons for not taking action in the face of distressing situations correlated with the pharmacy type ($R = -0,243$; $P = 0,033$), years of pharmacy work experience and job turnover intention of community pharmacists.

Results of our study can be used to develop psychometric measure of cognitive moral development in professional ethics in pharmacy.

Seznam kratic

ANOVA	=	Analysis of variance
APhA	=	American pharmacist association
BPCS	=	Behavioral pharmaceutical care scale
CCUTU	=	correct, clear, unambiguous, topical, understandable
CPD	=	continuing professional development
DeSeCo	=	Definition and selection of competences
DM	=	delovno mesto
DRP	=	drug related problem
DTP	=	drug therapy problem
EMA	=	Eldery medication analysis
FIP	=	International pharmaceutical federation
FS	=	farmacevtska skrb
GP	=	good practice (dobra praksa)
HMR	=	The home medicines review
ICPC	=	International classification of primary care
IT	=	Information technology
QCPP	=	The quality care pharmacy program
LZS	=	Lekarniška zbornica Slovenije
OBRA 90	=	Omnibus budget reconciliation act of 1990
MTM	=	medication therapy management
OECD	=	Organisation for economic co-operation and development

OTC	=	over-the-counter
PCNE	=	Pharmaceutical Care Network Europe Foundation
PGEU	=	Pharmaceutical Group of the European Union
PSPSQ	=	Patient satisfaction with pharmacy services questionnaire
RPSGB	=	The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain
Rp	=	recept
SFD	=	Slovensko farmacevtsko društvo
SOP	=	splošni operacijski postopek
SPSS	=	Statistical package for the social sciences
TOM	=	Therapeutic outcomes monitoring
WHO	=	World health organization

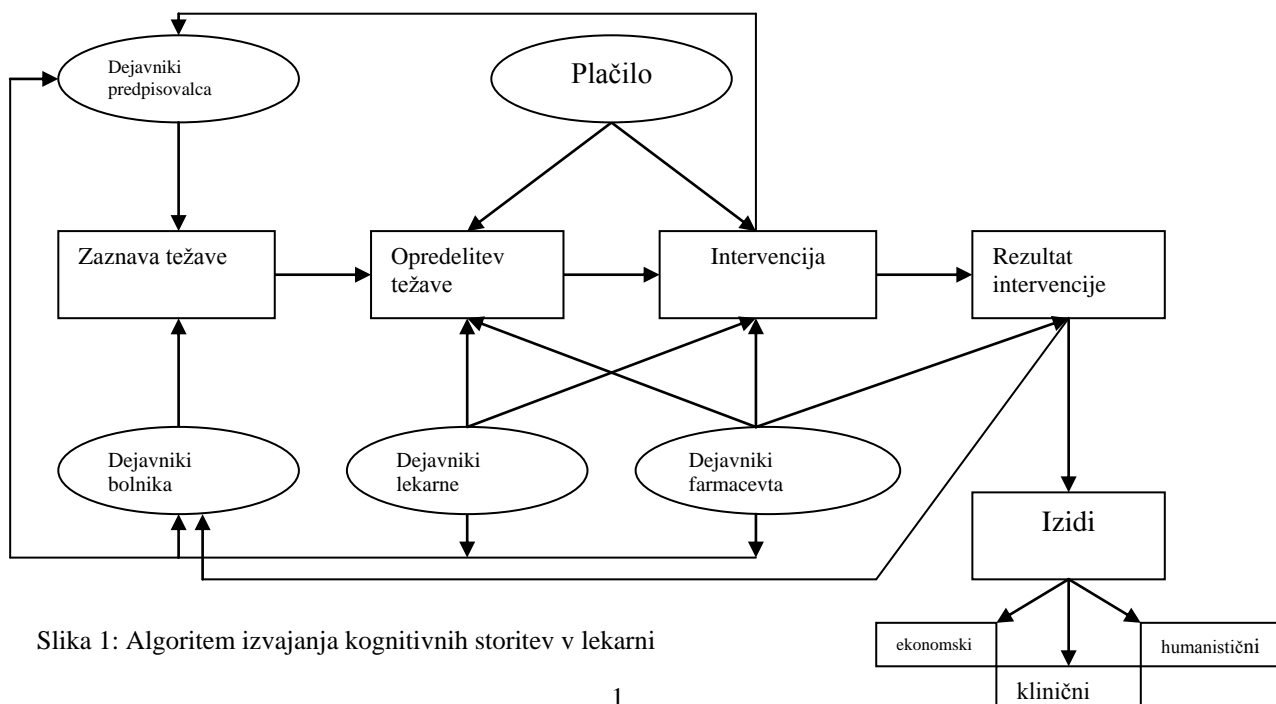
1 Uvod

Lekarniška dejavnost je del zdravstvene dejavnosti, ki zagotavlja preskrbo prebivalstva ter zdravstvenih zavodov in drugih organizacij z zdravili (1). Gospodarske, družbene, socialne in tehnološke spremembe pogosto postavljajo lekarniške farmacevte pred izbiro med strokovnim in etičnim delovanjem ter poslovnimi cilji lekarn (2). Večino gradiva v zvezi z lekarniško etiko predstavljajo nacionalni kodeksi (3). Področje etičnih dilem, ki lahko vodijo v moralno stisko farmacevtov je slabo raziskano. Moralna stiska pa sproža zapletena vprašanja o organizaciji in upravljanju dela v lekarnah (4). Glavna področja raziskovanja so, kako se najbolje naučiti, razvijati in posodabljati kompetence lekarniškega farmacevta, ocenjevanje etične usposobljenosti ter kako poslovno okolje in sistemi nagrajevanja vplivajo na etične kompetence lekarniških farmacevtov (3).

1.1 Kognitivne storitve v javni lekarni

Od tradicionalne vloge priprave in izdaje zdravil v lekarnah, ki jo je razvoj farmacevtske industrije premaknil predvsem k izdaji, je koncept kognitivnih storitev v lekarnah definiran kot proces, sestavljen iz:

- postavitve terapevtskega odnosa z bolnikom prek intervjuja in dostopnih podatkov npr. iz kartice zdravstvenega zavarovanja;
- zbiranja podatkov, potrebnih za prepoznavo težav, povezanih z zdravili in zdravljenjem (DRP = drug related problem, DTP = drug therapy problem);
- izdelave in izvajanja za bolnika specifičnega načrta za rešitev zaznanih težav, povezanih z zdravili in zdravljenjem (intervencija);
- izvajanja spremljanja zdravljenja z zdravili ter
- dokumentiranja vseh aktivnosti (5), kar prikazuje slika 1.



Slika 1: Algoritem izvajanja kognitivnih storitev v lekarni

Da naj se težišče dela lekarniškega farmacevta premakne od same izdaje zdravil, produktov farmacevtske industrije, k celoviti storitvi, ki zagotavlja pozitivne izide uporabe zdravil, je izraženo že v Resoluciji Odbora ministrov Sveta Evrope ResAP (97)2. Potrebno je povečati vlogo farmacevta pri zagotavljanju varne in učinkovite rabe zdravil skladno z opredelitvami v evropskem dokumentu ResAP(2001)2 (6).

Kognitivne storitve farmacevtov se lahko razvrstijo v naslednje glavne skupine:

-farmacevtska skrb in

-sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci pri oskrbi bolnikov po napisanih protokolih in vnaprej določenimi pogoji ter

-neposredno vodenje zahtevnejšega zdravljenja bolnikov z zdravili, ko se le-ti zdravijo doma (7).

Tudi Pravilnik o izvajanju lekarniške dejavnosti (8) v 3. členu navaja strokovna dela, ki se lahko opravljajo v lekarni in so del tako imenovanih kognitivnih storitev. Za javne lekarne sta pomembnejši prvi dve navedeni:

-izvajanje svetovalne in strokovno informativne dejavnosti s področja uporabe zdravil in medicinskih pripomočkov in sredstev za varovanje zdravja,

-izvajanje farmacevtske skrbi,

-izvajanje oskrbe bolnikov na domu z zdravili, ki se smejo uporabljati le v bolnišnici,

-izvajanje znanstveno in strokovno raziskovalnega dela,

-sodelovanje pri kliničnih študijah,

-sodelovanje v zdravniškem timu pri izbiri zdravil in medicinskih pripomočkov,

-spremljanje neželenih škodljivih učinkov zdravil in medicinskih pripomočkov,

-spremljanje uvajanja novih zdravil in predlaganje njihove uporabe zdravnikom.

1.1.1 Farmacevtska skrb

Pravilnik o izvajanju lekarniške dejavnosti (8) v 2. členu opredeljuje farmacevtsko skrb (FS) kot odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili za doseg pozitivnih končnih izidov, katerih namen je optimirati bolnikovo kakovost življenja povezano z zdravjem, kar je skladno s Hepler–Strandovo definicijo FS, ki je povzeta tudi v Tokijski deklaraciji FIP-WHO (International pharmaceutical federation-World health organization) septembra 1993. APhA (American Pharmacist Association) pa je leta 2004 razširila definicijo FS kot farmacevtsko prakso, ki zahteva farmacevtovo delo v sodelovanju z bolnikom in ostalimi zdravstvenimi sodelavci v preprečevanju bolezni, ocenitvi, spremljanju in prilagajanju uporabe zdravila na način, da je uporaba varna in učinkovita. Cilj je optimirati bolnikovo kvaliteto življenja in doseči pozitivni klinični učinek z realnimi ekonomskimi stroški. Kot navajajo raziskave je FS v javnih lekarnah do sedaj bolj izraz strokovnih ambicij posameznikov kot realnost (7). Več FS se izvaja v podeželjskih lekarnah, v neodvisnih lastniških lekarnah ter v lekarnah v medicinskih centrih. Vodenje dokumentacije pa je močno povezano s finančno nagrado za to delo. Stopnja dokumentiranih intervencij je 0,7 do 2,4 na 100 izdanih receptov (Rp). Več FS se izvaja v lekarnah z manj izdanimi Rp: večji delež izdaje na Rp sicer poveča obseg FS, (pre)velik obseg izdaje na Rp pa negativno vpliva na izvajanja FS in vodenje dokumentacije. V lekarnah z več zaposlenimi farmacevti se FS bolj pogosto izvaja. Tudi število zaposlenih farmacevtskih tehnikov vpliva na obseg izvajanja FS kot tudi razmerje med delovnim časom farmacevta in urami izdajanja zdravil na Rp (9).

1.1.2 Težave, povezane z zdravili (DRP)

Z zdravili povezane težave lahko razdelimo v tri kategorije: težave v zvezi s predpisom zdravila, težave z zdravilom in težave v zvezi z bolniki, kar je prikazano v tabeli 1 (5).

Evropska mreža za farmacevtsko skrb (PCNE, Pharmaceutical Care Network Europe Foundation) skrbi za vzdrževanje in posodabljanje enotne klasifikacije težav, povezanih z zdravili (PCNE Classification of Drug related problems). Trenutno je veljavna verzija 6.2, ki je dostopna na spletnem naslovu <http://www.pcne.org> in namenjena v raziskovalne namene dokumentiranja DRP-jev ter izvedenih farmacevtskih intervencij ob izvajanju FS v lekarnah.

Tabela 1: Razdelitev težav, povezanih z zdravili

težave, povezane s predpisom zdravila (prescription-related problems)	težave z zdravilom (drug-related problems)	težave, povezane z bolniki (patient-related problems)
neoptimalno zdravilo	interakcije med zdravili	neredno jemanje zdravila
neoptimalni odmerek	kontraindikacije med zdravilom in bolezenskimi stanji	prekomerno jemanje zdravila
neoptimalno odmerjanje	alergija, intoleranca na zdravilo	težave pri komunikaciji z bolnikom
neoptimalna farmacevtska oblika	interakcije med zdravilom in hrano	nevodljivi bolniki
neoptimalno trajanje terapije	interakcije med zdravilom in laboratorijskimi testi	ostale nepravilnosti pri jemanju zdravil
nepotrebna terapija	predvideni stranski učinki	nezdravljena indikacija
terapevtsko podvajanje	izraženi stranski učinki	nepriumno shranjevanje zdravila
	polifarmacija	ostale zdravstvene težave, nepovezane z zdravilom

Intervencije so prikazane v tabeli 2 in so vezane na pregled dostopnih informacij, bolnika in posvet.

Tabela 2: Možne intervencije pri izdaji zdravil

posvet	bolnik	pregled
obveščanje zdravnika po tel/fax/e-mail	ocena tveganja	on-line baze podatkov
zdravnik zaprosen za dodatno pojasnilo	svetovanje bolniku	literatura
z drugim farmacevtom	poslan nazaj k zdravniku	ostalo
z bolnikom	pogovor s skrbnikom / družinskim članom	

Rezultat intervencije je lahko vezan na zdravilo, dodatno over-the-counter (OTC) terapijo in svetovanje ob izdaji zdravila. Možnosti so prikazane v tabeli 3. Vsaka intervencija bi morala biti dokumentirana in proces naj bi se izvajal po validiranem protokolu.

Tabela 3: Možni rezultati intervencije pri izdaji zdravil

zdravilo	bolnik
sprememba odmerka, odmerjanja, trajanja terapije	pojasnitev bolniku glede interakcij in kontraindikacij ter sočasnih pojavov ob uporabi zdravila
prenehanje jemanja zdravila	svetovanje dodatne OTC terapije
izdaja zdravila kot je predpisano	svetovanje nefarmakoloških ukrepov
zavrnitev izdaje zdravila	

1.1.3 Ovire pri uvajanju farmacevtske skrbi v javne lekarne

Z raziskovanjem možnih ovir pri uvedbi izvajanja farmacevtske skrbi v javne lekarne so največjo težo pripisali:

1. Pomanjkljivemu védenju in negativni drži farmacevtov do uvedbe izvajanja FS ter napačni predstavi farmacevtov o FS

Farmacevti menijo, da je ta način prakse izven obsega njihovega profesionalnega dela, da bolniki ne želijo takega načina obravnave (7, 10) in niso za te storitve pripravljeni nič prispevati (11), da FS ustvarja nasprotja med farmacevti in ostalimi zdravstvenimi delavci (zdravniki, medicinske sestre) (7), kar pa ostali viri ne potrjujejo (12).

Kot izhaja iz International classification of primary care (ICPC) farmacevti FS delno že izvajajo, redko pa sledijo zdravljenju z zdravili (follow-up) in vodijo dokumentacijo, tudi kartice zdravil ne (7). V praksi se dogaja, da bolniki sami sestavljajo t.i. kartico zdravil (Rp+BRp), ki jo posredujejo tako osebnemu zdravniku kot ostalim, h katerim so napoteni oz. se pri njih zdravijo izven javne zdravstvene službe.

Strah farmacevtov pred spremembo tradicionalne vloge je lahko le posledica pomanjkanja veščin in znanja (7). Tudi zaradi sprememb na trgu je potrebno sprejeti novo vlogo farmacevta kot jo definira APhA. Tak način dela naj bi farmacevti osvojil že med izobraževanjem.

Glede na osebne karakteristike je potrebno farmacevte motivirati za spremembe. Z doslednim izvajanjem FS bi dokazali in dokazovali vrednost farmacevtovega dela prek boljših izidov zdravljenja z zdravili. Potrebno bi bilo tudi reorganizirati vloge in delo v lekarnah. Razvoj stroke zahteva nova znanja in veščine tako od farmacevtov kot drugih zaposlenih v lekarni.

2. Pomanjkanju naprednih praktičnih veščin in znanja

Osnova je dobro poznavanje farmakoterapije in patofiziologije. Za uspešno prepoznavanje in razreševanje težav, povezanih z zdravili (DRP=drug related problems) pa je potrebno znati znanje uporabiti. K temu lahko pripomorejo tako redna podiplomska izobraževanja farmacevtov kot tudi usklajena podpora razvoju lekarništva s strani nacionalnih farmacevtskih organizacij, ki skrbijo za strokovnost dela v lekarnah. S pomočjo simuliranih kliničnih primerov se je potrebno veščine prepoznavne in reševanja težav naučiti tako, da takšen način dela postane rutina.

Komunikacijske veščine, potrebne tako za pogovor z bolnikom (usmerjena prava vprašanja) kot tudi v stiku z zdravnikom, kjer je potreben strukturiran, k bolnikovi težavi usmerjen (po)govor oziroma tako imenovani strokovni jezik, usmerjen na bolnika in njegovo težavo. Dokumentacija naj bi bila v elektronski obliki in zbirajo naj se le potrebni podatki: farmacevtova intervencija, terapevtski izidi, plan in follow-up, skladno z Zakonom o varovanju osebnih podatkov.

Farmacevtu morajo biti dostopni zanesljivi viri informacij o zdravilih, najboljše v elektronski obliki.

3. Drugim oviram v lekarni

Čas ne bi smel biti ovira, ker je odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili v vseh fazah tega procesa od nabave, hranjenja, priprave do izdaje, informiranja, svetovanja in farmacevtske skrbi osnovna naloga lekarniškega farmacevta. Zakonodaja opredeljuje naloge in odgovornosti farmacevta s čim vse mora seznaniti prejemnika zdravil, zato bo izdajanje zdravil brez izvajanja FS v prihodnosti tvegano. Nujna je tudi potreba po dokumentiranem procesu iz več vidikov: strokovnega za namen evalvacije dela, finančnega, da je bilo plačano delo opravljeno in nenazadnje tudi pravnega v primeru spora.

Obstoječe znanje in večšine farmacevtov je potrebno izkoristiti in nadgrajevati. Glede na stanje in potrebe na trgu (staranje populacije in daljšanje življenjske dobe, novi načini zdravljenja...) se bo moral v prihodnosti lekarniški sistem preusmeriti od nabave, hranjenja in izdaje (poudarek na zdravilu) k lekarniški praksi, usmerjeni k bolniku.

Raziskave navajajo tudi kadrovske ovire. Rešitev je v redefiniciji nalog farmacevta in ustrezni delitvi dela.

Primeren prostor za opravljanje dela naj bi zagotavljal zasebnost in zaupnost. Izdajno mesto, delovno mesto farmacevta, naj bi bilo semiprivatno (7). To povzema tudi naša zakonodaja.

Podpora vodstva lekarn je vprašanje finančnega rezultata. Dokazano zmanjševanje stroškov zdravljenja oz. stroškovna učinkovitost pa je dober argument pri pogajanjih s plačniki storitev.

4. Sistemskim omejitvam

Za prepoznavanje in razumevanje koncepta FS med obiskovalci lekarn je potrebno ljudi informirati in jim na primeren način nove storitve ponuditi. V tem primeru se ni bati zavrnitve storitev FS.

Poznavanje in sprejemanje koncepta FS s strani zdravnikov je različno. Objavljenih raziskav je malo, večina pa ni negativnih (7,12). Dolžnosti in odgovornosti med farmacevti in zdravniki v skladu z njihovim strokovnim znanjem, predvsem z vidika pristojnosti za diagnostiko in svetovanje glede zdravljenja, morajo biti jasno opredeljene in razdeljene.

5. Težavam znotraj stroke

Regulativa, akademski del stroke in nacionalna strokovna združenja morajo najti skupen jezik oz. strategijo razvoja lekarništva in v tem kontekstu (re)organizirati do in po diplomsko izobraževanje lekarniških farmacevtov (7).

1.1.4 Merjenje obsega izvajanja farmacevtske skrbi v javnih lekarnah

Za potrebe merjenja obsega izvajanja FS v lekarnah so izdelali in validirali orodje, vprašalnik Behavioral pharmaceutical care scale – BPCS (13).

Po Hepler-Strand-ovi definiciji FS lahko proces razčlenimo na tri stopnje:

- prepoznavanje težav, povezanih z zdravili,
- preprečevanje težav, povezanih z zdravili in
- reševanje teh težav.

Zaenkrat je nerealno pričakovati izvajanje FS za vse bolnike ob vsakem času, kar je tudi že ocena izpred 10-ih let. BPCS lestvica je bila izdelana na osnovi opazovanja izvajanja FS za zdravljenje kroničnih obolenj bolnikov, ki potrebujejo stalno terapijo z zdravili, Strandovih in ostalih objav raziskovanja FS ter s pomočjo skupine praktikov ter raziskovalcev, ki so sodelovali pri izgradnji vprašalnika. BPCS je validirano orodje za spremljanje opravljenih storitev v lekarni. Običajno se rezultat izrazi kot odstotek najvišje možne ocene (13). Ker je bil vprašalnik razvit v Združenih državah Amerike ni povsem prenosljiv, zato ga v evropskih državah uporabljajo v prilagojenih oblikah. Tak prilagojen vprašalnik je potrebno tudi ponovno umeriti. Le tako daje veljavne, zanesljive in primerljive podatke. Zaradi velikega poudarka na dokumentiranju ga evropski raziskovalci uporabljajo kritično. V tabeli 4 je FS razčlenjena po posameznih fazah.

Tabela 4: Razčlenitev FS po posameznih fazah

Faza FS	Postopki
dokumentacija v pisni obliki	dokumentacija bolnikovih simptomov (zdravstvenih težav)
	dokumentacija zdravil, ki jih pacient jemlje
	dokumentiranje terapevtskih ciljev
	dokumentiranje DRP, aktualnih in možnih
	dokumentiranje terapevtskih ciljev za rešitev DRP
	dokumentiranje farmacevtove intervencije (zdravnik, zdravilo)
ocena bolnika	postaviti vprašanje o zdravstvenem stanju in prisotnih simptomih
	postaviti vprašanje pacientu kaj želi doseči z jemanjem zdravil
	postaviti vprašanje o dosedanjem vzorcu jemanja zdravil
	postaviti vprašanje o težavah, ki so povezane z jemanjem zdravil
	postaviti vprašanje o učinkovitosti zdravil, ki jih jemlje
	preveriti dosego terapevtskih ciljev
implementacija terapevtskih ciljev in monitoring	implementacija strategije za preprečevanje ali reševanje DRP
	uvesti spremljanje in vrednotenje napredka glede na postavljene terapevtske cilje
	vršiti follow-up glede na postavljen plan terapije z zdravili
konzultacija z drugimi zdravstvenimi delavci	posvet o bolnikovih DRP s farmacevti v delovnem timu
	napotitev k drugemu farmacevtu, ko je potrebno
	napotitev k osebnemu zdravniku, ko je potrebno
	svetovanje napotitve k specifičnemu zdravniku na njegovo prošnjo
	komunikacija z zdravnikom ali skrbnikom glede napredka pri zdravljenju z zdravili
	obvestiti zdravnika, če so prisotni ali se pričakujejo DRP
	posredovati zdravniku ob napotitvi pisno poročilo o terapiji z zdravili in DRP
	napotitev bolnikov s socialnimi problemi na ustrezne ustanove (npr. ambulanta za brezdomce)
evalvacija farmacevtovega dela	zagotoviti kopijo zbranih podatkov centru (npr. LZS)
	zagotovljen ustrezen prostor za delo (pol privatni), ki zagotavlja zaupnost
	dvojno preverjanje vsakega Rp pred izdajo zdravila
	možnost uporabe virov in baz podatkov na delovnem mestu
	izvajanje anket o zadovoljstvu s storitvami v lekarni
	udeležba na strokovnih predavanjih za izvajanje novih storitev
	uporaba kliničnih izidov za evalvacijo dela
	zagotavljanje splošne medicinske informacije bolnikom
	preveriti ali je bolnik razumel podane informacije

Druga možnost ocene izvajanja farmacevtske skrbi v lekarnah je določanje indeksa farmacevtske skrbi (indeks FS).

Posamezne kazalnike FS in njihov delež vpliva na vrednost indeksa FS lahko povzamemo po preiskani literaturi (5, 7, 9, 13, 14, 15). V tabeli 5 so prikazani izbrani kazalniki FS z ustreznimi deleži vpliva na vrednost indeksa FS.

Tabela 5: Izbrani kazalniki za oceno izvajanja FS v slovenskih lekarnah

Kazalnik	Delež vpliva kazalnika (%)
dodatna nagrajenost za delo (materialna, nematerialna)	16
vodenje dokumentacije	14
vpliv povprečnega števila izdanih Rp na farmacevta na dan	12
izdelani in verificirani nacionalni programi FS	9
organizirano izobraževanje in nacionalna koordinacija poteka programov FS	9
izvajanje farmacevtskih intervencij v lekarni	7
farmacevtovo osebno mnenje o potrebnosti izvajanja FS v slovenskih lekarnah	7
je v lekarni pri izvajanju FS po mnenju farmacevta zagotovljeno dovolj zasebnosti	4,5
farmacevtovo mnenje o njegovi časovni obremenitvi, če izvaja tudi FS	4,5
število sočasno prisotnih farmacevtov v lekarni	3,5
število zaposlenih farmacevtskih tehnikov ob farmacevtu	3,5
mnenje farmacevta o njegovem svetovanju ob izdaji zdravil	3,5
mnenje farmacevta o njegovi primarni vlogi v lekarni	3,5
mnenje farmacevtov o njihovi strokovni neodvisnosti	3

1.1.5 Informiranje in svetovanje ob izdaji zdravil

V okviru kognitivnih storitev so ameriški farmacevti razvili tako imenovano MTM-medication therapy management (upravljanje zdravljenja z zdravili) z namenom optimirati terapevtske izide preko povečanja compliance in adherence ter zmanjšanja škodljivih stranskih učinkov, vključno z neželjenimi interakcijami med zdravili. MTM storitve vključujejo podobne faze kot FS na področju izdaje zdravil na recept.

Cilji njihovih raziskav so bili evaluirati različne kognitivne storitve, ki jih izvajajo v lekarnah, ugotoviti obseg izvajanja in vzroke neizvajanja teh storitev.

Raziskovali so tudi različne poti posredovanja informacij oz. svetovanja kot so direktna komunikacija v lekarni, po telefonu, e-mailu, faksu in običajna pisna komunikacija ter jih ob vrednotili.

Ugotavljali so katere programe izvajajo (FS za sladkorne bolnike, FS za bolnike s povišanim krvnim tlakom, MTM...) in katere faze znotraj posameznega programa ter koliko časa porabijo v lekarni za te aktivnosti.

Kot omejitve pri uvajanju programov FS navajajo poleg organizacije dela v lekarni, ki tega ne podpira, nenagrajevanja, pomanjkanja ustreznega izobraževanja, znanja in veščin še abstraktno raven lekarniških norm na tem področju ter možnost, da informiranje in/ali svetovanje, ki ni individualno prilagojeno posameznemu bolniku, lahko zmanjša njegovo complianco jemanja zdravil (14, 15).

Adherenca jemanja zdravil je odvisna od učinkovitosti posredovane informacije v procesu izdaje zdravil. V raziskavi ocene kvalitete in obsega ustne in pisne informacije ob izdaji prvič

predpisane zdravila so ugotovili, da dobi ustrezno informacijo le dobra tretjina bolnikov (33-42%), če to ocenjuje zunanji opazovalec oz. dobra polovica (54-74%), če gre za samooceno farmacevtov. Z izdelanimi standardi po OBRA'90 (Omnibus budget reconciliation act of 1990) so v Združenih državah Amerike želeli vplivati na obseg in kakovost svetovanja ob izdaji zdravil. Kako je pri nas in kakšno je razmerje med pisno in ustno informacijo ne vemo. Z raziskavo so ugotovili, da tam kjer zakonsko ni potrebna osebna face-to-face izdaja zdravil na recept, sta obseg in kakovost informacij ter svetovanje slabši (16).

1.1.6 Spremljanje zadovoljstva bolnikov s storitvami v lekarni

Ugotovitve raziskav so, da je zadovoljstvo s tradicionalno lekarno visoko in da ni significantnih razlik glede na lekarne, ki izvajajo FS (17).

Med pričakovanji bolnikov je najvišjo stopnjo pomembnosti dosegla dostopnost zdravil ter nasvet glede zdravstvenih težav in zdravil pri farmacevtu. Pri zadovoljstvu s storitvami v javnih lekarnah, kjer ne izvajajo "advanced professional cognitive services", pa poleg splošnega zadovoljstva še zaupanje v svetovanje farmacevta (10).

Medtem ko literatura priporoča polprivatni prostor za svetovanje, ki omogoča zasebnost (to zahteva tudi naša zakonodaja), v tej raziskavi pričakovanja po zagotovitvi zasebnosti niso bila visoka (10). V zdravstvu je potrebno ločiti med potrebami, zahtevami in ponudbo. Potrebe razdelimo glede na pričakovanja, izražene potrebe ali zahteve in normativne zahteve (zakonodaja). Pričakovanja so vedno v okviru védenja in poznavanja stvari.

Primerljive rezultate je dala tudi raziskava bolnikovega zadovoljstva z lekarniškimi storitvami v Sloveniji 2007, kjer je bila povprečna ocena vseh postavk 83% maksimalne možne ocene. V ta namen je bil razvit lasten vprašalnik zaradi slabe prenosljivosti oziroma neprimernosti tujih kot npr. PSPSQ (Patient satisfaction with pharmacy services questionnaire) (18).

1.2 Kompetence lekarniških farmacevtov

Najprej je umestno razmejiti pojma znanje in kompetence. Različni avtorji definirajo znanje različno. Največkrat je znanje (informacije) vezano na posamezna predmetna področja. Ob nenehnem naraščanju obsega informacij narašča potreba po obvladovanju instrumentov, orodij in postopkov, s katerimi lahko izbiramo, procesiramo in uporabljamo informacije. Za tovrstno znanje je uporabljen pojem kompetenc. Gre za znanje o uporabi znanja (19) oziroma za celoto med seboj povezanih sposobnosti, znanja, veščin, motivacije, samopodobe in vrednot, ki jih posameznik zna, hoče in zmore uspešno uporabiti v dani situaciji (20). To pomeni, da lahko o kompetentnosti govorimo šele, ko to celoto znanja, sposobnosti, motivov, samopodobe in vrednot farmacevta postavimo v okvir socialnega in fizičnega okolja v katerem ima določeno vlogo oziroma opravlja določeno nalogo. Standardi in zahteve dane situacije bistveno določajo (ne)usposobljenost farmacevta, zato so tudi na področju lekarništva v mnogih državah izdelani standardi kompetenc (21).

1.2.1 Upravljanje s kompetencami

Upravljanje s kompetencami zahteva sedemfazni proces :

1. Analiza vsebine dela in parametrov pričakovane delovne uspešnosti.
2. Opredelitev vedenjskih sider (skale) za vsako kompetenco posebej.
3. Usposabljanje ocenjevalcev.

4. Preučevanje in ocenjevanje doseženih kompetenc.
5. Analiza in statistična validacija dimenzij posamezne kompetence.
6. Eventuelni popravki vedenjskih sider.
7. Ponovno vzorčenje in testiranje zanesljivosti modela (20).

Vprašanje kompetence da ali ne že zdavnaj ni več aktualno, saj so koristi vse bolj merljive in kvantificirane, vprašanje je le še kako in v kakšnem obsegu uvajati modele kompetenc v lekarniško prakso.










Kompetence edine oprejemljivo opravičujejo visoke naložbe v izobraževanje, omogočajo kakovostnejše opravljanje del in nalog, vzpostavljajo jasnejša merila delovne uspešnosti, omogočajo pravičnejše in objektivnejše nagrajevanje ter določajo prave prioritete dela v javnih lekarnah.

1.2.2 Kompetenčni model

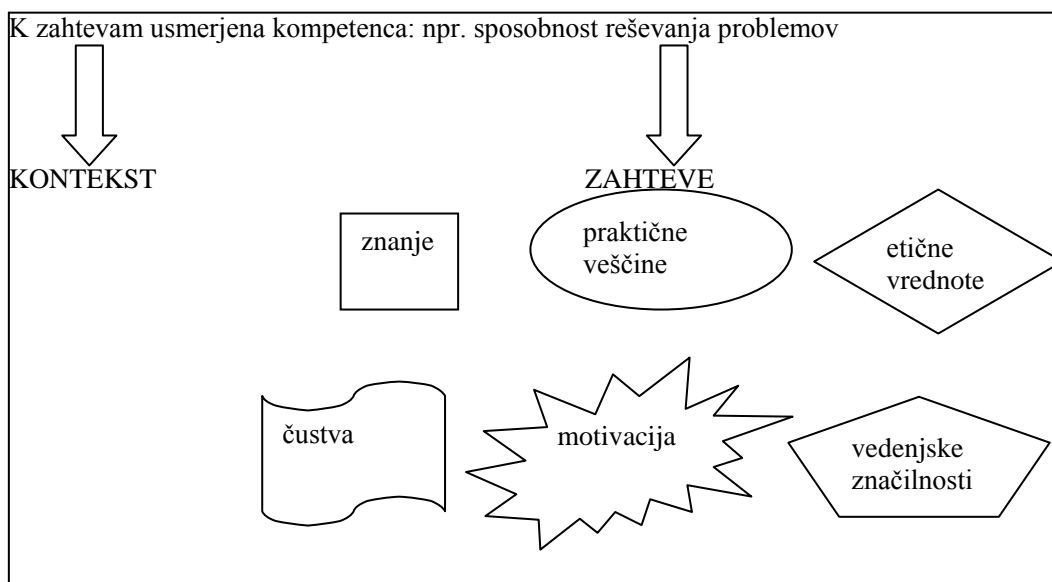
Kompetenčni model je model ugotavljanja in merjenja kompetenc, namen razvoja modela je njegova uporaba za oceno in izboljšavo kvalitete dela v okviru določenih del in nalog lekarniškega farmacevta. Končni cilj razvoja kompetenc je najprej zagotoviti ustrezno opravljeno strokovno delo in povečanje dodane vrednosti ter konkurenčnosti, kar zahteva spreminjajoča se ekonomija poslovanja.

Leta 1997 je Organisation for economic co-operation and development (OECD) postavila razvojno skupino projekta DeSeCo (Definition and selection of competences: Theoretical and Conceptual Foundations, Strategy paper 2002). Naloga skupine je bila, da določi kjučne kompetence, ki jih ljudje potrebujejo za uspešno delovanje. Po OECD so ključne kompetence tiste, ki prispevajo k vrednosti in rezultatom posameznikov in družbe, pomagajo posameznikom, da dosežejo pomembne zahteve v velikem številu različnih kontekstov in so pomembne tako za specialiste kot posameznike. V tabeli 6 so prikazane kategorije ključnih kompetenc.

Tabela 6: Ključne kompetence

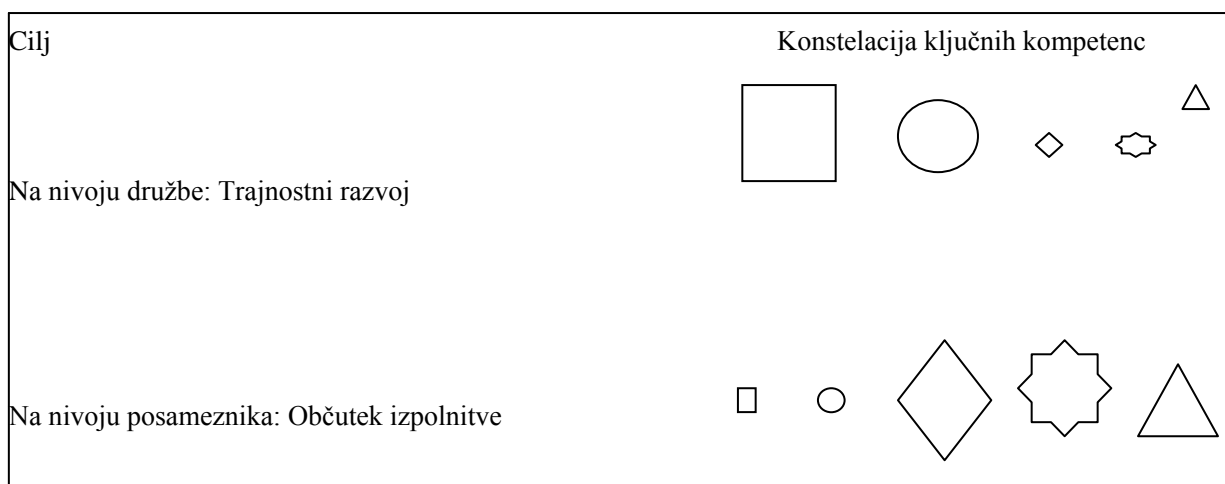
interaktivna uporaba orodij	sposobnost delovanja v heterogenih skupinah	avtonomno delovanje
sposobnost uporabe jezika simbolov in besedil interaktivno (pismenost) 	sposobnost povezovanja z drugimi 	sposobnost delovanja znotraj večjega okvirja 
sposobnost interaktivne uporabe znanja in informacij 	sposobnost sodelovanja 	sposobnost ustvarjanja in vodenja načrtov 
sposobnost interaktivne uporabe tehnologije 	sposobnost upravljanja in reševanja konfliktov 	sposobnost izražanja pravic, interesov, omejitev in potreb 

Še enostavneje pa bi kompetence definirali kot vedenjske zapise vlog, ki jih ljudje imajo v delovnih procesih. Kompetence imajo kognitivno in nekognitivno dimenzijo in mogoče jih je opazovati in preučevati le v delovanju posameznika v resničnih situacijah. Deli kompleksne narave kompetenc so tudi zunanje zahteve, sposobnosti in predispozicije posameznika in kontekst, v katerem se stvari dogajajo. Kompetence se pridobivajo in razvijajo skozi vse življenje in se jih je mogoče učiti in naučiti v različnih situacijah ali drugih okoljih, za kar so potrebni ustrezni pogoji. Kompetence niso statične, njihova interna struktura se spreminja glede na zahteve in glede na kontekst. Notranjo strukturo kompetence prikazuje slika 2.



Slika 2: Notranja struktura kompetence

Konstelacijo ključnih kompetenc definirajo tako socialni cilji kot cilji posameznika. Delež oz. pomen posamezne ključne kompetence za določen cilj je različen, kar je shematsko prikazano na sliki 3.



Slika 3: Konstelacija ključnih kompetenc

1.2.3 Raziskave na področju kompetenc lekarniških farmacevtov

Raziskav kompetenc (usposobljenosti) lekarniških farmacevtov je malo. Za zagotavljanje usposobljenosti svojih članov (biti “fit for purpose”) je The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (RPSGB) 2007 uvedla CPD (continuing professional development) za vse njene člane.

Cilj navajane raziskave je bil razjasniti kaj vpliva na usposobljenost lekarniških farmacevtov in na katere kompetence in v kakšni meri vpliva podiplomsko izobraževanje. Ugotovili so, da je nižji nivo znanja lahko posledica dela v “professional isolation”, pri nas bi bile to lekarne, kjer dela farmacevt sam (22). Program CPD zagotavlja komuniciranje znotraj stroke. To je

boljše med bolnišničnimi farmacevti kot med farmacevti javnih lekarn. Ugotovili so značilen poudarek farmacevtov javnih lekarn na samo izdajo zdravil, ne pa na spremljanju zdravljenja z zdravili oz. izidov zdravljenja (23).

Tenzije med stroko in profitom so in bodo vedno prisotne. Z raziskavo v angleških lekarnah so ugotavljali razmerje med strokovnimi in vodstvenimi kompetencami farmacevtov. Osnova za postavitev obojih so zakoni, predpisi in etična načela, ki zagotavljajo učinkovite storitve: nabavo ustreznih artiklov (neškodljivost, varnost, učinkovitost), ustrezno kadrovske zasedbo lekarn, varno delo in zadostno komunikacijo med farmacevti in strankami t.j. preseganje percepcije prodajalne ("common perception that they are simply shopkeepers") (24).

V raziskavah so največkrat ocenjevane naslednje štiri kompetence:

- uporaba in prenos znanja v prakso,
- sposobnost pridobivanja informacij,
- upravljanje z bolnikovimi/strankinimi potrebami po zdravilih,
- komunikacijske veščine (verbalne, neverbalne...).

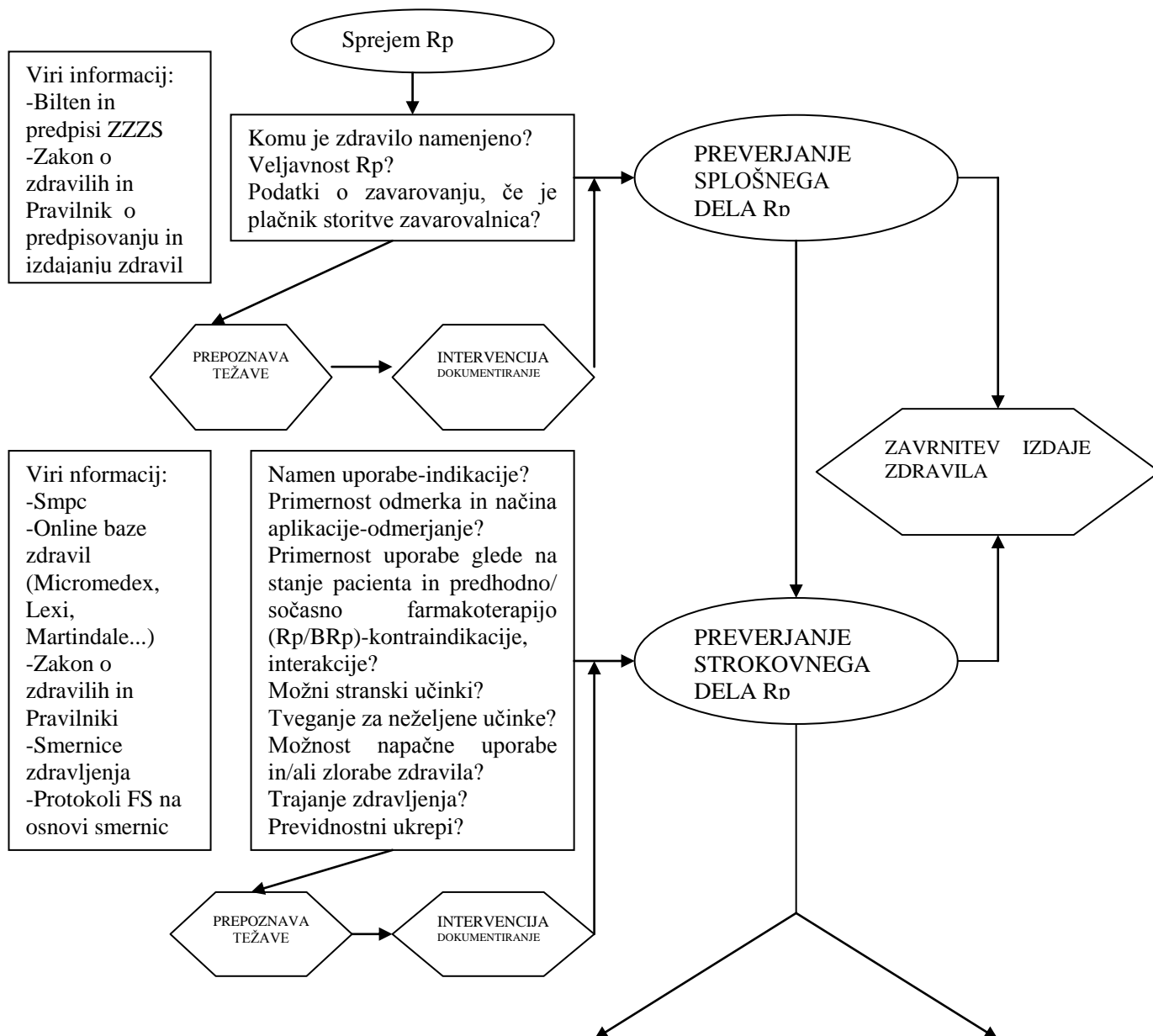
Razlike so zaznali glede na leta dela, kraj dodiplomskega študija zaradi jezikovnih vplivov in lokacijo lekarne (25).

Potrebne splošne in predmetno-specifične (strokovne) kompetence pridobi farmacevt v času študija in praktičnega usposabljanja. Doseženi standardi usposobljenosti s področja farmacevtskih veščin in spretnosti, primernega odnosa do sočloveka ter strokovnega znanja kot zahteva program praktičnega usposabljanja v Sloveniji omogoča samostojno delo lekarniškega farmacevta (26). Potrebno bi bilo sledenje doseganja in dograjevanja doseženih kompetenc in njihova primerjava z definiranimi minimalnimi standardi usposobljenosti, lastnimi ali mednarodnimi.

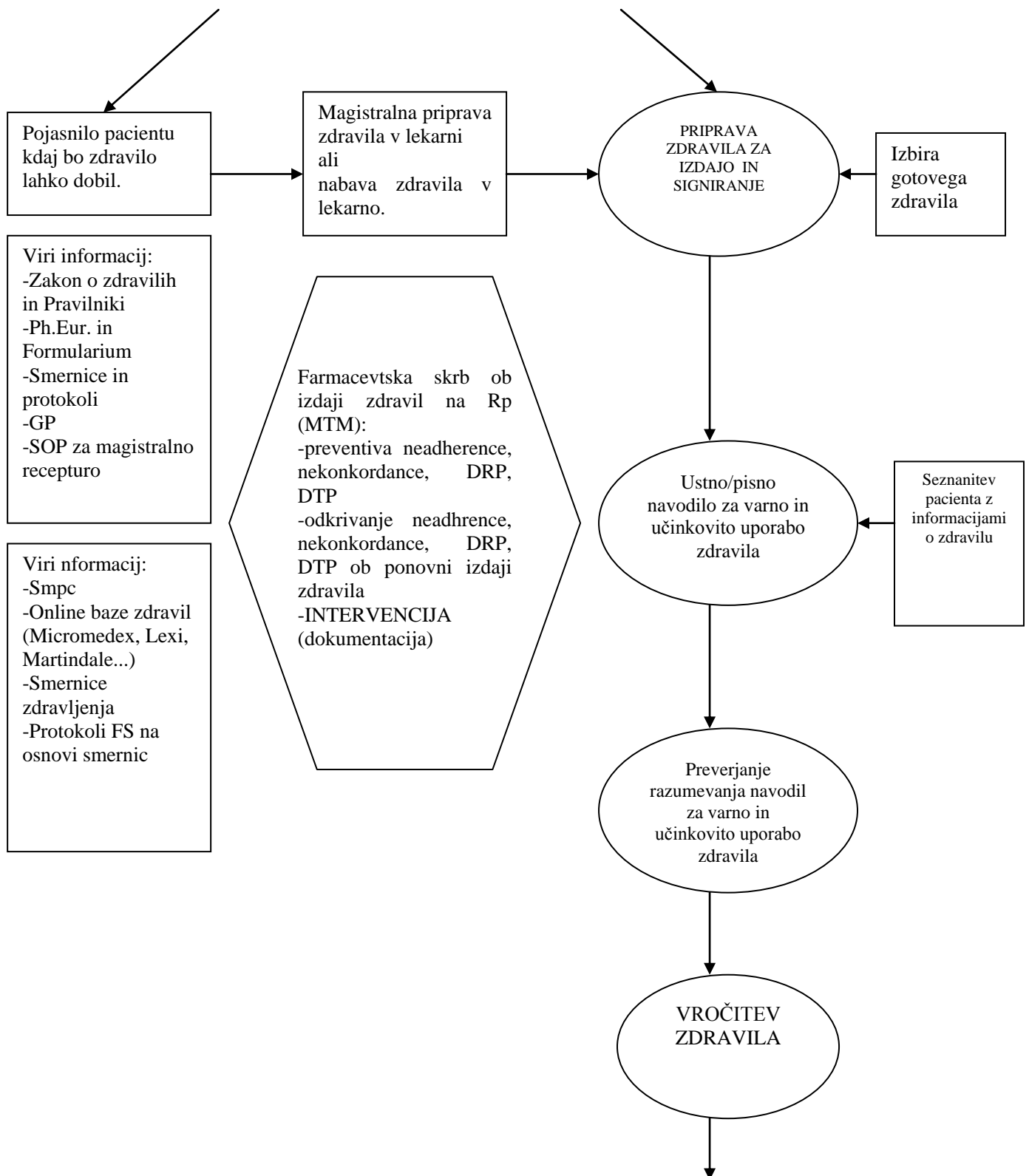
Nabor kompetenc lekarniškega farmacevta glede na literaturne podatke, standarde usposobljenosti diplomanta farmacije in aktualno zakonodajo bi bil naslednji in je shematsko prikazan z algoritmom na sliki 4:

-strokovne kompetence: ugotavljanje potrebe po zdravilu, "drug history", izbira zdravila, izdaja zdravila, magistralna priprava zdravila, posredovanje informacij o zdravilu (pisno, ustno), svetovanje stranki, spremljanje zdravljenja z zdravilom, evalvacija izidov zdravljenja z zdravilom - v procesnem modelu protokola: reševanje težav, povezanih z zdravili – DRP (zbiranje informacij, znanje, analiza informacij, posredovanje informacij ostalim farmacevtom, sledenje rešitvi problema);

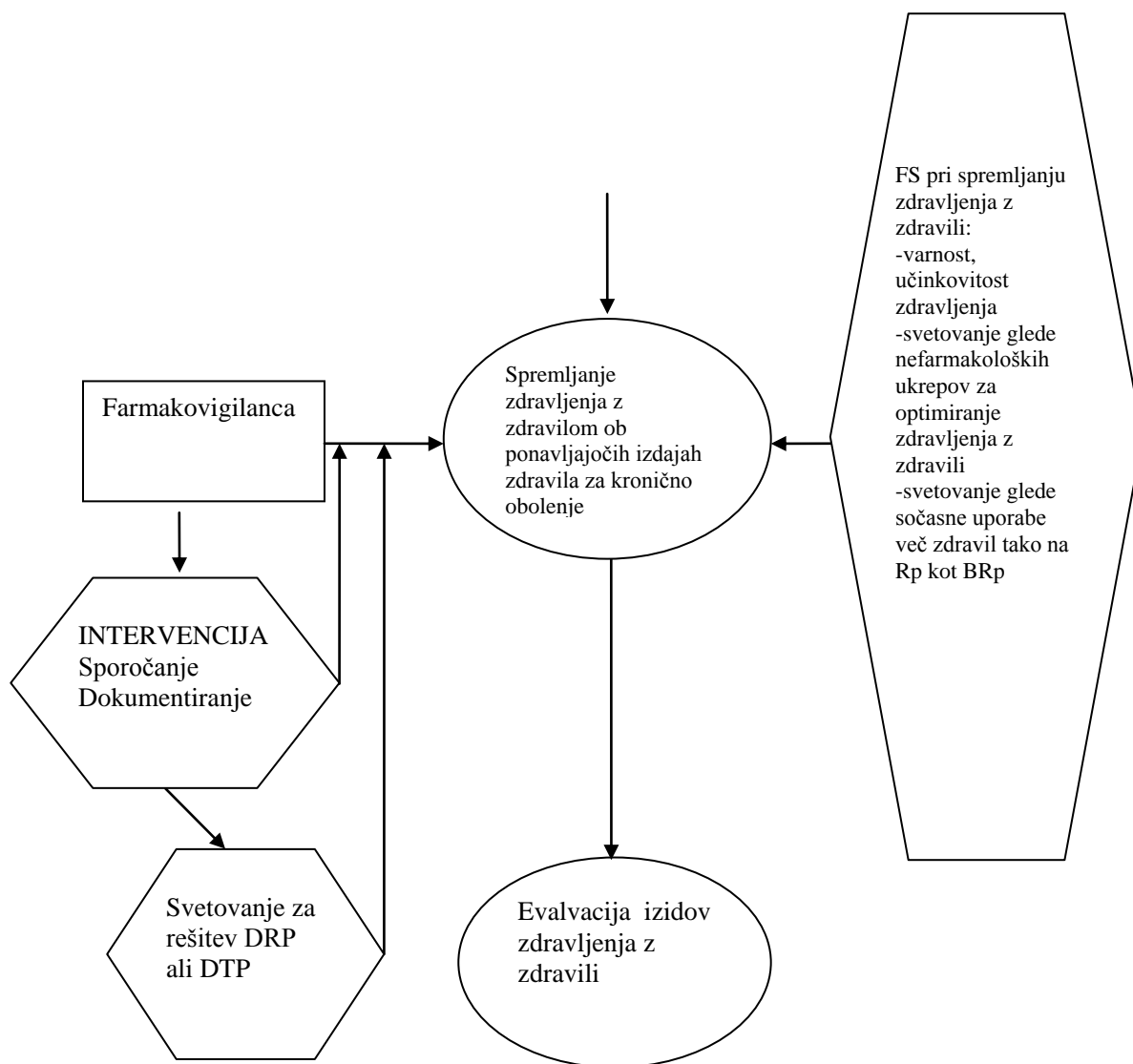
-splošne osebnostne vedenjske kompetence (organizacija, komunikacija, timsko delo, profesionalizem), vodstvene in organizacijske kompetence (nadzor in vodenje izdaje zdravil, priprava dodatnih aktivnosti v lekarni, interno izobraževanje, nadzor nad nabavo artiklov in stroški), postavljanje prioritet, točnost, časovna učinkovitost, zaupanje, odgovorno in etično ravnanje, kontinuirano izobraževanje, reševanje konfliktov, obvladovanje informacijskih tehnologij, skrb za ugled in položaj stroke.



Slika 4a: Procesni model protokola izdaje zdravil na recept v Sloveniji – 1.del



Slika 4b: Procesni model protokola izdaje zdravil na recept v Sloveniji – 2.del



Slika 4c: Procesni model protokola izdaje zdravil na recept v Sloveniji – 3.del

1.2.4 Leavitt-ov model organizacije

Dejavnike, ki ovirajo uvedbo novega načina dela pri izdaji zdravil so kvalitativno opisali po naslednjih področjih:

- povezava in razmerje z okoljem,
- pričakovanja okolice in pritisk na spremembe,
- bariere za implementacijo,
- kompetence farmacevtov,
- organizacija lekarn za nov način dela,
- viri (kadrovski, materialni) za uvajanje sprememb,
- poslovna/strokovna kultura lekarn,
- menagement znotraj lekarn,
- vloga lekarne v okolju

in jih vključili v Leavitt-ov model organizacije, ki podpira na znanju temelječe sisteme kot je npr. lekarniški, obenem pa se prilagaja dinamiki individualne organiziranosti. Model omogoča analizo celotnega sistema in odkrivanje lukenj v podsistemih (naloge, tehnologije, kadri,

struktura). Definicija kognitivnih storitev v lekarni je široka in vključuje od samozdravljenja in promocije zdravja, informiranje o zdravilih na recept in brez recepta, intervencije ter upravljanje zdravljenja z zdravili, ki pomeni pregled terapije, vodenje bolnikov s kroničnimi obolenji, pri nas poznano pod imenom farmacevtska skrb in seveda sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci pri terapevtskih odločitvah, kar je skladno s smernicami WHO in FIP za Good Pharmacy Practice in tudi slovensko zakonodajo.

Leavitt-ov model vsebuje naslednje variable:

-naloge, ki opredeljujejo vlogo organizacije: magistralna izdelava zdravil in storitve izdaje zdravil ter cilje oz. izide (učinkovita, varna uporaba zdravil; izboljšanje zdravja, zadovoljstvo strank). Potrebno je uvesti kontroling opravljenega strokovnega dela.

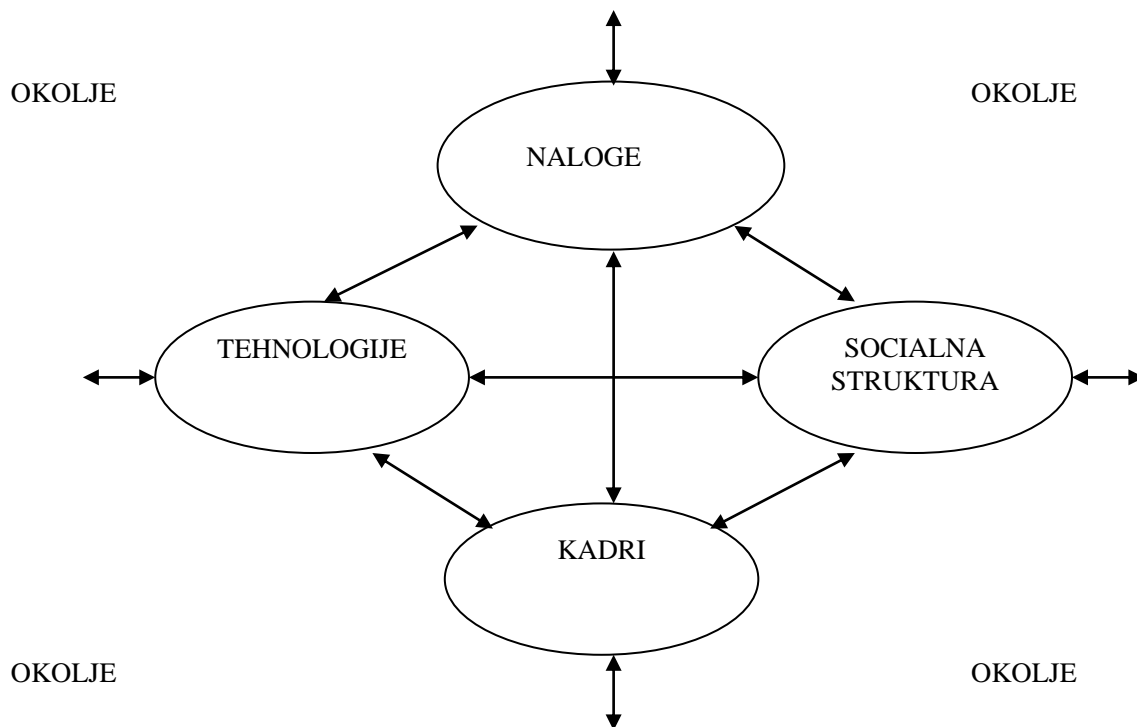
-tehnologije pokrivajo naprave, metode, programe, smernice, protokole in postopke (hard/software): IT olajševalci so npr. dostopnost do baz podatkov, komuniciranja prek spleta...

-kadri, udeleženci: njihovo znanje, veščine, sposobnosti, vloga, kultura. Negativni vpliv imajo pomanjkanje podpore vodstva, pomanjkljiva usposobljenost, pomanjkanje kreativnosti in zaupanja. Ustvarjanje in prenos znanja, predvsem tihega, oziroma upravljanje znanja (knowledge management) je bistvenega pomena za dolgoročno uspešnost.

-socialna in organizacijska struktura opredeljuje komunikacijo, sistem nadzora in pokriva vpliv zunanjih dejavnikov kot je sistem financiranja, organiziranja lekarn, pomanjkanje časa, financ.... Poskrbeti je potrebno za minimalni nivo znanja: interno strokovno izobraževanje, skupne delavnice, konzultacije; izgradnja dobre delovne klime in spodbujanje prosocialnega vedenja: konstruktivna kritika, zavest, pripravljenost, motivacija ter povečati interes strank za ponujene storitve.

-okolje, v katerem lekarna deluje: vpliv ljudi zunaj lekarne (ostali zdravstveni delavci, bolniki) in regulative na implementacijo kognitivnih storitev. Ključna je mreža sodelovanja z okoljem: strokovnim in laičnim (zdravniki, društva, povezovanje lekarn, izmenjava kadra, študijski obiski, spremljanje strokovne literature in razvoja stroke). Pomemben dejavnik je pritisk okolja: liberalizacija trga zdravil, problemi pridobivanja novih kadrov, povečana pričakovanja strank (27, 28).

Sprememba ene variable vpliva na ostale v modelu, kar je prikazano na sliki 5.



Slika 5: Leavitt-ov model organizacije

Če želimo nekaj spreminjati, je potrebno definirati kaj je to. Vsebina spremembe je prehod od usmerjenosti k zdravilu kot izdelku k izdaji zdravil kot celoviti storitvi lekarne. Potrebna je ocena vplivov zunanjih in notranjih kazalnikov na proces:

-socialno okolje tako znotraj kot zunaj lekarne: ljudje in organizacije, ki so vključene v proces sprememb, slaba implementacija zaradi nepovezanosti akademske sfere s praktiki, ocena vpliva podiplomskega izobraževanja farmacevtov, ocena povpraševanja strank po storitvah;

-gonilno silo sprememb (zakonodaja, predvsem pa trg in prehod zdravil iz lekarn...), motivacija (strokovno zadovoljstvo, občutek dolžnosti do stroke) ter

-olajševalce (facilitatorje) sprememb: plačilo, nagrajevanje, profit, komunikacija in timsko delo, vodenje, delegiranje nalog, zunanja podpora ali asistenca, reorganizacija strukture in funkcije lekarne.

1.2.5 Uvajanje novih storitev v lekarne

Večina raziskav usposobljenosti lekarniških farmacevtov je bila usmerjenih k oviram za neuvajanje novih storitev, tudi raziskava, ki je potekala v avstralskih lekarnah, kjer 55% javnih lekarn izvaja The Home Medicines Review (HMR) program, ki je bil uveden 2001, The Quality Care Pharmacy Program (QCPP), ki je bil uveden 1998 pa 58 % (29).

Na Nizozemskem izdajo več kot 60 % OTC zdravil zunaj lekarn, zato v lekarnah uvajajo nove storitve kot npr. »medication surveillance«, ki vključuje kontrolo odmerka, interakcij med zdravili, kontraindikacij glede na sočasna zdravila in stanje bolnika in kontrolo adherence z nadzorom izdaje in uporabe zdravil; sodelovanje z predpisujočimi zdravniki na tako

imenovanih »The Drug therapy meetings« s ciljem racionalizacije predpisovanja zdravil in »Patient education«, ki vključuje poučevanje, informiranje in svetovanje bolnikom glede zdravil in zdravljenja (30).

Uvajajo se novi programi na osnovi FS: Elderly medication analysis (EMA), Therapeutic outcomes monitoring (TOM) in drugi. Napačno je graditi tržno uspešnost lekarn samo na osnovi konkurenčnosti izdelkov, artiklov. Tržna uspešnost je odvisna od uspešnosti prodaje storitve, za kar pa potrebujemo kompetentne (usposobljene) farmacevte, ki s pomočjo svojega tima presegajo konkurenco. Pomembno je postaviti standarde z izgradnjo modela kompetenc, jih dosegati, presegati in dograjevati (31).

1.3 Lekarniška etika

Delo lekarniškega farmacevta je regulirano z zakonodajo, profesionalnimi standardi in etičnim kodeksom. Etika je filozofska panoga, ki obravnava človeška hotenja in ravnanja v luči dobrega in zla, moralnega in nemoralnega (32). Na farmacevtsko etiko in zdravstveno poklicno etiko opozarja Deklaracija mednarodne farmacevtske federacije – FIP, sprejeta na kongresu v Budimpešti 1984. Razen etičnega principa odgovornosti se v »farmaetiki« največkrat srečamo s problemi, ki zadevajo naslednje etične principe:

- princip skrbi za zdravje, dobro počutje, kakovost življenja,
- princip neškodljivosti,
- princip osebne avtonomije,
- princip socialne pravičnosti,
- princip solidarnosti,
- princip neodložljivosti,
- princip popolne informacije,
- princip odkritosrčnosti,
- princip uravnoveženosti.

Kljub mnogim pravilnikom, kodeksom in normam, ki so se razvijale skozi stoletja, ostaja etičnost stvar subjektivne presoje posameznika z ozirom na Hipokratovo prisego.

Farmacevt ne privoli, niti ne nagovarja drugih, da bi opravljali delo pod pogoji, ki skušajo ovirati ali škodovati njegovi suverenosti pri opravljanju poklica, ki skušajo poslabšati kvaliteto njegovega dela ali, ki zahtevajo od njega, da bi dopustil neetično opravljanje dela (34, 35, 36).

1.3.1 Definicija etične dileme

Etična dilema (ED) pri delu lekarniškega farmacevta predstavlja vsako situacijo ali dogodek v povezavi z bolnikovimi težavami, povezanimi z zdravili ali zdravjem, ko je možnih več poti obravnave zaznane težave in pri tem vsaj katera od možnih rešitev ne vodi k pozitivnemu izidu zdravljenja z zdravili in ni v bolnikovem najboljšem interesu.

V raziskavi na Švedskem so ugotavljali prisotnost in razvitost kompetenc na področju lekarniške etike kot odgovor na moralno stisko (moral distress) zaradi etičnih dilem, ki izhajajo iz konflikta vrednot, norm in interesov (25). Osnovna štiri etična načela, ki izhajajo tako iz FIP-ovih The Code of Ethics for Pharmacists (Sept. 1997) in nacionalnih kodeksov so: spoštovanje avtonomije in integritete, načelo neškodovanja, načelo koristnosti in načelo pravičnosti. Slednja so tudi največkrat predmet obravnave v raziskavah.

1.3.2 Etika in normativni sistemi

Ko si postavljamo vprašanja o samih izvorih etičnih meril, principov, vrednot in normativnih sistemov, da bi izboljšali razumevanje načinov in metod za ravnanje v moralno konotiranih situacijah, razmišljamo na metaetičen način (37). Eno od vprašanj s tega področja je tudi razlikovanje normativnih sistemov, ki so pomembni za odločanje v konkretni situaciji. Razlikovanje normativnih sistemov je pogoj za razpoznavanje temeljnih norm znotraj vsakega od njih, poznavanje norm pa je pogoj za odločanje. Normativni sistem bi lahko opredelili kot družbeno regulirano in na skupnih vrednotah osmišljeno celoto med seboj usklajenih navodil za usmerjanje vedenja, ki služijo kot vodnik za prakticiranje sprejemljivih ali zaželenih ravnanj v različnih situacijah.

Poznamo pet vrst normativnih sistemov:

-družbeno kulturni normativni sistem je najsplošnejši in je značilen za celotno družbo; gre za kulturo, ki združuje tiste vrednote in norme, na katere pristaja večina članov določene družbe in ki se bolj ali manj razlikuje od normativnih sistemov kultur v drugih družbah,

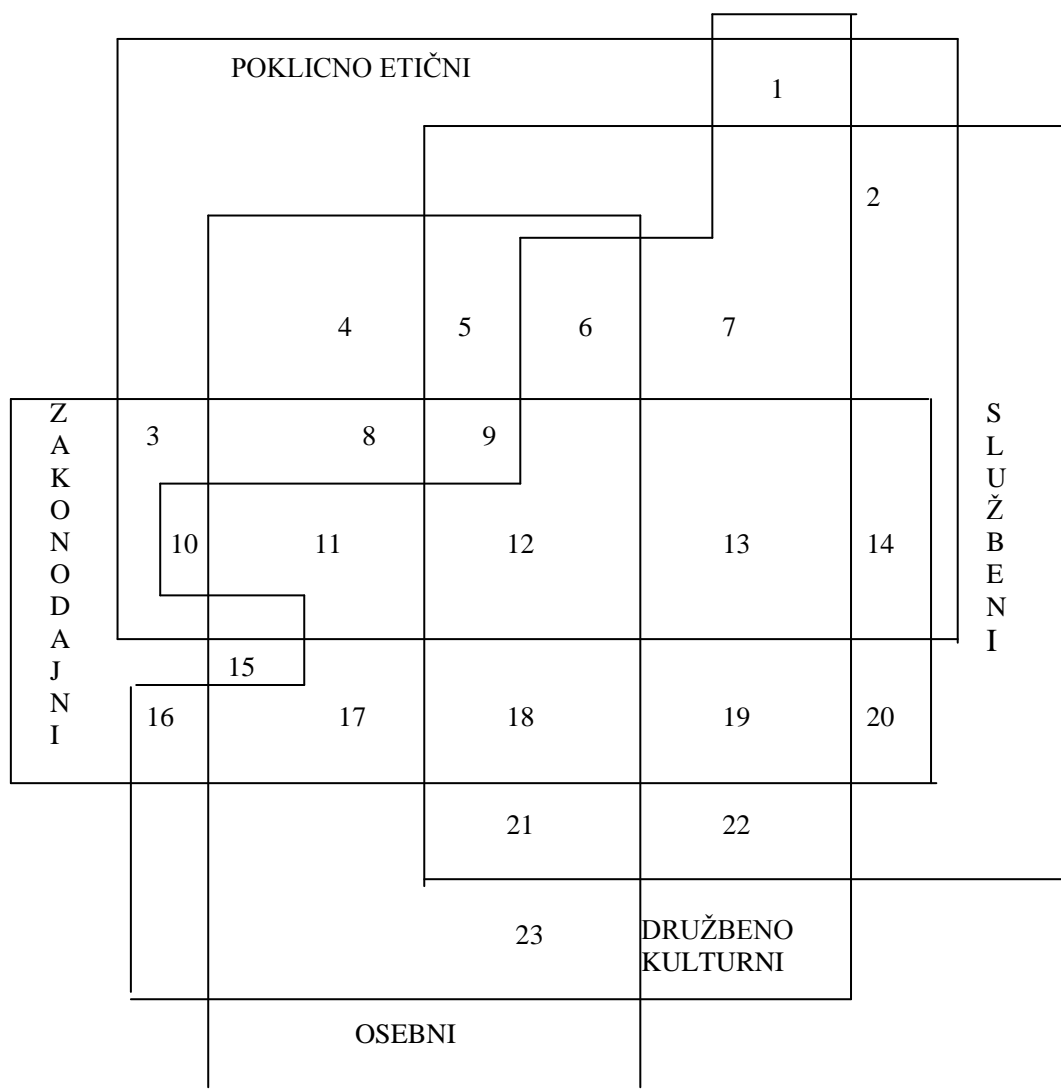
-zakonodajni normativni sistem je celota vseh pravnih predpisov (zakoni, pravilniki, odredbe, uredbe, sklepi, mednarodne konvencije),

-poklicno etični normativni sistem vrednot in norm (34,35,36) je specifičen za posamezno stroko (Etična načela farmacevtskih delavcev, Kodeks farmacevtske etike Slovenskega farmacevtskega društva (SFD), Kodeks lekarniške deontologije),

-službeni normativni sistem, ki je značilen za konkretno ustanovo in ki se lahko vzdržuje na eksplicitno normiran ali pa na neformalen način, npr.: razni statuti in pravilniki posameznih organizacij, navodila in priporočila nadrejenih, neformalna pravila, rutine in kultura, ki je značilna za posamezna delovna okolja,

-osebni normativni sistem, ki si ga bolj ali manj koherentno izoblikuje vsak posameznik in ki ga tudi v večji ali manjši meri upošteva v svojih ravnanjih. Sem štejemo vrednote, norme in prepričanja, ki izhajajo iz različnih normativnih sistemov, npr. iz tradicionalnih, liberalnih, verskih, altruističnih, egoističnih, optimističnih, pesimističnih, filozofskih osmislitev (37).

Znotraj vsakega od petih normativnih sistemov in njihovih 23 presekov se lahko pojavljajo problematične situacije z etičnimi dilemami, ki zahtevajo individualne odločitve lekarniškega farmacevta, kar je ilustrativno prikazano na sliki 6 (npr. presek 2 predstavlja ED zaradi tenzij med poklicno-etičnim in službenim normativnim sistemom, presek 15 med zakonodajnim in osebnim, presek 20 med zakonodajnim in službenim, presek 21 pa med službenim in osebnim normativnim sistemom itd...)



Slika 6: Shematski prikaz normativnih sistemov

1.3.3 Etika in dober nasvet

V več državah so za delo v lekarnah izdelani protokoli obravnave različnih stanj oz. simptomov ter kriteriji za dober nasvet (The criterium for good advice): correct, clear, unambiguous, topical, understandable (CCUTU). Po ugotovitvah raziskav stranka v 77% dobi pisno informacijo o uporabi zdravila na Rp, pri ustni informaciji in pri OTC zdravilih je odstotek nižji; enako tudi pri ponovni izdaji zdravila. Samo 10% bolnikov je vprašanih po sočasni uporabi zdravil in samo 20% farmacevtov razloži način delovanja zdravila. Rezultati samoocene farmacevtov so boljši kot dobljeni z raziskavo s pomočjo skritega kupca. Leta 1999 so na vzorcu nizozemskih lekarn ugotovili, da lekarni kriterijev za dober nasvet ne dosegajo (31).

Ugotavljali so tudi razlike pri svetovanju glede na lokacijo lekarne. Že iz predhodnih raziskav je znano obratno sorazmerje med dostopnostjo splošnega zdravnika in količino kliničnih nasvetov v lekarni. Kvalitativno so opisali zunanje in notranje značilnosti posameznih tipov lekarn, ki se nahajajo v različnih socio-ekonomskih okoljih. Vsak tip lekarne je lahko del verige ali pa neodvisna lekarna v različnem okolju: večje mesto, manjše mesto, podeželje oz. del nakupovalnega centra, bogatejše mestne četrti ali pa del ekonomsko šibkejše četrti. V

tabeli 7 so podatki za tiste tipe lekarn, ki jih lahko prenesemo tudi v naše okolje.

Tabela 7: Razlog obiska lekarne

Tip lekarne	Razlog obiska lekarne (%)			% napotitev k zdravniku
	Rp	OTC	nasvet glede na simptom	
Podeželje neodvisna	46	47	7	2
Podeželje del verige	61	33	2	5
Manjša mestna neodvisna	64	27	5	8
Manjša mestna del verige	21	64	7	2
Večja mestna neodvisna	49	38	10	12
Mestna del zd. centra	81	8	3	12

Pri nas The inner-city pharmacy (The Fortress) ni. To so lekarne v nevarnih četrtih, zarezetkane, kjer ni kontakta med farmacevtom in strankami, izdaja poteka preko okenca ter pod video nadzorom. V večini primerov prevladujejo izdaje Rp brez plačil v lekarni in metadonski program z izmenjavo brizg in igel.

Druga vrsta so t.i. Emporium lekarne so podobne našim lekarnam v nakupovalnih centrih, kjer prevladuje nakup drugega blaga (malo izdaj zdravil na Rp in BRp). Kupce pritegnejo z različnimi popusti: npr. 10% upokojski. Komunikacija v lekarni je na ravni prodajalec-kupec (the shop-like nature of the pharmacy). Stranke zahtevajo izdelek in nerade sprejemajo nasvete.

Podeželjske lekarne so označili kot "a haven in a hearthless world", za katere je značilno manjše število izdanih Rp (1000/mesec/farmacevta), pomagajo si z oskrbovanjem ustanov, npr. domov starejših občanov in raznih otroških zavodov. Zanje so značilni lastni izdelki kot del tradicije (The Gemeinschaft) in kjer je najbolj zabrisana meja med formalnim in neformalnim: stranke se pogovarjajo tudi vsakdanje stvari - zaupljiv in sproščen odnos (38).

Tudi v Sloveniji imamo izdelane nekatere protokole samozdravljenja kot pomoč pri delu v lekarni (LZS) in se lahko vključijo v Splošne operacijske postopke, ki v večini lekarn predstavljajo temeljna navodila za delo.

Farmacevt v javni lekarni zagotavlja informacije in nasvete v zvezi z zdravili in zdravjem, ki so individualno prilagojeni potrebam bolnika oz. stranke (upošteva njegov »the best interes«) na osnovi zaupanja in poklicne zaupnosti in na način, da so informacije in nasveti pravilno razumljeni. S strokovno pravilnim, jasnim, nedvoumnim, aktualnim in razumljivim nasvetom farmacevt pripomore k ustreznemu ravnanju z zdravili, ki se izdajajo na Rp kot tudi v procesu samozdravljenja.

1.3.4 Nivoji etičnega odločanja

Osnovni nivo ravnanja na osnovi sprejetih etičnih načel predstavlja praktična etika, ki ponazarja logiko vsakodnevnih odločitev. Te so pogosto rutinske celo do te mere, da se jih sploh ne zavedamo. Ko postane delovanje na osnovnem nivoju nezadostno in nastale

situacije, povezane z našimi odločitvami, preveč pomembne, da bi jih lahko samoumevno prepustili rešitvam na tej ravni, preidemo na področje normativne etike. Z njo reflektiramo nastalo situacijo, se zavemo možnih rešitev in z uporabo teoretskih konstrukтов utemeljemo odločitve. Pod drugim nivojem pa je v prvi vrsti tabele 8 prikazan nivo metaetike kot nadgradnja prejšnjih dveh (37).

Tabela 8: Nivoji etičnega odločanja (povzeto po 37)

NIVO ODLOČANJA	VSEBINA ODLOČANJA	TIPIČNA VPRAŠANJA
1. praktična oz. implicitna etika	<ul style="list-style-type: none"> - ravnanje v skladu z navadami, rutinami, zdravim razumom; - neproblematično sprejemanje samoumevnosti; - nekritično sledenje implicitnim moralnim predpostavkam, pozitivno ali negativno sankcioniranim znotraj verskih, političnih, slojevskih, sorodstvenih in socialnih skupin. 	<ul style="list-style-type: none"> - vprašanja v zvezi s konkretno etično dilemo oz. situacijo so redkejša od trditev in opis problema je deležen manj pozornosti kot opis odgovornosti vpletenih; - vprašalni stavki, začeti z vprašalnico »zakaj«, so pogostejši pri iskanju krivcev za nastalo situacijo kot pa za opisovanje same situacije; hkrati pa so vprašalnice »zakaj« bolj pogoste pri opisu nastale situacije kot pri razlagi uporabljenih etično moralnih izrazov in pojmov (kot so dobro, pravično, dolžnost itd.)
2. normativna oz. vsebinska etika	<ul style="list-style-type: none"> - utemeljitve moralnih pojmov kot so dobro, slabo, pravica, dolžnost, dostojanstvo itd.; - teorije obravnavanja etičnih dilem; 	<ul style="list-style-type: none"> - kaj je najbolj dobro in pravilno (ravnanje, lastnost, posledica): tisto, kar je maksimalno koristno za vse, ali kar ostane socialno funkcionalno tudi, ko dejanje posplošimo na vse ljudi, ali pa je merodajna le vsebina odličnosti (nečesa ali nekoga)? - naj odobravam ali obsojam (in pod kakšnimi pogoji): izdajo nepotrebne in/ali neučinkovitega zdravila ali izdelka; pospeševanje prodaje zdravil in drugih izdelkov glede na seznanjenostjo s strankinimi zdravstvenimi težavami; neresnično in/ali nepreverjeno pripisovanje zdravilnih učinkov izdelkom, ki tega nimajo...?
3. metaetika	<ul style="list-style-type: none"> - refleksija osnovnih predpostavk teoretskega utemeljevanja posameznih moralnih sistemov; - kriteriji prepoznavanja in utemeljevanja razlik med moralnimi in nemoralnimi situacijami, vprašanji, rešitvami; - evalvacija posledic etičnih odločitev; 	<ul style="list-style-type: none"> - je določena dilema sploh moralno relevantna ali ni? - je res vselej moralno reševati etično dilemo z uporabo moralnih kriterijev? - če je dilema moralno relevantna in »zahteva« moralno ravnanje, s kakšne vrste etičnimi sistemi imamo opravka v situaciji, na katero se odzivamo? - če imam v dani situaciji opravka s konfliktnimi etičnimi sistemi, kateremu naj damo prednost in zakaj?

1.3.5 Reševanje etičnih dilem lekarniških farmacevtov

V sledeči tabeli 9 so prikazani teoretični koraki reševanja etičnih dilem (37), ki so lahko v pomoč tudi farmacevtom v lekarnah. O tematiki bo v prihodnje potrebno vedno več razpravljanja znotraj stroke in jasnih stališč strokovnih organizacij.

Tabela 9: Predlagani koraki reševanja etičnih dilem

KORAK	VPRAŠANJA
1. Identificiranje	Ali problemska situacija sploh vsebuje etično dimenzijo ali ne?
2. Lociranje	S katerimi vrstami normativnih sistemov se soočamo v dani situaciji in s kakšnimi preseki med njimi?
3. Evidentiranje	Katere alternative ravnanja so možne v dani situaciji? Kakšne bi bile verjetne posledice možnih alternativ?
4. Kvalificiranje	Posledice katerih alternativ bi bile sprejemljive in katere alternative so takšne, da jih je smotrno odkloniti, ker so nesprejemljive ali pa niso izvedljive? Katera alternativa bi bila najboljša od vseh sprejemljivih?
5. Realiziranje	Kako uresničiti sprejeto odločitev, da bo dosežen pozitiven izid in tveganja zmanjšana na minimum?
6. Evalviranje	Ponovna ocena posameznih korakov z vidika posledic: kaj bi lahko naredili drugače, da bi izboljšali reševanje enake težave?

Prejšnje raziskave so etično dilemo obravnavale kot moralni dvom (moral uncertainty), kot posledico negotovosti zaradi pomanjkljivega poznavanja etike poklica. Poklicno delo se izvaja pod različnimi omejitvami, tako zakonskimi kot praktičnimi, v okviru izkušenj, pričakovanj, vrednot in čustev posameznikov: poklicnih kolegov, ostalih zaposlenih in bolnikov. Stopnja moralne stiske je pogojena s psihosocialnimi stresorji: visoke zahteve na delovnem mestu, pomanjkanje virov za delo, nizka avtonomija in visokim psihološkim pritiskom zaradi hierarhije na delovnem mestu, konfliktov interesov in pomanjkanja vpliva na odločitve (42).

Poklic lekarniškega farmacevta je svoboden poklic, kjer temelji kakovost opravljanja storitev tudi na moralno etični zavezi, da farmacevt na osnovi svojega znanja in veščin prepozna potrebe uporabnika in zagotovi zanj kar najbolj kakovostno storitev. Resolucija Evropskega parlamenta (Resolution of December 8, 2003 on Market Regulations and Competition Rules for the Liberal Professions) zahteva za lekarništvo ustrezno regulacijo glede organizacije, kvalifikacije in profesionalne etike kot tudi pravila, ki preprečujejo konflikt interesov. Seveda, kot izhaja iz poročila OECD, tudi v okoliščinah, v katerih je delovanje stroke regulirano, konkurenca med posameznimi izvajalci ni omejena (43).

Etika naj ne bi bila valuta z najvišjo hiperinflacijo zaradi česar bi postala presoja med dobrim in slabim vse bolj motna. To je posebej moteče, ko gre za javne službe in skupno blaginjo.

1.3.6 Etični kodeks farmacevtov

Posameznik je pogosto postavljen pred odločitve, ki presegajo njegovo individualno etično višino, saj večkrat ne ve, kako naj se odloči, kaj je prav in kaj ne. Etični kodeks potrebuje tudi zelo samostojna in izobražena osebnost, saj jo v osebni odgovornosti razbremeni in celo podpre (44).

Etični kodeksi niso nekaj statičnega, ampak se dopolnjujejo z razvojem stroke. Tak primer je Etični kodeks ameriških farmacevtov iz leta 1994, ki odraža prehod od paternalizma, tako značilnega za odnose med zdravstvenimi delavci in bolniki vse od Hipokrata naprej, do medsebojnega sodelovanja z bolniki in zdravstvenimi delavci za doseg optimalne učinkovitosti zdravila in zdravljenja. Pred leti je bila dolžnost farmacevta natančno izpolniti predpis zdravnika, danes je pa odgovoren za reševanje vseh nastalih težav, povezanih s predpisom zdravila, zdravilom in samim bolnikom, seveda, če le-te ugotovi.

1.4 Moralna stiska lekarniških farmacevtov

Andrew Jameton je leta 1984 prvi definiral moralno stisko kot stres zaradi etičnih dilem, ko nekdo ve kaj je potrebno storiti oz. je moralno pravilno in potrebno, vendar zaradi institucionalnih dejavnikov tega ne stori in dela v nasprotju z lastnim prepričanjem.

1.4.1 Definicija moralne stiske

Moralna stiska je negativni stresni odgovor na etično dilemo, ki jo karakterizira konflikt vrednot, kjer je običajno ena žrtvovana, kar je stresno. Pomeni razkorak med moralno pravilnim ravnanjem in dejanskim ravnanjem, ki je posledica institucionalnih omejitev. Z redefiniranjem moralnega distresa sta se ukvarjala še Wilkinson 1987 in Hanna 2002 v svoji doktorski dizertaciji (42). Rezultati raziskav, večina jih je sicer potekala med zdravniki in medicinskimi sestrami, kažejo, da se je potrebno pri raziskavah moralne stiske osredotočiti na etične dileme. Zmanjšanje moralne stiske je mogoče z boljšo podporo v smislu organizacije in virov za delo. Potrebno je izobraževanje o etiki in razprava o etično spornih situacijah.

Zdravstveni sistemi so v večini držav v procesu temeljitih sprememb. Razvoj strok omogoča večjo učinkovitost in tekmovalnost med ponudniki zdravstvenih storitev. Večje so tudi zahteve s strani uporabnikov zaradi boljše splošne izobrazbe. Tako postaja sistem bolj kompleksen in poklicna etika pomemben del tega sistema (45,46).

1.4.2 Merjenje moralne stiske

Z merjenjem moralne stiske se je ukvarjal Corey s sodelavci (2002), ki so izdelali lestvico Moral Distress Scale za merjenje moralne stiske med bolnišničnimi medicinskimi sestrami, Hanna pa vprašalnik The Moral Distress Assessment Questionnaire, ki meri tip, intenziteto, frekvenco in trajanje moralnega distresa; Raines (2000) je postavil lestvico etičnega stresa (Ethics Stress Scale) za merjenje individualne percepcije izkušnje etične dileme. Z uporabo različnih inštrumentov, vprašalnikov, se lahko meri različne aspekte: sprejemanje odločitev in argumentiranje odločitev na osnovi etike poklica, hipotetične odločitve, dejanske individualne odločitve, zadovoljstvo z opravljanjem poklica, izkušnje z moralnimi problemi ter individualne karakteristike v povezavi z dožemanjem moralne stiske (42). Frekvenco

pojavnja etičnih dilem se lahko meri prek poklicnega zadovoljstva. Na Švedskem ugotavljajo, da se 69% zdravstvenih delavcev občasno srečuje z moralno stisko zaradi pravil in standardov, ki prihajajo v nasprotje z etičnimi smernicami. Izdelan je bil tudi model "ethics stress model", ki vključuje namene zaposlenih po menjavi službe ali poklica, delati manj ur, zatekanja v administrativna dela, izogibanja dela s pacienti. Tako kot bolnikova integriteta je pomembna tudi integriteta zdravstvenega delavca, to pomeni skladnost med prepričanji in dejanji. Pri kompromitirani integriteti gre za ireverzibilno samospemembo, pragmatično delovanje zaradi strahu, preračunljivosti ali samozaščite (47).

Moralno stisko je potrebno raziskovati iz dveh zornih kotov: moralno-etične perspektive in z vidika stresa. Jameton loči pri tem med:

-**negotovostjo**, ko zdravstveni delavec ni prepričan kaj je etično v dani situaciji;

-**dilemo**, ko gre za konflikt med dvema principoma ali vrednotama in je potrebno eno žrtvovati na račun druge in

-**moralno stisko**, ko zdravstveni delavec ne (z)more moralnega delovanja zaradi institucionalnih pritiskov. Vključuje psihološko neravnovesje in negativne občutke zaradi lastnih dejanj. Loči začetno in reaktivno stisko. Tako Jameton kot Wilkinson razlikujeta "initial distress" in "reactive distress", ko posameznik ni sposoben ustrezno odgovoriti na začetno stisko, ki se kaže kot jeza, frustracija in strah in ki v reaktivni fazi vodi do občutka nemoči, krivde, samokritike in nizkega samospoštovanja.

1.4.3 Razlogi moralne stiske

Razlogi za moralno stisko so glede na rezultate švedske raziskave (47) naslednji:

- **pomanjkanje časa in osebja**: trenutna stranka (bolnik) v primerjavi z naslednjo ter pacient v primerjavi z administrativnim delom in izbira med bolniki. V lekarni pride ta dilema v poštev le v dežurstvu, drugače ima prednost vedno stranka pri pultu. V manjših lekarnah farmacevt opravi tudi vse administrativno delo, ki je lahko vir moralne stiske.

- **ekonomski vidik**: problem vidijo v razporejanju sredstev za opravljanje dela in v samem plačilu dela. Drugi problem so bolniki brez zdravstvenega zavarovanja (brezdomci, imigranti, turisti) oz. tisti, ki ne zmorejo »nadstandardnega« zdravila ali medicinsko tehničnega pripomočka doplačati. Pri bolnišničnih farmacevtih je lahko problematična izbira terapije glede na stroškovno učinkovitost (cost-benefit) ter poraba časa za določene prioritete.

- **pravila v primerjavi s prakso**: do stiske lahko pride, ko je nemogoče oz. težko opravljati delo skladno s pravili in smernicami, čemur sledi prostovoljno kršenje pravil: izdaja zdravila brez Rp, ki se sicer lahko izda samo na Rp v akutnih stanjih kot npr. pri bolniku z astmatičnim napadom (bronhodilatator) ali izdaja vazodilatatorja nitroglicerina pri srčnih bolnikih. Ali smo farmacevti usposobljeni prepoznati stanje na osnovi opisanih simptomov in izdati zdravilo na lastno odgovornost? Izdaja zdravil brez ustreznega recepta tujcem ali turistom je lahko tudi problematična. Glede na osebnostne, religiozne in druge vrednote je lahko problematična OTC (over-the-counter) izdaja hormonske postkoitalne kontracepcije zaradi ugovora vesti. Problematična je tudi zamenjava predpisanega zdravila z bioekvivalentnim ali podobnim zaradi zahteve pacienta ali poslovno-ekonomskega vidika plačnika ali lekarne.

- **prisilno delovanje skladno s predpisi ali navodili nadrejenih**, ko gre za navzkrižje interesov: bolnikova integriteta in uporaba zaupanih podatkov o zdravstvenem stanju (poklicna zaupnost) za druge namene; glasno govorjenje zaradi hrupa v lekarni, ko ni zagotovljena zasebnost; bolnik obiskuje več zdravnikov in sprašuje za mnenje glede zdravljenja, sprašuje o svoji diagnozi... Ko je načelo avtonomije pacienta v nasprotju s strokovnimi smernicami glede na učinkovito rabo zdravil in sledenje terapiji, ali se sme posegati v njegov način življenja, če ne jemlje zdravil kot bi bilo potrebno.

- **konflikti vrednot in hirarhija**: farmacevt-zdravnik ko je Rp pomanjkljiv ali predpisano napačno zdravilo ali napačno odmerjanje. Bolnik ima lahko predpisana zdravila s strani več zdravnikov, o čemer pa niso seznanjeni. Ali je lojalnost med farmacevti ter farmacevti in zdravniki etična tudi na škodo bolnika: tvegati konflikt ali ne? Bolnik, ki se ne strinja z uporabo zdravil, ki so testirana na živalih: ker je terapija zanj koristna, ali mu lahko to zamolčimo, če vpraša o tem? Glede na svetovalno vlogo farmacevta: kaj lahko zamolčimo bolniku, kako komuniciramo z zdravnikom in/ali medicinsko sestro? Isto velja za spremljanje zdravljenja z zdravili, če s terapijo niso doseženi zastavljeni cilji.

Glede na raziskave je pri starejših farmacevtih manj moralne stiske zaradi izkušenj ali pa pragmatičnosti. Namen menjave službe signifikantno negativno korelira z identifikacijo z organizacijo, zunanjim imidžem lekarne in leti zaposlitve. Identifikacija z organizacijo signifikantno pozitivno korelira z zunanjim imidžem in izvajanjem FS. Iz tega sledi, da bi s promocijo izvajanja FS povečali identifikacijo z organizacijo. Mogoče je s tem večja tudi samoidentifikacija poklica farmacevta. Prave vzroke bodo pokazale nadaljne raziskave: več komunikacije z bolniki v okviru FS lahko izboljša zunanji imidž oz. kako farmacevt misli, da bolnik ocenjuje njegovo lekarno. Položaj farmacevta signifikantno korelira z namenom zamenjave službe, spolom in leti zaposlitve. Izvajanje FS ne vpliva na zunanji imidž, raziskava na večjem vzorcu bi lahko pokazala nasprotno; vodstveni položaj (vodja lekarne ali lastnik) pa vpliva tako na namen zamenjati službo in zunanji imidž. Kdor ni v tem položaju ne prevzema toliko odgovornosti za »od zunaj« pogled na organizacijo. Notranja intrinzična motivacija zaposlenih je večja ob izvajanju dodatnih aktivnosti (42,45).

Etika je del zavesti farmacevtov, pridobljena v času izobraževanja in poklicnega dela. Individualno in prostovoljno ravnanje v nasprotju z zakoni in internimi predpisi, če je v dani situaciji etično ravnati drugače, je torej prisotno. Moralna stiska se lahko definira tudi kot stranski učinek/produkt, ki je neizogiben, ko je prisotno individualno ravnanje znotraj strokovnih pravil. Glede na pomanjkanje podpornih struktur lahko pride do negativnega izida v obeh primerih: če se farmacevt strogo drži pravil in smernic in je njegovo dejanje neetično ali pa obratno, ko pravila krši. S pravnega vidika je zanj ugodnejša prva situacija.

Potrebna je razširitev oz. revizija Jametonove definicije moralne stiske pri zdravstvenih delavcih: ta ni posledica le kršitve zakonov, pravil in smernic v smislu subjektivnega moralnega prepričanja, ampak so vzroki zanjo tudi drugi kot je zgoraj naštet (45, 48).

Strategija kompenzacije negativne moralne stiske zajema: pogostejše odmore med delom, boljšo organizacijo dela, deljen delovni čas, poznavanje osebnih omejitev, asertivno vedenje do vodstva, sodelavcev, pacientov; sodelovanje v strokovnih združenjih, ki podpirajo stroko.

Poleg negativnega ima moralna stiska lahko tudi pozitiven predznak, če pomaga k dvigu kvalitete strokovnih odločitev in je iniciator razprave o moralnih problemih.

Moralno stisko lahko opišemo kot psihološko neravnovesje. Ker je njena etična komponenta

najmočnejša in v izogib ostalemu stresu, ki je prisoten na delovnem mestu, je potrebno pri merjenju paziti, da merimo le željeno, t.j. moralno stisko (47).

1.4.4 Pregled etičnih dilem lekarniških farmacevtov

Po kvalitativnem opisu etičnih dilem in iz njih izhajajočih moralnih stisk v javnih lekarnah v Sloveniji bi lahko s pomočjo literaturnih podatkov (39, 40, 41, 42) in lastnega poznavanja oblikovali ustrezen vprašalnik za namen kvantitativnega merjenja pogostosti zaznavanja položaja ali dogodka, ki predstavlja etično dilemo ter stopnje stiske, ki jo navedena etična dilema povzroči.

V raziskavi na Švedskem so ugotovili, da stopnja moralne stiske kolerira s starostjo: za mlajše farmacevte so navedene situacije bolj stresne kot za starejše. Kot situacije z višjo stopnjo stiske so se izkazale tiste, do katerih pride zaradi pomanjkanja virov za delo (čas, kadri, dostop do informacij, dostopnost strokovnega izobraževanja in sledenja stroki), ko farmacevt v praksi ravna v nasprotju s pravili zaradi pritiskov okolja in ko prihaja do konflikta interesov tako znotraj kot zunaj lekarne (39). V tabeli 10 so navedeni vsakodnevni dogodki v lekarni, ki lahko sprožijo etično dilemo.

Tabela 10: Dogodki v lekarni, ki lahko sprožijo etično dilemo (ED)

Zap.št.	Dogodek, ki sproži etično dilemo
1.	Priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.
2.	Bolniki, ki zahteve utemeljujejo z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo.
3.	Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. FS) zaradi časovnega pritiska.
4.	Napačno ali nepopolno predpisani recepti.
5.	Bolniki ne zmorejo (do)plačati predpisanih zdravil.
6.	Bolnik mora dolgo čakati zaradi priprave ali nabave predpisanega zdravila.
7.	Prizadeta integriteta bolnika zaradi nezagotavljanja diskretnosti.
8.	Onemogočeno strokovno informiranje o zdravlilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat.
9.	Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.
10.	Dvig zdravila brez ustreznih dokumentov.
11.	Nedosegljivost zdravnika, ki je recept predpisal, ob potrebni dodatni pojasnitvi.
12.	Prizadeta integriteta in avtonomija zaradi nespoštljivega odnosa do bolnika.
13.	Težave pri prilagajanju količine informacij potrebam bolnika.
14.	Omejena finančna sredstva in strokovni kadri.
15.	Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.
16.	Zagotavljanje zaupnosti.
17.	Prestar ali drugače neveljaven recept.
18.	Odnos do zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.
19.	Zanemarjeni in zapuščeni bolniki.
20.	Spori v timu ali med sodelavci.
21.	Težave s strokovnim izobraževanjem.
22.	Sporne situacije s farmacevtsko industrijo.
23.	Jezikovne ovire.
24.	Neveljavno zdravstveno zavarovanje.
25.	Stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomci, slab finančni položaj).
26.	Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo izdajo zdravila.
27.	Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).
28.	Zavestno ravnanje proti pravilom v korist bolnika.
29.	Omejen dostop do strokovnih informacij.
30.	Pomanjkanje vpliva na odločitve v lekarni.

1.4.5 Razlogi za neukrepanje ob moralni stiski

V literaturi je opisanih več razlogov za neukrepanje ob moralni stiski. Raziskava o etičnih dilemah kjer so povpraševali tudi po razlogih za neukrepanje je sicer potekala med študenti ene izmed ameriških medicinskih fakultet (40). Najpomembnejši razlogi, ki so po našem mnenju dobro prenosljivi in veljavni tudi za področje lekarn v Sloveniji, so podani po padajoči pomembnosti v navedeni raziskavi v tabeli 11.

Tabela 11: Razlogi za neukrepanje ob moralni stiski

Zap. št.	Razlog
1.	Podrejena vloga na delovnem mestu.
2.	Pomanjkljive kompetence na področju etične usposobljenosti in/ali strokovnega znanja.
3.	Da ne bi nadrejeni ukrepanje dojemali kot nespoštovanje do njih.
4.	Strah pred negativnim vplivom na oceno uspešnosti pri delu.
5.	Hierarhija med sodelavci.
6.	Ker sem želel-a biti razumljen-a kot »igralec« ekipe.

2 Namen dela

Namen dela v okviru magistrske naloge je:

1. Razviti orodje, vprašalnik, za merjenje pogostosti pojavljanja dogodkov in situacij, prepoznanih kot etične dileme, ki lahko vodijo v moralno stisko farmacevta, na osnovi podatkov iz literature, kritičnega pregleda objavljenih raziskav v zvezi z etičnimi vprašanji na področju lekarniške farmacije v zadnjih dveh desetletjih in poznavanja zakonskih ter etičnih zahtev procesa izdaje zdravil na recept in brez recepta v lekarni. Ocenili bi tudi stopnjo moralne stiske ob posameznem dogodku ali situaciji in razloge za neukrepanje farmacevta ob moralni stiski. S pridobljenimi podatki bi dobili vpogled v aktualno stanje v slovenskih lekarnah in možnost primerjave z rezultati podobnih raziskav v drugih državah. Za potrebe vrednotenja in spremljanja etične usposobljenosti lekarniških farmacevtov bi na podlagi dobljenih rezultatov predlagali ustrezen psihometrični test in kot podporo pri njihovem ravnanju v situacijah in ob dogodkih z etičnimi dilemami predlagali ustrezen protokol oziroma splošni operacijski postopek za delo v lekarni.

2. Prepoznati kazalnike dobre lekarniške prakse na področju izdaje zdravil, jih s pomočjo samoocenitvene ankete ob vrednotiti preko indeksa farmacevtske skrbi ter predlagati protokol, z izvajanjem katerega bi zagotavljali, da je storitev izdaje zdravil na recept in tudi brez recepta opravljena skladno z zakonskimi zahtevami in poklicno etiko. Z namenom premikanja težišča dela v lekarnah od izdaje zdravil k storitvi, ki zagotavlja pozitivne učinke uporabe le-teh, ugotoviti na osnovi rezultatov raziskave najšibkejšo točko v procesu farmacevtovega upravljanja zdravljenja z zdravili v lekarni ter predlagati kratkoročno izvedljive spremembe v smeri večjega vključevanja kognitivnih storitev v proces izdaje zdravil.

3. Po statistični analizi podatkov, dobljenih s pomočjo vprašalnika, pričakujemo odgovore na naslednje postavljene delovne hipoteze:

H1: Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta VPLIVAJO na pogostost izvajanja dodatnih kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept.

H2: Namen zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtih VPLIVA na pogostost izvajanja kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept.

H3: Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni, povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta VPLIVAJO na pogostost pojavljanja etičnih dilem med delom.

H4: Pogostost pojavljanja navedenih etičnih dilem in stopnja moralne stiske, ki jo posamezna

etična dilema povzroči VPLIVA na namen zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtilih.

H5: Pogostost pojavljanja navedenih etičnih dilem in stopnja moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči, je ODVISNA od regije Slovenije, v kateri lekarna deluje.

H6: Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta VPLIVAJO na stopnjo moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči.

H7: Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta VPLIVAJO na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko.

H8: Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno VPLIVA na pogostost izvajanja dodatnih kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept.

H9: Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno VPLIVA na pogostost pojavljanja etičnih dilem med delom.

H10: Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno VPLIVA na stopnjo moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči.

H11: Namen zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtilih VPLIVA na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko.

H12: Pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko je ODVISNA od področja, regije, v kateri lekarna deluje.

3 Metode dela

V zadnjih dveh desetletjih objavljenih relevantnih primarnih raziskav s področja etičnih dilem med lekarniškimi farmacevti je malo. Kvantitativne raziskave so potekale med ameriškimi in kanadskimi farmacevti oz. študenti farmacije (Latif, Dolinsky, Lowenthal, Haddad), kvalitativne pa med britanskimi farmacevti (Hibbert) ter med farmacevti in študenti farmacije (Wingfield). Na Švedskem se z raziskovanjem etičnih dilem in moralne stiske v zdravstvu ukvarja Kälvemarm - Sporrongo in v Avstraliji Chaarova. Kvantitativne raziskave so izvajali s pomočjo vprašalnikov, včasih tudi prirejenih, prvotno namenjenih za raziskave med drugimi zdravstvenimi delavci (zdravniki, medicinske sestre). Novejše raziskave so pretežno kvalitativne na osnovi polstrukturiranega intervjuja (4). Na podlagi njihovih analiz pa smo lahko izbrali veljavne dogodke in situacije z etičnimi dilemami, ki se pojavljajo tudi v slovenskih lekarnah. Druga metoda izbora ali kombinacija z relevantnimi raziskavami bi bila delphi analiza (49), ki jo lahko prilagodimo tudi za spletno raziskavo (50).

Za potrebe merjenja obsega izvajanja farmacevtske skrbi v lekarnah smo iz do sedaj objavljenih raziskav (5, 7, 9, 13, 14, 15) izluščili kazalnike, ki v pripisani vrednosti vplivajo na končno oceno indeksa FS. Po statistični obdelavi podatkov, dobljenih s pomočjo vprašalnika, smo vsakemu kazalniku določili razvitost v Sloveniji.

3.1 Izračun indeksa farmacevtske skrbi

Razvitost posameznega kazalnika smo izračunali tako, da smo dobljeno povprečno aritmetično vrednost spremenljivke, s katero smo merili določen kazalnik, izrazili v odstotku maksimalne možne ocene glede na uporabljeno ocenjevalno lestvico, ki smo jo potem pomnožili z maksimalno možno oceno kazalnika. V primeru, da smo z več spremenljivkami merili isti kazalnik, smo upoštevali srednje vrednosti vseh spremenljivk.

Kazalnikoma *»izdelani in verificirani nacionalni programi FS«* in *»organizirano izobraževanje in nacionalna koordinacija poteka programov«* smo glede na trenutno oceno stanja v Sloveniji in podatke Lekarniške zbornice Slovenije določili vrednosti v okviru izbranih območij in sicer prvemu 4,5-delno in drugemu 0-ne.

Izračunana vrednost indeksa FS predstavlja vsoto po vrednostih razvitosti vseh kazalnikov in je izražena v odstotku maksimalne možne ocene.

Stanje smo ocenili za vrednosti spodnje tretjine (0-33) kot slabo, zgornje tretjine (≥ 68) kot dobro in vmes (34-67) kot srednje dobro stanje.

V tabeli 12 je prikazan izračun indeksa FS glede na razvitost posameznih kazalnikov.

Tabela 12: Izračun indeksa FS glede na razvitost posameznih kazalnikov

Kazalnik	Območje vrednosti	Razvitost	Izračun vrednosti glede na dobljena povprečja
Dodatna nagrajenost za delo	0 - 16	16-materialna in nematerialna	$(D15 \times 16) / 2$
		8-nematerialna	
		0-delno ni nagrajeno	
Vodenje dokumentacije	0-14	14-da	$(A2 \times 14) / 5$
		7-delno	
		0-ni vodena	
Vpliv povprečnega števila izdanih Rp na farmacevta na dan.	0-12	12-do 60 dnevno	$(6 \times (D4 / D2) / 90)$
		6-od 60 do 90	
		0-več kot 90 dnevno	
Izdelani in verificirani nacionalni programi FS	0-9	9-da	ocena delno (4,5)
		4,5-delno	
		0-ne	
Organizirano izobraževanje in nacionalna koordinacija poteka programov	0-9	9-da	ocena ne (0)
		4,5-delno	
		0-ne	
Izvajanje farmacevtskih intervencij v lekarni.	0-7	7-vedno	$7 \times (A3+A4+A7+A8) / 20$
		3,5-občasno	
		0-nikoli	
Farmacevtovo osebno mnenje o potrebnosti izvajanja FS v slovenskih lekarnah.	0-7	7-pozitivno	$(D14 \times 7) / 5$
		3,5-delno pozitivno	
		0-odklonilno	
Je v lekarni pri izvajanju FS po mnenju farmacevta zagotovljeno dovolj zasebnosti.	0-4,5	4,5-dovolj	$D10 \times 4,5$
		2,25-delno	
		0-ne	
Farmacevtovo mnenje o njegovi časovni obremenitvi, če izvaja tudi FS.	0-4,5	4,5-dovolj	$(B3 \times 4,5) / 5$
		2,25-stiska s časom	
		0-ni dovolj časa	
Število sočasno prisotnih farm. v lekarni.	0-3,5	3,5-dva ali več	$(D2 \times 3,5) / 4$
		1,75-eden	
Število zaposlenih farm.teh. ob farmacevtu	0-3,5	3,5-eden	$(D3 \times 3,5) / 2$
		0-nobeden	
Mnenje farmacevta o njegovem svetovanju ob izdaji zdravil.	0-3,5	3,5-dobro	$(D17 \times 3,5) / 5$
		1,75-delno dobro	
		0-slabo	
Mnenje farmacevta o njegovi primarni vlogi v lekarni.	0-3,5	3,5-izdaja zdravil s svetovanjem	$(D16 \times 3,5) / 2$
		1,75-izdaja zdravil z informiranjem po zakonski dolžnosti.	
Mnenje o strokovni neodvisnosti lekarniškega farmacevta.	0-3	3-neodvisen	$((5-B1) \times 3) / 5$
		1,5-delno neodvisen	
		0-odvisen	
INDEKS FS	100	0-33 slabo stanje	
		34-67 srednje dobro stanje	
		več / enako 68 dobro stanje	

Opomba: A2, B1, D2...se nanaša na ustrezen sklop vprašalnika (A,B,C,D) in zaporedno vprašanje v tem sklopu (1,2,3...) – glej prilogo A: Vprašalnik za magistre farmacije

Posameznim kazalnikom farmacevtske skrbi smo po statistični analizi podatkov določili razvitost v Sloveniji. Tako dobljen indeks farmacevtske skrbi lahko predstavlja merilo

opravljenih kognitivnih storitev ob izdaji zdravil v lekarni in omogoča primerjavo med izvajalci lekarniških storitev tako pri nas kot v drugih državah.

3.2 Izbor metode anketiranja

Odločili smo se za spletno anketiranje (Web survey), ki je v primerjavi s poštnim hitreje in cenejše ter omogoča nadzor nad posameznim neodgovorom. Anketiranci tako v spletni anketi kot pri poštnem vprašalniku dajejo družbeno manj zaželenih odgovorov v primerjavi z anketo s pomočjo anketarja, kar je pri občutljivih vprašanjih z etičnega področja pomembno.

Po tipologiji se spletne ankete ločijo na tiste s splošnimi ali individualnimi vabili ter prestrezne ankete. Za znanstvene namene moramo zagotoviti reprezentativnost vzorca, da lahko rezultate posplošimo na ciljno populacijo, v našem primeru lekarniške farmacevte, zato je potrebno predhodno sistematično ali naključno vzorčenje oziroma izdelava seznama povabljenih k anketiranju (51).

3.2.1 Vsebinska zasnova vprašalnika

Po kvalitativnem opisu etičnih dilem in iz njih izhajajočih moralnih stisk v javnih lekarnah v Sloveniji smo s pomočjo literaturnih podatkov (39, 40, 41, 42) in lastnega poznavanja tematike oblikovali ustrezen vprašalnik (Priloga A: Vprašalnik za magistre farmacije). Slaba ubeseditiv vprašanj vpliva na kvaliteto dobljenih podatkov, od neodgovora in napak pokritosti do merskih napak, zato smo vprašalnik predhodno testirali glede vsebinske veljavnosti in nedvoumnosti na vzorcu petih lekarniških farmacevtov in na njihov predlog zamenjali vrstni red in združili dve poglavji vprašalnika. Pri vsebini so bile vnešene manjše spremembe. Poglavlja vprašalnika si sledijo:

- A. Pogostost navedenih kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje.
- B. Pogostost pojavljanja navedenih etičnih dilem in stopnja moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči.
- C. Razlogi za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko.
- D. Splošni podatki o anketirancu in lekarni, v kateri je zaposlen.

V vprašalniku smo uporabili zaprta in delno odprta vprašanja zaradi občutljivosti obravnavane teme in primernosti za določanje pogostosti in stopnje kakega obnašanja ter lažje statistične obdelave. Uporabljena je pet stopenjska intervalna lestvica 1-5. Za pogostost zaznavanja etičnih dilem in pogostost razlogov za neukrepanje ob moralni stiski smo uporabili naslednjo lestvico: 1-nikoli, 2-redko, 3-občasno, 4-pogosto in 5-zelo pogosto. Za stopnjo moralne stiske pa sledečo: 1-brez stiske, 2-blaga stiska, 3-zmerna stiska, 4-huda stiska in 5- zelo huda stiska. Koeficient zanesljivosti za poglavja A, B in C je podan s Cronbach alfa vrednostjo.

3.2.2 Oblikovna zasnova vprašalnika

Upoštevali smo splošna načela oblikovanja spletnih vprašalnikov. Ker je vprašalnik edino sredstvo komunikacije z anketiranci, je ustrezna oblika še posebej pomembna za pridobitev podatkov želene kakovosti (51). Poskušali smo oblikovati zanimiv in na videz ne preveč zapleten vprašalnik, da ne bi anketirancev odvrnili od odgovarjanja že na samem začetku. Z dodatnim odprtim vprašanjem na koncu poglavij A, B in C o dodatnih predlogih in komentarjih smo skušali od bolj artikuliranih anketirancev pridobiti še dodatno mnenje o raziskovani temi kot pomoč pri interpretaciji odstopajočih odgovorov na zaprta vprašanja. S tem je bilo dopuščeno anketirancu, da izrazi lastno stališče s svojimi besedami, kar kaže njegovo stopnjo védenja, moč čustev in stališč ter relevantnost glede tematike.

3.2.3 Zbiranje podatkov

Lekarnam iz seznama elektronskih naslovov lekarn (262 lekarn) v Sloveniji (vir Lekarniška zbornica Slovenije) smo po elektronski pošti v prvih dneh oktobra 2010 poslali povabilo k izpolnitvi vprašalnika z razlago in namenom anketiranja ter povezavo do spletnega vprašalnika.

Anketa je bila implementirana s programskim orodjem FluidSurveys na strežniku, kamor so se tudi zbirali podatki.

Po dveh in štirih tednih smo vsem sodelujočim, razen tistim, kjer smo morali prvotno povabilo preklicati (38 lekarn javnega zavoda v osrednjeslovenski regiji) poslali opomnik s prošnjo, da izpolnijo vprašalnik, če tega še niso storili. Z zbiranjem izpolnjenih vprašalnikov smo zaključili 15. novembra 2010.

3.2.4 Izračun in predstavitev rezultatov povprečne ocene pogostosti zaznavanja etičnih dilem in pojavljanja moralne stiske pri lekarniških farmacevtilih

Za namen predstavitve rezultatov povprečne ocene pogostosti smo seštevek aritmetičnih povprečij vseh 30 vprašanj sklopa B vprašalnika matematično priredili tako, da smo dobili razpon minimalnega in maksimalnega števila točk med 0 in 100. Zaradi uporabljene 5-stopenjske ocenjevalne lestvice za pogostost zaznavanja etičnih dilem (1-nikoli, 2-redko, 3-občasno, 4-pogosto in 5-zelo pogosto) in stopnjo moralne stiske (1-brez stiske, 2-blaga stiska, 3-zmerna stiska, 4-huda stiska in 5- zelo huda stiska) dobimo po statistični analizi rezultate v razponu od najnižje vrednosti 30, če bi imeli vsi odgovori vrednost 1, do najvišje vrednosti 150, v primeru ocene vseh odgovorov z vrednostjo 5.

Zato smo za oba dela sklopa B vprašalnika (seštevek aritmetičnih povprečij vseh 30 vprašanj iz sklopa B1 – pogostost zaznavanja etičnih dilem pri delu ter seštevek aritmetičnih povprečij vseh 30 vprašanj iz sklopa B2 – stopnja moralne stiske zaradi navedenih etičnih dilem) izračunali povprečno oceno po sledečem obrazcu:

$$[(\sum \text{vprašanj} - 30) \times 100 / (5 \times 30)] \times 1,25 - 25$$

Tako izraženi rezultati v razponu med 0 in 100 so direktno primerljivi z rezultati drugih raziskav (40, 41, 56), kjer so tudi uporabili enako metodologijo predstavitve rezultatov.

3.2.5 Zanesljivost in veljavnost merskih inštrumentov

Pred izvedbo glavne raziskave smo izvedli pilotno testiranje uporabljenih merskih inštrumentov na vzorcu petih lekarniških farmacevtov. V skladu z rezultati smo dopolnili končne merske inštrumente in pripravili končno verzijo vprašalnika. Dodatno smo zanesljivost izbranih merskih inštrumentov testirali s pomočjo koeficienta Chronbach alfa. Za A, B in C dele vprašalnika smo ločeno izračunali koeficient zanesljivosti Chronbach alfa, ki je definiran tako:

$$\text{Cronbach } \alpha = r \square N / [1 + (N - 1) \square r]$$

kjer je N število postavk in r povprečje korelacijskih koeficientov med postavkami.

Zanesljivost vprašalnika je:

- zgodna, če je koeficient Cronbach alfa večji ali enak 0,80,
- zelo dobra, če je koeficient Cronbach alfa večji ali enak 0,70 in manjši od 0,80,
- zmerna, če je koeficient Cronbach alfa večji ali enak 0,60 in manjši od 0,70 ter
- komaj sprejemljiva, če je koeficient Cronbach alfa manjši od 0,60 (55).

3.3 Statistična analiza

Uporabili smo programski paket SPSS (Statistical Package for the Social Sciences ver. 13). Pridobljene podatke smo opisno (deskriptivno) analizirali. Za intervalne spremenljivke to pomeni izračun povprečne vrednosti, standardnega odklona, mediane in modusa. Standardni odklon (SD) je mera variabilnosti, gre za kvadratno sredino. Izračunamo ga kot koren iz povprečja kvadratov odklonov posamezne vrednosti spremenljivke od njenega povprečja. SD posredno odraža primernost aritmetične sredine kot reprezentanta vrednosti spremenljivke. Nizka vrednost SD v primerjavi s povprečno vrednostjo odraža bolj homogeno populacijo in obratno. Normalna distribucija je definirana s povprečno vrednostjo in standardnim odklonom. Pri podatkih na ordinalnem in nominalnem nivoju smo uporabili samo relevantne mere srednje vrednosti.

Hipoteze smo preverjali s pomočjo različnih statističnih postopkov. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med različnimi spremenljivkami smo uporabili t-test neodvisnih vzorcev in ANOVA test variance s stopnja signifikance $P=0,05$ pri dvostranskem testu. Pri tej inferenčni statistiki uporabljamo neodvisno spremenljivko kot tisto, na podlagi katere se podatke grupira, odvisno spremenljivko pa se primerja in ima vlogo t. i. testne variable. Za računanje statistične pomembnosti povezav med spremenljivkami smo uporabili Personov koeficient korelacije, ki ga lahko izpeljemo na podatkih, ki ne odstopajo pretirano od intervalne lestvice. Značilnost tega postopka je, da pokaže velikost linearne povezanosti spremenljivk X in Y, torej razmerje med pojasnjenim in celotnim standardnim odklonom za odvisno spremenljivko. Njegova vrednost sega od -1 do 1, skladno s pozitivnostjo oziroma negativnostjo korelacije med spremenljivkama. Če je vrednost enaka 0, spremenljivki nimata so-vpliva. Personov koeficient je definiran kot vsota produktov standardnih odklonov obeh vrednosti v razmerju s stopinjami prostosti oziroma kot razmerje med kovarianco in produktom obeh standardnih odklonov. V primeru, ko spremenljivke niso normalno porazdeljene, smo za računanje korelacij uporabili Spearmanov koeficient korelacije. Postavljene hipoteze smo poleg korelacijske analize preverjali tudi s pomočjo regresijskih analiz in sicer smo za preverjanje vseh 12 hipotez naredili pet različnih multivariatnih regresij (52, 53, 54).

4 Rezultati

Poglavje z rezultati raziskave vsebuje več podpoglavji. Najprej predstavljamo rezultate zanesljivosti merskih inštrumentov - koeficient Chronbach alfa. V drugem podpoglavju predstavljamo splošne podatke vzorca, sledi analiza kognitivnih storitev, povezanih s prvič izdanimi zdravili na recept za zdravljenje kroničnih obolenj. Temu sledi podpoglavje z analizami, povezanimi z izračunom indeksa farmacevtske skrbi. V petem podpoglavju predstavljamo etične dileme pri delu lekarniških farmacevtov glede na pogostost pojavljanja, pomembnost in stopnjo moralne stiske pri delu. V šestem podpoglavju predstavljamo pomembnost posameznih razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko. V zadnjem podpoglavju pa predstavljamo analize, povezane s preverjanjem zastavljenih hipotez.

4.1 Zanesljivost merskih inštrumentov

Za A, B in C dele vprašalnika smo ločeno izračunali koeficient zanesljivosti Chronbach alfa, kar je prikazano v tabeli 13.

Vrednosti koeficienta Chronbach alfa so pokazale, da so merski inštrumenti zanesljivi, z izjemo prvega merskega inštrumenta, ki meri pogostost kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje. Znotraj prvega merskega inštrumenta smo preverili štiri različne pare spremenljivk. Izkaže se, da lahko za dva para rečemo da je merski inštrument komaj zanesljiv, za dva para pa, da je zmerno zanesljiv, ker je vrednost koeficienta Chronbach alfa manjša ali enaka 0,7 (55).

Tabela 13: Zanesljivost merskih inštrumentov

Oznaka sklopa vprašalnika	Sklop vprašalnika	Chronbach alfa	Število spremenljivk
A	Pogostost kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje - par 1	0,6	2
	Pogostost kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje - par 2	0,7	2
	Pogostost kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje - par 3	0,6	2
	Pogostost kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje - par 4	0,7	2
B	Pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu	0,8	2
	Stopnja moralne stiske pri delu	0,8	2
C	Pomembnost razloga za neukrepanje ob moralni stiski	0,8	2
	Pogostost prisotnosti razloov za neukrepanje ob moralni stiski	0,8	2

Opomba: Koeficient Cronbach α predstavlja dejansko razmerje varianc dveh izbranih postavk (vprašanj v vprašalniku), ki merita isto vsebino: za sklop A pari A1/A4, A3/A9, A4/A7 in A4/A8; za sklop B B4/B11 in za sklop C C1/C5 kjer se A1, B4, C1... nanaša na ustrezen sklop vprašalnika (A,B,C) in zaporedno vprašanje v tem sklopu (1,2,3...) – glej prilogo A: Vprašalnik za magistre farmacije

4.2 Splošni podatki vzorca

Opravljen raziskava je narejena na vzorcu, ki predstavlja dobrih 10 odstotkov vseh slovenskih lekarniških farmacevtov.

V raziskavi je sodelovalo 306 farmacevtov. V celoti je na anketni vprašalnik odgovorilo 24 %

anketiranih, kar predstavlja 74 lekarniških farmacevtov. Opazili smo, da jih je več začelo z odgovarjanjem, a so padajoče proti koncu vprašalnika s sodelovanjem v raziskavi prenehali. Zato smo za posamezne analize upoštevali veljavni odstotek anketiranih. Na prvi sklop vprašalnika je v celoti odgovorilo 102 (33 %) anketiranih, zato smo upoštevali odgovore vseh 102 anketiranih. Za indeks FS pa smo izbrali le anketirane, ki so v celoti rešili anketni vprašalnik (n=74).

Porazdelitev po spolu in starosti je posledica naključno izbranega vzorca farmacevtov iz celotne Slovenije. Izbran vzorec ima podobno kot populacija farmacevtov v Sloveniji večino žensk in desetino moških. Iz pridobljenih podatkov bomo lahko orisali stanje v Sloveniji. Za natančnejše podatke in posploševanja pa bi bilo potrebno natančnejše vzorčenje po spolu.

Med vsemi anketiranimi je 13 % moških in 87 % žensk. V anketi je sodelovalo 84 % lekarniških farmacevtov iz javnih zavodov in 16 % iz zasebnih lekarn. Največ anketiranih je farmacevtov (49 %), sledijo vodje (32 %) in lastniki lekarn (19 %). 67 % anketiranih deluje v podeželjskih lekarnah, 28 % v lekarnah na obrobju mesta in 5 % v lekarnah v centru mesta. 93 % si pri delu pomaga z uporabo online in drugih baz podatkov o zdravilih. Dobra polovica anketiranih (51 %) je prepričana, da je obseg izvajanja farmacevtske skrbi odvisen od značilnosti lekarne in ustreznega plačila lekarniških farmacevtov, medtem ko je slaba polovica anketiranih lekarnarjev (45 %) prepričana, da je izvajanje farmacevtske skrbi odvisno samo od značilnosti lekarne. Večina (85 %) jih ne razmišlja o zamenjavi službe ali delovnega mesta v naslednjem letu.

V lekarni so zaposleni povprečno štirje farmacevti in dva farmacevtska tehnika. Podatki kažejo, da je v povprečju zaposlen manj kot eden farmacevt s podiplomsko izobrazbo na lekarno. V tabeli 14 so zbrani opisni podatki o udeležencih raziskave, v tabeli 15 pa so zbrani še ostali opisni podatki zaposlenih v sodelujočih lekarnah.

Tabela 14: Deskriptivni podatki o udeležencih

		N	Veljavni %
Spol	moški	10	13,2
	ženski	66	86,8
Lastništvo lekarne	javni zavod	68	84,0
	zasebna lekarna	13	16,0
Položaj anketiranega	farmacevt	40	49,4
	lastnik	15	18,5
	vodja	26	32,1
Izvajanje programom FS	značilnosti	34	44,7
	plačilo	3	3,9
	oboje	39	51,3
Položaj lekarne	center mesta	4	5,3
	obrobje mesta	21	28,0
	podeželje	50	66,7
Uporaba baz podatkov	Da	71	93,4
	Ne	5	6,6
Zamenjava službe	Da	11	14,9
	Ne	63	85,1

Tabela 15: Deskriptivni podatki zaposlenih v sodelujočih lekarnah

	N		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Število zaposlenih farmacevtov v lekarni.	79	23	4,0	4,0	1	2,69	1	15
Število zaposlenih farmacevtskih tehnikov v lekarni.	79	23	2,2	2,0	1	2,05	0	10
Število farmacevtov s podiplomsko izobrazbo (spec., mag., dr) v vaši lekarni.	79	23	0,3	0,0	0	0,70	0	5
Delovna leta	74	28	12,6	11,5	2	10,22	0	46

Legenda:

- N = število enot
- M = aritmetična povprečna vrednost
- Me = mediana
- Mo = modus
- SD = standardna deviacija
- Min = minimalna vrednost
- Max = maksimalna vrednost

4.3 Kognitivne storitve ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje

V prvem sklopu anketnega vprašalnika smo se seznanili s pogostostjo opravljanja kognitivnih storitev farmacevtov pri izdaji zdravil. Anketiranim smo zastavili 10 različnih vprašanj s pomočjo katerih smo dobili vpogled v pogostost izvajanja kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanih zdravil za kronična obolenja. Anketirane farmacevte smo prosili, da označijo pri kolikih od zadnjih petih bolnikih, ki so jim prvič izdali zdravila na recept za zdravljenje kroničnih obolenj, so izvedli navedene aktivnosti v vprašalniku.

Pogledali smo kakšne so srednje vrednosti spremenljivk. Večje kot so srednje vrednosti, večja je pogostost izvajanja posameznih storitev ob izdaji prvič predpisanih zdravil. Modus (najpogostejša ocena) je pri šestih postavkah (*»Ste bolnikom podali natančno ustno in pisno informacijo o pravilnem jemanju zdravil?«*, *»Ste bolnika opozorili na pravilno shranjevanje zdravil-a, kjer to ni sobna temperatura, in nujnost rednega jemanja zdravil-a?«*, *»Ste bolnika seznanili z opozorili in previdnostnimi ukrepi, ki jih mora upoštevati ob jemanju zdravil-a?«*, *»Ste preverili ali bolnik razume informacije, ki ste mu jih posredovali?«*, *»Ste bolnika seznanili s pričakovanimi stranskimi in nezaželenimi učinki, ki se lahko pojavijo ob jemanju zdravil-a?«*, *»Ste bolnika vzpodbudili k spremembi življenjskih navad, če le-te vplivajo na potek in prognozo bolezni?«*) najvišji (5). To pomeni, da se te kognitivne storitve izvajajo pogosteje od ostalih.

Po mnenju anketiranih se najmanj pogosto dokumentira izdajo zdravil, ki jih bolnik jemlje. Rezultati so prikazani v tabeli 16.

Tabela 16: Deskriptivni podatki o pogostosti kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje (ocenjevalna lestvica: 0-pri nobenem, 1-pri enem, 2-pri dveh, 3-pri treh, 4-pri štirih, 5-pri vseh petih bolnikih)

	N		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Ste bolniku podali natančno ustno in pisno informacijo o pravilem jemanju zdravil-a?	102	0	4,7	5,0	5	0,94	0	5
Ste bolnika opozorili na pravilno shranjevanje zdravil-a, kjer to ni sobna temperatura, in nujnost rednega jemanja zdravil-a?	102	0	4,4	5,0	5	1,30	0	5
Ste bolnika seznanili z opozorili in previdnostnimi ukrepi, ki jih mora upoštevati ob jemanju zdravil-a?	102	0	3,9	5,0	5	1,40	0	5
Ste preverili ali bolnik razume informacije, ki ste mu jih posredovali?	102	0	3,6	4,0	5	1,51	0	5
Ste bolnika seznanili s pričakovanimi stranskimi in neželjenimi učinki, ki se lahko pojavijo ob jemanju zdravil-a?	102	0	3,4	4,0	5	1,44	0	5
Ste bolnika vzpodbudili k spremembi življenjskih navad, če le-te vplivajo na potek in prognozo bolezni?	102	0	3,2	4,0	5	1,56	0	5
Ste preverili morebitne težave, povezane z zdravili, zaradi sočasnega jemanja več zdravil ali stanj, ki zahtevajo previdnost pri jemanju le-teh?	102	0	3,1	3,0	4	1,51	0	5
Ste definirali terapevtske cilje zdravljenja in poučili bolnika o načinih spremljanja doseganja le-the?	102	0	2,7	3,0	4	1,66	0	5
Ste vprašali bolnika, da vam opiše svoje zdravstveno stanje, vključno z znaki oz. simptomi ter dosedanje terapije z zdravili?	102	0	1,9	2,0	0	1,62	0	5
Ste dokumentirali vsa zdravila, ki jih bolnik jemlje, npr. na osebno kartico zdravil ali v ustrezen obrazec?	102	0	0,7	0,0	0	1,44	0	5

4.4 Indeks farmacevtske skrbi

S pomočjo indeksa farmacevtske skrbi (indeks FS) smo želeli oceniti obseg izvajanja kognitivnih storitev ob izdaji zdravil v slovenskih lekarnah. V tabeli 17 so predstavljeni deskriptivni podatki spremenljivk, ki smo jih uporabili za izračun indeksa FS.

Spremenljivke so različnega tipa, zato jih predstavljamo z različnimi opisnimi statistikami. Iz tabel je razvidno, da se anketirani farmacevti redkeje srečujejo z etično dilemo priporočil nadrejenih glede željenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah ($M=2,6$), in da se na drugi strani pogosto srečujejo z dilemo nezadostnega izvajanja kognitivnih storitev zaradi časovnega pritiska ($M=3,9$).

Povprečno število zaposlenih farmacevtov v lekarni je 4 in 2 farmacevtska tehnika. Povprečno je v lekarni izdanih 316 receptov dnevno.

Anketirani imajo do izvajanja FS v lekarnah pozitivno mnenje ($M=3,9$) in menijo, da je svetovanje ob izdaji zdravil dobro ($M=3,3$). Prav tako pa so mnenja, da je v lekarni pri izvajanju FS in izdaji zdravil omogočena zaupnost in zasebnost (58 %) ter da je obseg izvajanje FS odvisen od značilnosti lekarne (45 %) in obojega – značilnosti lekarne in ustreznega plačila lekarniških farmacevtov (51%).

Tabela 17.1: Deskriptivni podatki o spremenljivkah potrebnih za izračun indeksa FS

	N		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.	74	0	2,6	2,0	2	1,20	1	5
Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.	74	0	3,9	4,0	4	1,01	1	5
Število zaposlenih farmacevtov v lekarni.	74	0	4,0	3,5	1	2,71	1	15
Število zaposlenih farmacevtskih tehnikov v lekarni.	74	0	2,2	2,0	1	2,03	0	10
Povprečno število izdanih Rp v povprečnem dnevu v vaši lekarni.	74	0	315,9	250,0	200	243,91	0	1000
Vaše osebno mnenje o izvajanju FS v slovenskih lekarnah je	74	0	3,9	4,0	5	1,08	1	5
Po vašem mnenju je svetovanje ob izdaji zdravil v slovenskih lekarnah	74	0	3,3	3,0	3	0,91	1	5

Tabela 17.2: Deskriptivni podatki o spremenljivkah potrebnih za izračun indeksa FS

		N	Veljavni %
Ali je v vaši lekarni pri izvajanju FS in izdaji zdravil omogočena zasebnost in zaupnost?	Da	28	58,3
	Ne	20	41,7
Obseg izvajanja FS je odvisen od	Značilnosti	33	44,6
	Plačilo	3	4,1
	Oboje	38	51,4
Primarna naloga farmacevta receptarja v javni lekarni je izdaja zdravil	S svetovanjem	69	93,2
	Z informiranjem	4	5,4
	Nič od naštetega	1	1,4

Za vsakega izmed kazalnikov in indeks FS smo izračunali deskriptivne podatke, ki so prikazani v spodnji tabeli 18.

Tabela 18: Deskriptivni podatki o kazalnikih in indeksu FS

	N		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Dodatna nagrajenost za delo	74	28	4,43	3,99	6,65	2,17	1,11	6,60
Vodenje dokumentacije	74	28	1,90	,00	,00	1,44	,00	7,00
Vpliv povprečnega števila izdanih Rp na farmacevta na dan.	74	28	5,42	6,00	6,00	0,98	0,00	6,00
Izdelani in verificirani nacionalni programi FS	74	28	4,5	4,5	4,50	0,00	4,50	4,50
Organizirano izobraževanje in nacionalna koordinacija poteka programa	74	28	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00
Izvajanje farmacevtskih intervencij v lekarni.	74	28	4,6	4,9	5,60	1,62	,00	7,00
Farmacevtovo osebno mnenje o potrebnosti izvajanja FS v slovenskih lekarnah.	74	28	5,4	5,6	7,00	1,51	1,40	7,00
Je v lekarni pri izvajanju FS po mnenju farmacevta zagotovljeno dovolj zasebnosti.	33	69	3,1	4,5	4,50	2,10	,00	4,50
Farmacevtovo mnenje o njegovi časovni obremenitvi, če izvaja tudi FS.	74	28	3,5	3,6	3,60	0,91	,90	4,50
Število sočasno prisotnih farm. v lekarni.	74	28	2,8	3,1	3,06	0,60	1,53	3,06
Število zaposlenih farm.teh. ob farmacevtu	74	28	2,8	6,1	6,13	2,42	,00	6,13
Mnenje farmacevta o njegovem svetovanju ob izdaji zdravil.	74	28	1,6	2,1	2,10	0,63	,70	3,50
Mnenje farmacevta o njegovi primarni vlogi v lekarni.	74	28	3,4	3,5	3,50	0,56	,00	3,50
Mnenje o strokovni neodvisnosti lekarniškega farmacevta.	74	28	1,05	1,8	1,80	0,72	,00	2,40
Indeks FS	74	28	44,5	44,4	50,84	7,18	29,08	65,69

Tako izračunan indeks FS kot tudi neposredno mnenje anketiranih farmacevtov pokaže, da je stanje izvajanja farmacevtske skrbi v Sloveniji srednje dobro (96 %). To je prikazano s tabelo 19.

Tabela 19: Deskriptivni podatki o mnenju farmacevtov o izvajanju FS v lekarnah

	N	Veljavni %
slabo stanje	3	4,2
srednje dobro stanje	69	95,8

4.5 Najpogostejše in najpomembnejše etične dileme med farmacevti

Zanimalo nas je, katerih pet dogodkov oziroma situacij z etično dilemo po mnenju farmacevtov največkrat vodi do moralne stiske. Anketiranim smo zastavili vprašanje tako, da so razvrstili etične dileme po pomembnosti od prve do pete najpomembnejše glede na njihovo mnenje. Predstavljamo dve različni tabeli. V prvi tabeli 20 je predstavljena razvrstitev etičnih dilem po pomembnosti glede na povprečne ocene. Etična dilema z večjim povprečjem je bolj

pomembna, saj je bila večkrat izbrana med prvih pet najpomembnejših etičnih dilem:

- *napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika,*
- *nezadostno izvajanje kognitivnih storitev zaradi časovnega pritiska in*
- *priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.*

Iz tabele 21 pa vidimo kateri dogodki ali situacije z etično dilemo so za anketirance statistično pomembnejši od ostalih.

Tabela 20: Deskriptivni podatki o razvrstitvi etičnih dilem po pomembnosti (ocenjevalna lestvica od 1-nepomemben do 5-zelo pomemben)

	N(po pomembnosti ED)		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.	36	66	3,7	4,0	5,0	1,21	1	5
Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.	47	55	3,7	4,0	5,0	1,30	1	5
Priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.	25	77	3,6	4,0	5,0	1,42	1	5
Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo izdajo zdravila.	17	85	3,5	4,0	4,0	1,33	1	5
Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.	31	71	3,3	3,0	5,0	1,58	1	5
Omejena finančna sredstva in strokovni kadri	11	91	3,3	4,0	4,0	1,56	1	5
Sporne situacije s farmacevtsko industrijo.	4	98	3,3	3,5	1,0	1,71	1	5
Nedosegljivost zdravnika, ki je recept predpisal, ob potrebni dodatni pojasnitvi.	21	81	3,1	3,0	3,0	1,34	1	5
Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).	24	78	3,1	3,0	5,0	1,59	1	5
Težave pri prilagajanju količine informacij potrebam bolnika.	5	97	3,0	3,0	3,0	,00	3	3
Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.	26	76	2,9	3,0	2,0	1,42	1	5
Neveljavno zdravstveno zavarovanje.	6	96	2,8	3,0	3,0	1,33	1	5
Prizadeta integriteta bolnika zaradi nezagotavljanja diskretnosti.	16	86	2,7	2,5	2,0	1,08	1	4
Bolniki, ki zahteve utemeljujejo z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo.	9	93	2,7	3,0	4,0	1,22	1	4
Onemogočeno strokovno informiranje o zdravilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat.	11	91	2,6	2,0	2,0	1,29	1	5
Bolnik mora dolgo čakati zaradi priprave ali nabave predpisanega zdravila.	10	92	2,5	2,0	1,0	1,43	1	5
Pomanjkanje vpliva na odločitve v lekarni.	6	96	2,5	2,5	1,0	1,38	1	4
Spori v timu ali med sodelavci.	14	88	2,4	2,0	2,0	1,16	1	5
Zavestno ravnanje proti pravilom v korist bolnika.	14	88	2,4	2,0	1,0	1,40	1	5
Omejen dostop do strokovnih informacij.	7	95	2,4	2,0	2,0	1,51	1	5
Prestar ali drugače neveljaven recept.	10	92	2,4	2,5	1,0	1,17	1	4
Zagotavljanje zaupnosti.	14	88	2,4	2,5	1,0	1,28	1	5
Dvig zdravila brez ustreznih dokumentov.	7	95	2,3	2,0	2,0	1,25	1	4
Zanemarjeni in zapuščeni bolniki.	4	98	2,3	2,0	2,0	1,26	1	4
Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika zaradi nespoštljivega odnosa do njega.	10	92	2,2	2,0	2,0	1,14	1	5
Bolniki ne zmorejo (do)plačati predpisanih zdravil.	3	99	2,0	2,0	1,0	1,00	1	3
Jezikovne ovire (gluhi, slepi, tujci...).	3	99	2,0	2,0	1,0	1,00	1	3
Odnos do zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.	4	98	1,8	1,5	1,0	,96	1	3
Stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomci, slab finančni položaj).	8	94	1,6	1,0	1,0	1,41	1	5
Težave s strokovnim izobraževanjem.	0	102						

Tabela 21: T-test o razvrstitvi etičnih dilem po pomembnosti

Hipotetična vrednost = 3	t	Stopnja prostosti	Stopnja značilnosti	Razlika povprečij	95% stopnja zaupanja za aritmetično sredino	
					Spodnja meja	Zgornja meja
Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.	3,582	35	0,001	0,722	0,313	1,132
Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.	3,701	46	0,001	0,702	0,320	1,084
Priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.	1,977	24	0,060	0,560	-0,025	1,145
Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo izdajo zdravila.	1,643	16	0,120	0,529	-0,154	1,212
Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.	1,138	30	0,264	0,323	-0,257	0,902
Omejena finančna sredstva in strokovni kadri	0,582	10	0,574	0,273	-0,772	1,317
Sporne situacije s farmacevtsko industrijo.	0,293	3	0,789	0,250	-2,468	2,968
Nedosegljivost zdravnika, ki je recept predpisal, ob potrebni dodatni pojasnitvi.	0,326	20	0,748	0,095	-0,514	0,704
Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).	0,257	23	0,799	0,083	-0,586	0,753
Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.	-0,413	25	0,683	-0,115	-0,690	0,460
Neveljavno zdravstveno zavarovanje.	-0,307	5	0,771	-0,167	-1,562	1,228
Prizadeta integriteta bolnika zaradi nezagotavljanja diskretnosti.	-1,159	15	0,264	-0,313	-0,887	0,262
Bolniki, ki zahteve utemljujejo z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo.	-0,816	8	0,438	-0,333	-1,275	0,608
Onemogočeno strokovno informiranje o zdravilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat.	-0,938	10	0,371	-0,364	-1,228	0,501
Bolnik mora dolgo čakati zaradi priprave ali nabave predpisanega zdravila.	-1,103	9	0,299	-0,500	-1,526	0,526
Pomanjkanje vpliva na odločitve v lekarni.	-0,889	5	0,415	-0,500	-1,947	0,947
Spori v timu ali med sodelavci.	-1,847	13	0,088	-0,571	-1,240	0,097
Zavestno ravnanje proti pravilom v korist bolnika.	-1,529	13	0,150	-0,571	-1,379	0,236
Omejen dostop do strokovnih informacij.	-1,000	6	0,356	-0,571	-1,970	0,827
Prestar ali drugače neveljaven recept.	-1,616	9	0,140	-0,600	-1,440	0,240
Zagotavljanje zaupnosti.	-1,883	13	0,082	-0,643	-1,380	0,095
Dvig zdravila brez ustreznih dokumentov.	-1,508	6	0,182	-0,714	-1,874	0,445
Zanemarjeni in zapuščeni bolniki.	-1,192	3	0,319	-0,750	-2,752	1,252
Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika zaradi nespoštljivega odnosa do njega.	-2,228	9	0,053	-0,800	-1,612	0,012
Bolniki ne zmorejo (do)plačati predpisanih zdravil.	-1,732	2	0,225	-1,000	-3,484	1,484
Jezikovne ovire (gluhi, slepi, tujci...).	-1,732	2	0,225	-1,000	-3,484	1,484
Odnos do zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.	-2,611	3	0,080	-1,250	-2,773	0,273
Stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomeci, slab finančni položaj).	-2,762	7	0,028	-1,375	-2,552	-0,198

T-test pokaže ali se aritmetična sredina spremenljivk, ki predstavljajo različne etične dileme, statistično razlikuje od hipotetičnega povprečja oz. sredinske vrednosti (3). Na podlagi teh podatkov lahko sklepamo o statistični pomembnosti posameznih etičnih dilem med anketiranimi z določeno stopnjo značilnosti. S pomočjo t-testa lahko izluščimo ob 5% stopnji tveganja, da so anketiranim najpomembnejši etični dilemi, s katerimi se srečujejo pri svojem delu:

- *napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika in*
- *nezadostno izvajanje kognitivnih storitev zaradi časovnega pritiska.*

Z 10% stopnjo tveganja lahko rečemo, da je za anketirane farmacevte pomembna še etična dilema *priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.*

Etična dilema, ki jo je na tem mestu potrebno dodatno izpostaviti, saj je po mnenju farmacevtov statistično značilno najmanj pomembna pa je *stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomeci, slab finančni položaj).*

V tabeli 22 so prikazani podatki o etičnih dilemah, ki so jih anketirani označili kot prvo najpomembnejšo etično dilemo. Izkaže se, da je najpomembnejša nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (21 %), sledijo napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika (15 %), prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo (14 %), priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah (11 %) in izdaja zdravil v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami in prepričanji (ugovor vesti) (9 %).

Tabela 22: Deskriptivni podatki o razvrstitvi etičnih dilem po pomembnosti

	N	Veljavni %
Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.	17	21,0
Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.	12	14,8
Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.	11	13,6
Priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.	9	11,1
Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).	7	8,6
Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.	5	6,2
Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo izdajo zdravila.	5	6,2
Nedosegljivost zdravnika, ki je recept predpisal, ob potrebni dodatni pojasnitvi.	3	3,7
Omejena finančna sredstva in strokovni kadri	2	2,5
Bolnik mora dolgo čakati zaradi priprave ali nabave predpisanega zdravila.	1	1,2
Onemogočeno strokovno informiranje o zdravilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat.	1	1,2
Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika zaradi nespoštljivega odnosa do njega.	1	1,2
Zagotavljanje zaupnosti.	1	1,2
Spori v timu ali med sodelavci.	1	1,2
Sporne situacije s farmacevtsko industrijo.	1	1,2
Neveljavno zdravstveno zavarovanje.	1	1,2
Stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomci, slab finančni položaj).	1	1,2
Zavestno ravnanje proti pravilom v korist bolnika.	1	1,2
Omejen dostop do strokovnih informacij.	1	1,2

4.6 Pomembnost razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko in pogostost razlogov za neukrepanje

Zanimalo nas je tudi, kakšna je po mnenju anketiranih pomembnost posameznih razlogov za neukrepanje in pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob moralni stiski. To smo izmerili s predzadnjim sklopom vprašalnika, kjer so anketirani tudi odgovarjali na vprašanja s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice. Pogledali smo, kakšne so srednje vrednosti spremenljivk, ki merijo pomembnost razlogov za neukrepanje ob moralni stiski. Večje kot so srednje vrednosti, večja je pomembnost razloga za neukrepanje ob moralni stiski.

Modus (najpogostejša ocena) je samo pri postavki pomankljive kompetence na področju etične usposobljenosti in/ali strokovnega znanja najvišja (5).

Anketirani farmacevti se ne poistovetijo s pomembnostjo razlogov za neukrepanje ob moralni stiski. Dobljeni podatki so prikazani v tabeli 23.

Tabela 23: Deskriptivni podatki o pomembnosti razlogov za neukrepanje ob moralni stiski (ocenjevalna lestvica: od 1-nepomemben do 5-zelo pomemben)

	N		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Pomanjkljive kompetence na področju etične usposobljenosti in/ali strokovnega znanja.	77	25	3,3	3,0	5	1,45	1	5
Da ne bi nadrejeni ukrepanje dojemali kot nespoštovanje do njih.	77	25	2,9	3,0	1	1,48	1	5
Strah pred negativnim vplivom na oceno uspešnosti pri delu.	77	25	2,7	2,0	1	1,52	1	5
Podrejena vloga na delovnem mestu.	77	25	2,6	2,0	1	1,51	1	5
Hierarhija med sodelavci.	77	25	2,4	2,0	1	1,33	1	5
Ker sem želel-a biti razumljen-a kot »igralec« ekipe.	77	25	2,3	2,0	1	1,26	1	5

Prav tako smo pogledali, kakšne so srednje vrednosti spremenljivk, ki merijo pogostost razlogov za neukrepanje ob moralni stiski (tabela 24). Večje kot so srednje vrednosti večja je pogostost razloga za neukrepanje ob moralni stiski.

Modus (najpogostejša ocena) pri nobeni postavki ni najvišja (5).

Anketiranim pogostost pojavljanja razlogov za neukrepanje ob moralni stiski nakazujeta dve postavki:

-pomanjkanje kompetenc na področju etične usposobljenosti in/ali strokovnega znanja ter -da ne bi nadrejeni ukrepanje dojemali kot nespoštovanje do njih.

Anketirani farmacevti se tudi v tem primeru ne poistovetijo z razlogi za neukrepanje ob moralni stiski.

Tabela 24: Deskriptivni podatki o pogostosti razlogov za neukrepanje ob moralni stiski (ocenjevalna lestvica: 1-nikoli, 2-redko, 3-občasno, 4-pogosto in 5-zelo pogosto)

	N		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Pomanjkljive kompetence na področju etične usposobljenosti in/ali strokovnega znanja.	77	25	2,5	2,0	2	1,07	1	5
Da ne bi nadrejeni ukrepanje dojemali kot nespoštovanje do njih.	77	25	2,4	2,0	2	1,30	1	5
Podrejena vloga na delovnem mestu.	77	25	2,3	2,0	1	1,32	1	5
Strah pred negativnim vplivom na oceno uspešnosti pri delu.	77	25	2,3	2,0	1	1,38	1	5
Hierarhija med sodelavci.	77	25	2,0	2,0	1	1,15	1	5
Ker sem želel-a biti razumljen-a kot »igralec« ekipe.	77	25	2,0	2,0	1	1,11	1	5

4.7 Povprečna ocena pogostosti etičnih dilem in stopnje moralne stiske

Zaradi primerljivosti z rezultati drugih raziskav smo povprečno pogostost zaznavanja etičnih dilem in stopnje moralne stiske lekarniških farmacevtov izrazili v razponu minimalnega in maksimalnega števila točk med 0 in 100 za vsoto vseh 30 situacij oz. dogodkov, kar je prikazano v tabeli 25.

Tabela 25: Prevedba rezultatov v razpon med 0 in 100 za vsoto vseh 30 vprašanj sklopa B

	M	SD	Min	Max	M ₀₋₁₀₀	SD ₀₋₁₀₀
Ocean B1-pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu	78,36	17,11	30	150	40,3	8,6
Ocean B2-stopnja moralne stiske pri delu	83,43	22,96	30	150	44,6	18,1

4.8 Pregled povezanosti med glavnimi sklopi vprašalnika

Kaže se blaga povezanost med pogostostjo kognitivnih storitev in pogostostjo pojavljanja etičnih dilem, in sicer bolj ko so pogoste kognitivne storitve, manj pogosto se pojavljajo etične dileme pri delu ($R = -0,169$; $P = 0,10$).

Med pogostostjo pojavljanja etičnih dilem pri delu in stopnjo moralne stiske ($R = 0,598$; $P < 0,001$) in pogostostjo prisotnosti razlogov za neukrepanje ($R = 0,401$; $P < 0,001$) se tudi pojavi povezanost. Prav tako opazimo povezanost med stopnjo moralne stiske pri delu in pogostostjo prisotnosti razlogov za neukrepanje ($R = 0,387$; $P = 0,001$). Korelacije so prikazane v tabeli 26.

Tabela 26: Pregled povezanosti med glavnimi sklopi vprašalnika

Spearman's rho		ocenaA pogostost kognitivnih storitev	ocenaB_1 pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu	ocenaB_2 stopnja moralne stiske pri delu	ocenaC pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje
ocenaA pogostost kognitivnih storitev	Koef. korelacije	1,000	-,169	,076	,038
	P (dvostranski)	.	,107	,492	,740
	N	102	92	83	77
ocenaB_1 pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu	Koef. korelacije	-,169	1,000	,598	,401
	P (dvostranski)	,107	.	,000	,000
	N	92	92	83	77
ocenaB_2 stopnja moralne stiske pri delu	Koef. korelacije	,076	,598	1,000	,387
	P (dvostranski)	,492	,000	.	,001
	N	83	83	83	77
ocenaC pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje	Koef. korelacije	,038	,401	,387	1,000
	P (dvostranski)	,740	,000	,001	.
	N	77	77	77	77

4.9 Preverjanje hipotez

Za potrditev oziroma zavrnitev hipotez smo naredili štiri nove izvedene spremenljivke (vsote posameznih sklopov vprašanj – pogostost kognitivnih storitev, pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu, stopnja moralne stiske pri delu, pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob moralni stiski) in osem demografskih spremenljivk.

Preden smo se odločili, katere izmed postavk posameznega merskega inštrumenta bomo upoštevali pri računanju izvedenih spremenljivk sklopa B, smo naredili pregled pogostosti pojavljanja in rangiranje posameznih etičnih dilem ter stopnje moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči (glej tabelo 27).

Za korelacijo smo izbrali etične dileme, ki se pri delu farmacevtov pojavljajo občasno ali pogosto (vrednost enaka 3 ali več) in/ali povzročijo zmerno do hudo moralno stisko pri delu (vrednost enaka 3 ali več).

Izvedene spremenljivke:

- pogostost kognitivnih storitev (vsa vprašanja iz sklopa A),
- pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu (izbrana vprašanja iz sklopa B1 – pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu: 2, 3, 4, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 26, 27, 29),
- stopnja moralne stiske pri delu (izbrana vprašanja iz sklopa B2 – stopnja moralne stiske etične dileme pri delu: 2, 3, 4, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 26, 27, 29),
- pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob moralni stiski (vsa vprašanja iz sklopa C).

Demografske spremenljivke:

- lastništvo lekarne (javni zavod ali zasebna lekarna),
- položaj lekarne (center mesta, obrobje mesta, podeželje),
- vaša delovna leta v lekarni (manj ali enako 10 let, več kot 10 let),
- število zaposlenih farmacevtov v lekarni (manj ali enako 2, več kot 2),
- število receptov na farmacevta (manj ali enako 75, več kot 75),
- ali nameravate v naslednjem letu zamenjati službo ali delovno mesto? (da, ne),
- povprečno število dni strokovnega izpopolnjevanja na farmacevta v vaši lekarni letno (manj ali enako 5 dni, več kot 5 dni),
- področje (regija) Slovenije, v kateri lekarna deluje (11 statističnih regij).

Tabela 27: Pregled pogostosti pojavljanja in rangiranje posameznih etičnih dilem (ocenjevalna lestvica: 1-nikoli, 2-redko, 3-občasno, 4-pogosto in 5-zelo pogosto) ter stopnje moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči (ocenjevalna lestvica: 1-brez stiske, 2-blaga stiska, 3-zmerna stiska, 4-huda stiska in 5- zelo huda stiska)

Etična dilema	Frekvenca pojavljanja ED povp.	Frekvenca pojavljanja ED SD	Stopnja moralne stiske, ki jo ED povzroči povp.	Stopnja moralne stiske, ki jo ED povzroči SD	Rang po frekvenci pojavljanja ED	Rang po moralni stiski, ki jo ED povzroči
1 Priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.	2,6	1,23	2,4	1,31	16	24
2 Bolniki, ki zahteve utemeljujejo z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo.	3,0	0,97	2,4	0,88	8	25
3 Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.	3,9	0,99	3,3	1,12	1	3
4 Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.	3,2	0,93	3,1	1,08	3	7
5 Bolniki ne zmorejo (do)plačati predpisanih zdravil.	2,6	0,83	2,7	0,99	14	17
6 Bolnik mora dolgo čakati zaradi priprave ali nabave predpisanega zdravila.	2,2	0,82	2,4	1,06	26	22
7 Prizadeta integriteta bolnika zaradi nezagotavljanja diskretnosti.	2,8	1,11	2,9	1,19	10	12
8 Onemogočeno strokovno informiranje o zdravlilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat.	2,7	1,00	2,5	1,03	12	21
9 Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.	3,1	0,94	3,3	1,10	5	4
10 Dvig zdravila brez ustreznih dokumentov.	2,6	1,00	2,3	1,02	13	28
11 Nedosegljivost zdravnika, ki je recept predpisal, ob potrebni dodatni pojasnitvi.	3,0	0,93	3,4	1,13	6	2
12 Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika zaradi nespoštljivega odnosa do njega.	1,9	0,86	3,0	1,06	30	9
13 Težave pri prilagajanju količine informacij potrebam bolnika.	2,6	0,88	2,5	0,93	15	20
14 Omejena finančna sredstva in strokovni kadri	3,4	1,11	2,9	1,18	2	11
15 Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.	2,2	1,30	3,7	1,44	24	1
16 Zagotavljanje zaupnosti.	3,1	1,25	2,9	1,21	4	13
17 Prestar ali drugače neveljaven recept.	2,8	0,87	2,3	1,02	9	29
18 Odnos do zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.	2,5	0,98	2,3	0,97	18	27
19 Zanemarjeni in zapušteni bolniki.	2,3	0,91	2,7	1,04	22	18
20 Spori v timu ali med sodelavci.	2,0	0,95	3,1	1,39	27	8
21 Težave s strokovnim izobraževanjem.	2,4	1,10	2,6	1,24	20	19
22 Sporne situacije s farmacevtsko industrijo.	2,2	0,99	2,2	1,08	25	30
23 Jezikovne ovire (gluhi, slepi, tujci...).	2,0	0,68	2,4	1,01	28	23
24 Neveljavno zdravstveno zavarovanje.	2,7	0,82	2,3	0,94	11	26
25 Stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomci, slab finančni položaj).	2,3	0,88	2,8	0,97	23	16
26 Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo izdajo zdravila.	3,0	0,91	3,2	1,28	7	6
27 Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).	2,0	1,06	3,2	1,53	29	5
28 Zavestno ravnanje proti pravilom v korist bolnika.	2,4	0,98	2,9	1,23	19	14
29 Omejen dostop do strokovnih informacij.	2,4	1,02	3,0	1,30	21	10
30 Pomanjkanje vpliva na odločitve v lekarni.	2,5	1,29	2,8	1,24	17	15

Zanimalo nas je ali med posameznimi izvedenimi spremenljivkami in vsemi demografskimi spremenljivkami obstaja povezava (korelacija) s pomočjo katere lahko potrdimo ali zavržemo hipoteze. Preden smo se lotili analize smo preverili, če so spremenljivke, uporabljene za preverjanje korelacij, normalno porazdeljene (glej tabelo 28: test normalne porazdelitve). Izkaže se, da razen v primeru izvedene spremenljivke pogostost kognitivnih storitev (sklop A), spremenljivke niso normalno porazdeljene. Za računanje korelacij smo zato uporabili Spearmanov koeficient korelacije.

Tabela 28: Test normalne porazdelitve

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ocenaA	,081	71	,200	,969	71	,075
ocenaB_1	,052	71	,200	,992	71	,926
ocenaB_2	,096	71	,174	,961	71	,027
ocenaC	,129	71	,005	,944	71	,003
q_lastnistvo	,504	71	,000	,453	71	,000
q_položaj	,315	71	,000	,734	71	,000
d12	,365	71	,000	,633	71	,000
d2	,423	71	,000	,597	71	,000
Rp_1	,351	71	,000	,636	71	,000
q_menjava službe	,521	71	,000	,391	71	,000
d8R	,387	71	,000	,624	71	,000
regija	,188	71	,000	,860	71	,000

Izračun koeficienta korelacije v tabeli 29 pokaže, da je pogostost izvajanja kognitivnih storitev pozitivno zelo povezana z lastništvom lekarne ($R = 0,310$; $P = 0,005$), številom farmacevtov v lekarni ($R = 0,253$; $P = 0,024$), malo manj pozitivno povezana z delovno dobo in namenom menjave službe ter s položajem lekarne. Pogostost kognitivnih storitev pa je negativno povezana s številom dni strokovnega izpopolnjevanja in skoraj ni povezana s številom izdanih receptov.

Pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu je pozitivna v povezavi s številom zaposlenih farmacevtov v lekarni, z vsemi ostalimi spremenljivkami pa je v negativni povezanosti, najbolj z delovno dobo zaposlenih farmacevtov ($R = -0,373$; $P = 0,001$).

Stopnja moralne stiske pri delu je v pozitivni šibki povezavi s položajem lekarne in v malo večji pozitivni povezanosti s številom zaposlenih farmacevtov v lekarni. Z vsemi ostalimi izbranimi demografskimi spremenljivkami je stopnja moralne stiske negativno povezana, najbolj s številom dni strokovnega izobraževanja ($R = -0,258$; $P = 0,023$).

Pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje je pozitivno povezana s številom farmacevtov v lekarni ($R = 0,326$; $P = 0,004$), in s številom izdanih receptov. Z vsemi ostali demografskimi spremenljivkami se kaže negativna povezanost s pogostostjo prisotnosti razlogov za neukrepanje.

Stopnja moralne stiske in pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje kažeta povezanost z regijo v kateri se nahaja lekarna, medtem ko je pogostost pojavljanja etičnih dilem v šibki negativni povezanosti z regijo.

Tabela 29: Koeficient korelacije med izvedenimi in demografskimi spremenljivkami

Spearman's rho		ocenaA pogostost kognitivnih storitev	q_lastnistvo lastnistvo	q_položaj položaj	d12 delovna leta	d2 število F v lekarni	Rp_1 število izdanih receptov	q_menjavn sluzbe menjavasl uzbe	d8R št dni strokovnega izpopolnjeva nja	regija
ocenaA pogostost kognitivnih storitev	Koef. korelacije	1,000	,310	,064	,149	,253	-,012	,108	-,104	
	P (dvostranski)	.	,005	,573	,205	,024	,919	,361	,366	
	N	102	81	81	74	79	79	74	77	
ocenaB_1 pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu	Koef. korelacije	1,000	-,196	-,073	-,373	,116	-,140	-,093	-,156	-,026
	P (dvostranski)	.	,080	,515	,001	,308	,218	,428	,175	,826
	N	92	81	81	74	79	79	74	77	76
ocenaB_2 stopnja moralne stiske pri delu	Koef. korelacije	1,000	-,203	,017	-,083	,034	-,101	-,076	-,258	,129
	P (dvostranski)	.	,069	,882	,483	,764	,375	,522	,023	,266
	N	83	81	81	74	79	79	74	77	76
ocenaC pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje	Koef. korelacije	1,000	-,243	-,207	-,226	,326	,054	-,216	-,236	,151
	P (dvostranski)	.	,033	,070	,053	,004	,641	,065	,042	,194
	N	77	77	77	74	77	77	74	75	76

Hipoteze smo poleg preverjanja korelacij s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije preverjali tudi s pomočjo regresijskih analiz, ki so prikazane v tabeli 30. Za preverjanje vseh 12 hipotez smo naredili pet različnih multivariatnih regresij.

Tabela 30: Regresijske analize

		B	SE B	β
Model 1	Konstanta	1,679	8,273	
	tip lekarne	9,263	2,546	0,422
	položaj lekarne	0,487	1,127	0,520
	delovna leta farmacevta	4,120	1,840	0,249
	število zaposlenih farmacevtov v lekarni	6,543	2,013	0,376
	povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta	1,556	1,889	0,950
	povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevtov na leto	-2,430	1,829	-0,145
	namen zamenjave službe	1,157	2,741	0,047
Model 2	Konstanta	1,940	0,207	
	pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu	-0,001	0,007	-0,024
	stopnja moralne stiske pri delu	-0,001	0,005	-0,037
Model 3	Konstanta	54,360	6,765	
	tip lekarne	-4,555	2,431	-0,232
	položaj lekarne	-0,203	1,056	-0,025
	delovna leta farmacevta	-4,915	1,758	-0,335
	število zaposlenih farmacevtov v lekarni	0,821	1,917	0,054
	povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta	-2,388	1,768	-0,163
	povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevtov na leto	-1,612	1,743	-0,108
	regija	-0,150	0,816	-0,023
Model 4	Konstanta	61,317	10,139	
	tip lekarne	-9,877	3,643	-0,341
	položaj lekarne	1,223	1,583	0,100
	delovna leta farmacevta	-1,442	2,635	-0,067
	število zaposlenih farmacevtov v lekarni	0,466	2,874	0,021
	povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta	-5,036	2,649	-0,233
	povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevtov na leto	-4,116	2,613	-0,187
	regija	1,331	1,222	0,136
Model 5	Konstanta	31,655	5,321	
	tip lekarne	-3,523	1,617	-0,249
	položaj lekarne	0,002	0,707	0,000
	delovna leta farmacevta	-3,138	1,169	-0,294
	število zaposlenih farmacevtov v lekarni	2,027	1,286	0,181
	povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta	-0,329	1,184	-0,031
	povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevtov na leto	-1,704	1,177	-0,158
	namen zamenjave službe	-5,590	1,741	-0,351
	regija	0,270	0,551	0,056

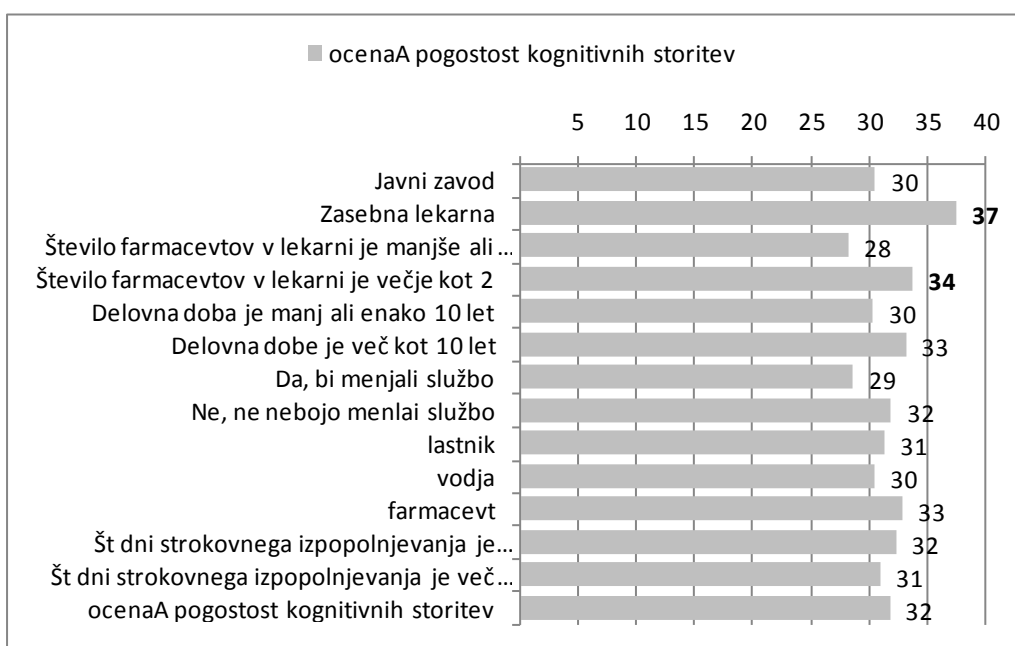
Opomba: Okrepljene β predstavljajo $p < 0.05$.

4.9.1 Prvi regresijski model

S prvim regresijskim modelom smo preverjali **prvo** hipotezo (*Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta vplivajo na pogostost izvajanja dodatnih kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept*), **drugo** hipotezo (*Namen*

zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtilah vpliva na pogostost izvajanja kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept) in osmo hipotezo (Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno vpliva na pogostost izvajanja dodatnih kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept).

Prvi regresijski model je smiseln, saj se statistično prilega podatkom, in sicer je značilen pri 0-odstotni stopnji tveganja. Statistika F znaša 3,915 pri statistični značilnosti 0,001. Determinacijski koeficient R^2 , ki je normaliziran glede na število neodvisnih spremenljivk, znaša 0,226. To pomeni, da z neodvisnimi spremenljivkami pojasnimo 22,6 % celotne variance odvisne spremenljivke. Standardni regresijski koeficienti β so statistično pomembni za tri neodvisne spremenljivke (tip lekarne, delovna leta farmacevta in število zaposlenih farmacevtov v lekarni). Izmed vseh dejavnikov ima največji vpliv na pogostost kognitivnih storitev tip lekarne (javni zavod ali zasebna lekarna). Statistično pomembne razlike so prikazane grafično na sliki 7 in sicer okrepjeno.



Slika 7: Pogostost kognitivnih storitev glede na demografske podskupine

Zaključimo lahko, da imajo zasebne lekarne in lekarne, kjer je število zaposlenih farmacevtov v lekarni večje od 2, višje povprečje pogostosti izvajanja kognitivnih storitev.

4.9.2 Drugi regresijski model

Z drugim regresijskim modelom smo preverjali **četrto** hipotezo (*Pogostost pojavljanja navedenih etičnih dilem in stopnja moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči vpliva na namen zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtilah*). Drugi regresijski model ni smiseln, saj se statistično ne prilega podatkom. Statistika F znaša 0,108 pri statistični značilnosti 0,897.

4.9.3 Tretji regresijski model

S tretjim modelom smo preverjali **tretjo** hipotezo (*Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni, povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta vplivajo na pogostost pojavljanja etičnih dilem med delom*), **peto** hipotezo (*Pogostost pojavljanja navedenih etičnih dilem in stopnja moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči, je odvisna od regije Slovenije, v kateri lekarna deluje*) in **deveto** hipotezo (*Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno vpliva na na pogostost pojavljanja etičnih dilem med delom*).

Tretji regresijski model je smiseln, saj se statistično prilega podatkom. Statistika F znaša 2,429 pri statistični značilnosti 0,029. Determinacijski koeficient R^2 , ki je normaliziran glede na število neodvisnih spremenljivk, znaša 0,123. To pomeni, da z neodvisnimi spremenljivkami pojasnimo 12,3 % celotne variance odvisne spremenljivke. Standardni regresijski koeficienti β so statistično pomembni za dve neodvisni spremenljivki: tip lekarne in delovna leta farmacevta.

Zaključimo lahko, da imajo izmed vseh dejavnikov največji vpliv na pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu delovna leta farmacevta. In sicer manj časa kot je farmacevt zaposlen, bolj pogosto se pojavljajo pri njem etične dileme pri delu.

4.9.4 Četrty regresijski model

S četrtyim regresijskim modelom smo preverili **šesto** hipotezo (*Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta vplivajo na stopnjo moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči*) in **deseto** hipotezo (*Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno vpliva na na stopnjo moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči*).

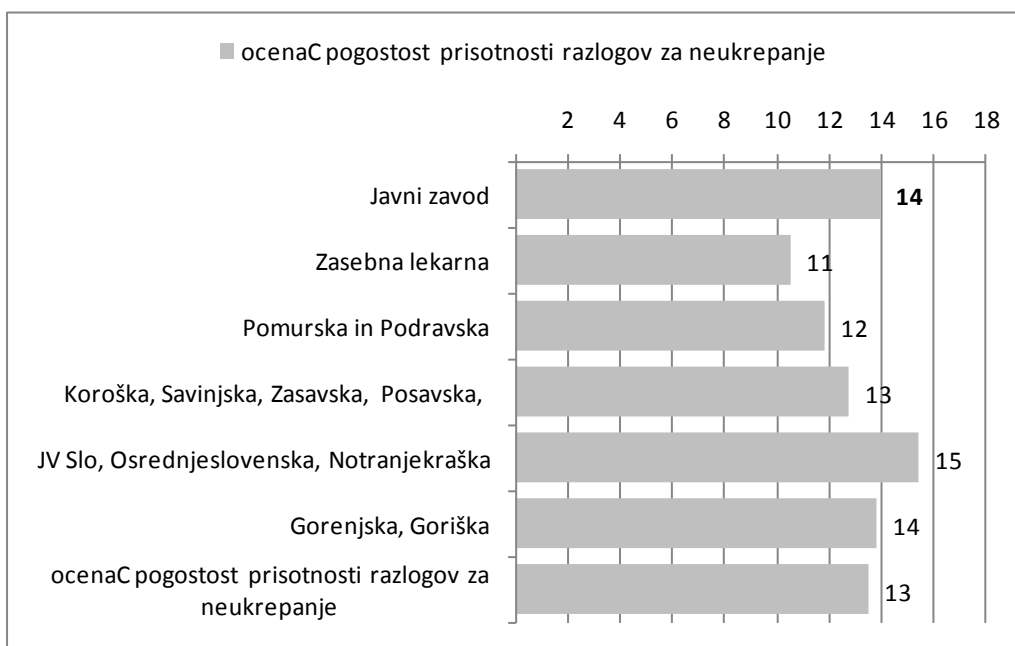
Četrty regresijski model je smiseln, saj se delno statistično prilega podatkom. Statistika F znaša 2,094 pri statistični značilnosti 0,057. Determinacijski koeficient R^2 , ki je normaliziran glede na število neodvisnih spremenljivk, znaša 0,097. To pomeni, da z neodvisnimi spremenljivkami pojasnimo 9,7 % celotne variance odvisne spremenljivke. Standardni regresijski koeficient β je statistično pomemben za neodvisno spremenljivko tip lekarne, ki ima tudi največji vpliv na stopnjo moralne stiske pri delu. In sicer, zaposleni farmacevti v javnih zavodih, se srečujejo z višjo stopnjo moralne stiske pri delu.

4.9.5 Peti regresijski model

S petim regresijskim modelom smo preverili **sedmo** hipotezo (*Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta vplivajo na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko*), **enajsto** hipotezo (*Namen zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtih vpliva na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko*) in **dvanajsto** hipotezo (*Pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko je odvisna od področja, regije, v kateri lekarna deluje*).

Tudi peti regresijski model je smiseln, saj se statistično prilega podatkom. Statistika F znaša 4,284 pri statistični značilnosti 0,000. Determinacijski koeficient R^2 , ki je normaliziran glede

na število neodvisnih spremenljivk, znaša 0,273. To pomeni, da z neodvisnimi spremenljivkami pojasnimo 27,3 % celotne variance odvisne spremenljivke. Standardni regresijski koeficienti β so statistično pomembni za tri neodvisne spremenljivke: tip lekarne, delovna leta farmacevta in namen menjave službe. Pri farmacevtech, zaposlenih v javnih zavodih, so pogosteje prisotni razlogi za neukrepanje (slika 8).



Slika 8: Pogostost razlogov za neukrepanje ob moralni stiski glede na demografske podskupine

Ugotovili smo tudi, da ima izmed vseh dejavnikov največji vpliv na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje namen zamenjave službe. In sicer, če jo ima farmacevt namen menjati, se bolj pogosto pojavljajo pri njem razlogi za neukrepanje ob moralni stiski.

Povzetek ugotovitev regresijske analize:

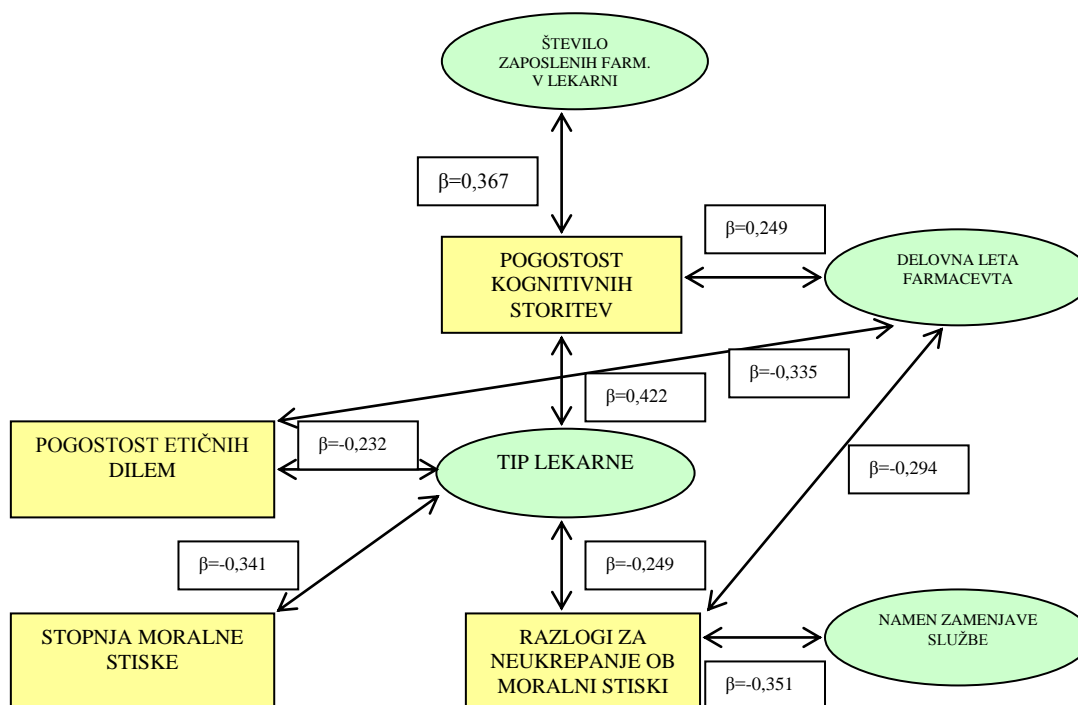
- na pogostost zaznavanja kognitivnih storitev vplivajo tip lekarne, delovna leta farmacevta in število zaposlenih farmacevtov v lekarni;
- na pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu vplivata tip lekarne in delovna leta farmacevta;
- na stopnjo moralne stiske zaradi etičnih dilem pa vpliva samo tip lekarne in
- na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob pojavu moralne stiske vplivajo tip lekarne, delovna leta farmacevta in namen zamenjave službe.

Povezave, ugotovljene z regresijsko analizo, med spremenljivkami so prikazane na sliki 9.

Za analizo smo izbrali:

izvedene spremenljivke: pogostost kognitivnih storitev; pogostost etičnih dilem, ki se pri delu farmacevtov pojavljajo občasno ali pogosto (vrednost enaka 3 ali več) in/ali povzročijo zmerno do hudo moralno stisko pri delu (vrednost enaka 3 ali več) ter pogostost razlogov za neukrepanje ob moralni stiski ter

demografske spremenljivke: lastništvo in položaj lekarne, delovna leta in število zaposlenih farmacevtov, število izdanih Rp, namen zamenjave službe, število dni strokovnega izobraževanja in regija, v kateri se lekarna nahaja.



Slika 9: Ugotovljene povezave med spremenljivkami z regresijsko analizo ($p < 0,05$)

4.10 Rezultati preverjanja hipotez

Hipoteze smo poleg preverjanja korelacij s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije preverjali tudi s pomočjo regresijskih analiz in dobili sledeče rezultate:

H1: Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta VPLIVAJO na pogostost izvajanja dodatnih kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept.

SPREJMEMO v delu, da tip lekarne, delovna leta farmacevta in število zaposlenih farmacevtov v lekarni VPLIVAJO na pogostost izvajanja dodatnih kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept.

H2: Namen zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtih VPLIVA na pogostost izvajanja kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept.

NE SPREJMEMO.

H3: Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni, povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta VPLIVAJO na pogostost pojavljanja etičnih dilem med delom.

SPREJMEMO v delu, da tip lekarne in delovna leta farmacevta VPLIVATA na pogostost pojavljanja etičnih dilem med delom.

H4: Pogostost pojavljanja navedenih etičnih dilem in stopnja moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči VPLIVA na namen zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtih.

NE SPREJMEMO.

H5: Pogostost pojavljanja navedenih etičnih dilem in stopnja moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči, je ODVISNA od regije Slovenije, v kateri lekarna deluje.
NE SPREJMEMO.

H6: Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta VPLIVAJO na stopnjo moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči.
SPREJMEMO v delu, da tip lekarne VPLIVA na stopnjo moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči.

H7: Tip ter položaj lekarne, delovna leta farmacevta, število zaposlenih farmacevtov v lekarni in povprečno število izdanih receptov v enem dnevu na farmacevta VPLIVAJO na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko.
SPREJMEMO v delu, da tip lekarne in število zaposlenih farmacevtov v lekarni VPLIVATA na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko.

H8: Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno VPLIVA na pogostost izvajanja dodatnih kognitivnih storitev za bolnike s kroničnimi obolenji ob izdaji zdravil na recept.
NE SPREJMEMO.

H9: Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno VPLIVA na pogostost pojavljanja etičnih dilem med delom.
NE SPREJMEMO.

H10: Povprečno število dni strokovnega izobraževanja farmacevta letno VPLIVA na stopnjo moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči.
SPREJMEMO.

H11: Namen zamenjave službe ali delovnega mesta v naslednjem letu pri farmacevtih VPLIVA na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko.
SPREJMEMO.

H12: Pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko je ODVISNA od področja, regije, v kateri lekarna deluje.
NE SPREJMEMO.

5 Razprava

Raziskava je prvi poskus izvedbe kvantitativne ocene tako pogostosti izvajanja kognitivnih storitev ob izdaji zdravil z izračunom indeksa farmacevtske skrbi v slovenskih lekarnah kot tudi ocene pogostosti zaznavanja etičnih dilem med lekarniškimi farmacevti, stopnje moralne stiske ter vzrokov za neukrepanje ob pojavu le-te. Pri interpretaciji rezultatov, dobljenih s statistično analizo, se zavedamo omejitev raziskave, ki jih je potrebno upoštevati pri posploševanju ugotovitev na celotno populacijo lekarniških farmacevtov v Sloveniji.

Rezultate prvega sklopa vprašalnika o pogostosti kognitivnih storitev bomo primerjali predvsem z evropsko raziskavo, objavljeno leta 2010: Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe (56). Predlagali bomo minimalne izvedljive spremembe splošnega operacijskega postopka izdaje zdravil v lekarni z namenom čim večjega vključevanja kognitivnih storitev v sam proces, kar je kot kažejo raziskave ter tako mednarodna kot evropska priporočila možna pot nadaljnega razvoja lekarniške farmacije kot dela farmacevtske stroke.

5.1 Omejitve raziskave

Retrospektivnost raziskave pomeni, da se anketiranci pri odgovarjanju na vprašanja sklicujejo na spomin. V prvem sklopu vprašalnika o pogostosti kognitivnih storitev pri izdaji zdravil jih sprašujemo po zadnjih petih primerih, zato predvidevamo manjše odstopanje od realnega stanja kot pri drugih dveh sklopih. Če bi se želeli izogniti netočnosti zaradi spomina anketirancev, bi del vprašalnika o kognitivnih storitvah izvedli prospektivno. Hkrati bi se tako ognili še napaki zaradi samoocene. Dobili smo rezultate, ki so primerljivi tistim iz srednje evropskih držav (56) in po našem mnenju dobro prikazujejo stanje v slovenskih lekarnah. Predpostavljamo, da so anketiranci odgovarjali objektivno.

Zaradi visoke stopnje nesodelovanja povabljenih farmacevtov iz osrednjeslovenske in obalnokraške regije ne moremo povsem izključiti možnosti pristranskega izbora.

Raziskavo smo izvedli na vzorcu, ki predstavlja več kot 10% celotne populacije lekarniških farmacevtov v Sloveniji. 24% odziv je za odgovarjanje na spletni vprašalnik v mejah pričakovanega. Padajoči odstotek odgovorov proti koncu vprašalnika, na prvi sklop o pogostosti kognitivnih storitev je odgovorilo 33% vprašanih, lahko razložimo z več dejavniki:

1. Za odgovore na vsa vprašanja je farmacevt potreboval v povprečju glede na predhodno pilotno raziskavo skoraj pol ure. Večina farmacevtov je verjetno odgovarjala na anketo med delovnim časom in se po prekinitvi odgovarjanja zaradi delovnih obveznosti ni več vrnila na spletno mesto, da bi anketo dokončala.
2. Drugi razlog so posredovali anketiranci sami. Namreč na vprašanja predvsem o moralni stiski pri delu in razlogih za neukrepanje se niso želeli opredeljevati kljub zagotovitvi o anonimnosti sodelovanja in varovanju pridobljenih podatkov.

V drugem razlogu se mogoče skriva tudi nenaklonjenost nekaterih vodstev lekarn, da zaposleni farmacevti sodelujejo v raziskavi.

Možen vzrok za statistično nezaznavo razlik je lahko tudi v slabi občutljivosti uporabljenega inštrumenta, s katerim smo merili posamezne dimenzije.

Zanesljivost sklopa A vprašalnika, s katerim smo merili pogostost kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanih zdravil za kronična obolenja, je bila še sprejemljiva (Cronbachov koeficient α je večji od 0,6), za sklopa B (pogostost zaznavanja etičnih dilem in stopnja moralne stiske) in sklopa C vprašalnika (pogostost in pomembnost razlogov za neukrepanje ob moralni stiski) pa zelo dobra, Cronbachov koeficient α je večji od 0,8.

5.2 Kognitivne storitve v slovenskih lekarnah

Rezultati raziskave kažejo, da je zagotavljanje kognitivnih storitev ob izdaji zdravil na celovit način še vedno zelo omejeno. V anketi smo spraševali po storitvah ob izdaji prvič predpisanih zdravil za kronična obolenja s predpostavko, da takšna izdaja zahteva izvedbo vseh navedenih storitev, po katerih smo spraševali.

V več kot 90% dobi bolnik v takšnih primerih natančno ustno in pisno informacijo o pravilnem jemanju zdravila ter v 80% še informacijo o pravilnem shranjevanju zdravila, če to ni sobna temperatura, ter o nujnosti rednega jemanja predpisanega zdravila. Ker gre za samooceno anketiranih farmacevtov, je dejansko stanje lahko še slabše. Anketiranci so hkrati ocenili v več kot 90% svetovanje ob izdaji zdravil kot primarno nalogo farmacevta receptarja in svoje svetovanje kot srednje dobro s povprečno oceno 3,3 na 5-stopenjski lestvici.

V prihodnosti bo potrebno na nacionalni ravni razmišljati o novih načinih uvajanja kognitivnih storitev ob izdaji zdravil v lekarnah, ki jih aktualna zakonodaja zahteva ali omogoča. LZS naj prevzame nalogo koordinatorja med različnimi deli farmacevtske stroke (akademski, praktični, regulatorni) in ostalimi zdravstvenimi delavci, predvsem zdravniki, pri pripravi takšnih navodil za delo farmacevtov receptarjev, ki bodo vključevala vse tiste storitve, ki jih zakonodaja dovoljuje.

Zadnje desetletje prejšnjega stoletja je bilo tako pri nas kot tudi v drugih državah na področju lekarništva tako imenovano obdobje farmacevtske skrbi. Žal ni, razen nekaj pilotnih poskusov uvajanja posameznih programov in veliko razpravljanja, prineslo posebnega napredka v lekarniški farmaciji. Prva ovira je bil neverificiran podiplomski izobraževalni program, ki naj bi omogočal izvajanje farmacevtove skrbi za bolnike z določenimi zdravstvenimi težavami. Potrebno bi bilo zagotoviti spremljanje kakovosti le - tega in njegovo sprotno prilagajanje novim spoznanjem. Zagotoviti bi bilo potrebno tudi sledenje kakovosti izvedenih dejavnosti ter zagotoviti ustrezno dokumentiranje danih nasvetov v lekarni.

Že ob prelomu tisočletja je bila FS vključena med širše opredeljene kognitivne storitve, torej nujno povezana z vsakokratno izdajo zdravila v lekarni.

Zdi se, da tradicionalno lekarništvo Evrope pod pritiskom komercializacije in svobodne trgovine, le razmišlja, da je potrebno ponuditi uporabniku – bolniku več storitev kot do sedaj. Kognitivne storitve in s tem FS se izvajajo v evropskih državah v različnem obsegu (56, 57). Večini je pa skupno, da se najnižje ocene dosega v zvezi z vodenjem dokumentacije, postavljanjem in sledenjem terapevtskih ciljev ter načrtov spremljanja zdravljenja z zdravili. V vprašalnik so za namen ocenitve in primerjave stanja v evropskih državah vključili nekoliko prilagojeno obliko vedenjskega vprašalnika BPCS in rezultat izrazili z odstotkom maksimalne možne ocene. Dobili so BPCS vrednosti od 31,6 do 52,2% v posameznih evropskih državah (56).

Da bi z našo raziskavo dobljeno vrednost indeksa FS v vrednosti $44,5 \pm 7,2\%$ zagotovo lahko primerjali z vrednostmi evropske raziskave bi bilo potrebno izvesti validacijo našega inštrumenta in primerjavo z BPCS. Večina kazalnikov je skupna, vendar teža posameznih je

različna. Tudi evropski avtorji raziskave so kritični do uporabe BPCS, ki je bil razvit za ameriške potrebe. Predvsem daje preveliko težo dokumentiranju storitev.

Prevelik poudarek na dokumentaciji je druga skrajnost, ki lahko onemogoči vpeljavo sprememb. V času informacijske družbe bi bilo te spremembe veliko lažje vpeljati kot kdajkoli prej. Če upoštevamo dobro dostopnost do informacij in baz podatkov o zdravilih v skoraj vseh slovenskih lekarnah in do sedaj slabo ali skoraj neizkoriščeno obstoječe znanje farmacevtov bi uvedba zbiranja podatkov o opravljenih dodatnih kognitivnih storitvah ob izdaji zdravil v obliki elektronskega obrazca kot ga na primer ponuja PCNE (Pharmaceutical Care Network Europe Foundation) ne pomenila večje obremenitve (58). Obrazec DRP – registration form bi bilo potrebno seveda smiselno prevesti in prirediti slovenskim razmeram (Priloga C). S tako pridobljeni podatki bi tudi pogajanja s plačniki lekarniških storitev dobila nove temelje. Zagotavljanje kognitivnih storitev presega posredovanje informacij bolniku o zdravilu. Proces priznavanja teh storitev s strani upravljalcev zdravstvenih sistemov in plačnikov zdravstvenih storitev ponekod že poteka (59). Le dosledno izvajanje kognitivnih storitev v lekarni daje pozitivne klinične, ekonomske in humanistične izide.

Tudi z raziskavo težav, povezanih z zdravili, v Švici so potrdili, da je vrednotenje izidov zdravljenja z zdravili in s tem stroškovne učinkovitosti farmacevtske skrbi najbolj smiselno preko DRP-jev. Iz iste raziskave sledi, da je več kot tretjina DRP vezana na interakcije med zdravili, četrtnina na samo izbiro zdravila in šestina na težave bolnikov pri uporabi zdravila (57).

Potrdili smo predpostavke vpliva tipa lekarne ter števila in delovne dobe zaposlenih farmacevtov na opravljene kognitivne storitve ob izdaji zdravil v lekarni. Iz raziskave sledi, da statistično več kognitivnih storitev opravijo zaposleni farmacevti v zasebnih lekarnah. Razloge lahko iščemo v smeri večjega truda k (strokovni) prepoznavnosti zasebnih lekarn in vse večje težnje h komercializaciji v javnih zavodih. Da zunanji imidž lekarne kolerira z izvajanjem dodatnih storitev so ugotovili že v nekaterih drugih raziskavah (45). Komercializacija, ki potiska lekarne na raven trgovine in v njih zaposlene farmacevte v odvisen položaj verjetno negativno vpliva na opravljanje kognitivnih storitev pri izdaji zdravil. Za potrditev domneve bodo potrebne nadaljne raziskave.

Iz raziskave sledi, da so v slovenskih lekarnah v povprečju zaposleni 4 farmacevti in 2 farmacevtska tehnika. Podrobnejši pregled pokaže, da ima kar tretjina lekarn zaposlenega 1 ali 2 farmacevta ter da petina lekarn nima zaposlenega farmacevtskega tehnika. V teh lekarnah se opravi tudi manj kognitivnih storitev. Delno to lahko pripišemo manjši izdaji zdravil na recept in delno večji stiski s časom. Verjetno pa ni zanemarljiv tudi vpliv tako imenovane strokovne izolacije. Pozitivna povezava z delovno dobo farmacevtov v lekarni je pričakovana. Mlajši farmacevti se bolj osredotočajo na pravilnost same izdaje zdravila kot na dodatne storitve.

Tako s strokovnega stališča kot stališča upravljanja in trženja lekarniških storitev si moramo odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. Katere kognitivne storitve farmacevt v lekarni ponuja?
2. Kakšna je cena in kdo bo plačnik teh storitev?
3. Kdo še ponuja te storitve (konkurenčnost)?
4. Izdelava splošnih operacijskih postopkov za opravljanje teh storitev.
5. Zagotovitev potrebnih virov za opravljanje teh storitev.
6. Določiti način trženja storitev.

Glede na to, da plačniki zdravstvenih storitev tudi pri nas razpisujejo programe, ki bi lahko sodili med lekarniške kognitivne storitve (npr. razni preventivni, vzgojni in izobraževalni programi) in da upravljalci zdravstvenega sistema razmišljajo v smeri prenosa nekaterih storitev od zdravnikov na ostale zdravstvene delavce, predvsem diplomante zdravstvene nege, bi za področje zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov lahko konkurirali tudi lekarniški farmacevti.

Zaključimo lahko, da je potrebna reprofesionalizacija poklica lekarniškega farmacevta: premik od tradicionalne izdaje in priprave zdravil v lekarni k izvajanju storitev v sodelovanju z zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci, ki zagotavljajo pozitivne učinke uporabe zdravil. Konkretni možnosti sta naslednji:

1. Izvajanje, spremljanje in upravljanje zdravljenja z zdravili za kronične bolnike. V primeru predpisa obnovljivih letnih receptov je farmacevt dolžan preverjati učinkovitost terapije in morebitne težave z zdravili ob vsakokratni izdaji. Za namen dokumentiranja ugotovljenih težav, povezanih z zdravili, bi bil uporaben predlagan obrazec v prilogi C.
2. Dokumentiran pregled terapije zdravljenja z zdravili za vse bolnike, ki hkrati in dolgotrajno jemljejo več zdravil, ki bi bil lahko posredovan tako osebnemu zdravniku bolnika kot tudi plačniku zdravstvenih storitev.

Lekarniški farmacevti morajo prevzeti bolj aktivno vlogo v javnem zdravstvenem sistemu in vzpostaviti učinkovito upravljanje zdravljenja z zdravili.

5.3 Pogostost zaznavanja in pomembnost etičnih dilem med lekarniškimi farmacevti

Lekarniški farmacevti v Sloveniji pri svojem delu zaznavajo navedene etične dileme v povprečju občasno. Če pa pogledamo izbor etičnih dilem, ki so jih farmacevti uvrstili med pomembnejše, opazimo delno prekrivanje tako s pogostostjo zaznavanja etičnih dilem kot tudi stopnjo moralne stiske, ki jo povzročijo. Zato smo za statistično obdelavo vzeli tiste, ki se pojavljajo vsaj občasno ali pogosteje kot občasno in / ali povzročajo zmerno do hudo moralno stisko. O slednjih bomo razpravljali v nadaljevanju.

Etične dileme, vezane na situacije, ki predstavljajo omejevanje pravic bolnikov ali dolžnosti farmacevtov, zasedajo prva tri mesta po pogostosti zaznavanja:

- *Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.*
- *Omejena finančna sredstva in strokovni kadri.*
- *Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.*

Med tremi najpomembnejšimi etičnimi dilemami med slovenskimi lekarniškimi farmacevti pa se namesto »*Omejena finančna sredstva in strokovni kadri*« uvršča »*Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo*«. Slednje se sicer zaznava redko ($2,2 \pm 1,30$).

Smiselna se nam je zdela primerjava zaznavanja etičnih dilem lekarniških farmacevtov z objavljeno raziskavo med zdravniki družinske medicine v Sloveniji (41) zaradi skupnega okolja, v katerem oboji delujejo. V ta namen smo povprečno pogostost zaznavanja etičnih dilem izrazili v razponu minimalnega in maksimalnega števila točk med 0 in 100 za vsoto vseh 30 situacij oz. dogodkov. Dobljena vrednost $40,3 \pm 8,6$ od možnih 100 točk je

primerljiva z dobljeno povprečno vrednostjo pri zdravnikih družinske medicine $36,2 \pm 12,5$. Zanimiva je tudi primerjava posameznih situacij z etično dilemo pri obojih. Primerljiva je pogostost zaznavanja pri »omejena finančna sredstva, težave s strokovnim izobraževanjem in sporne situacije s farmacevtsko industrijo«, zdravniki družinske medicine pogosteje zaznavajo etične dileme v povezavi z zanemarjenimi in zapuščenimi bolniki ter glede sporov v timu ali med sodelavci, farmacevti pa imajo več težav pri zagotavljanju zaupnosti.

Izmed vseh dejavnikov imajo največji vpliv na pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu lekarniških farmacevtov delovna leta farmacevta ter tip lekarne. In sicer manj časa kot je farmacevt zaposlen, bolj pogosto se pojavljajo pri njem etične dileme pri delu. Te pogosteje zaznavajo farmacevti, ki so zaposleni v javnih zavodih. Pogostost zaznavanja etičnih dilem je sicer statistično neznačilno višja v lekarnah z več zaposlenimi farmacevti.

Zaznavi etične dileme nujno sledi razmislek o načinu rešitve težave tako s strokovnega kot etičnega zornega kota, kar zahteva določen napor. Izkušnje v povezavi z rutinskimi vsakodnevnimi odločitvami na nivoju praktične etike, ki se jih farmacevt včasih niti ne zaveda, so možen vzrok manjšega zaznavanja etičnih dilem pri starejših farmacevtih. Ta trend je bil pri farmacevtih zaznan že v raziskavah na Švedskem (39), kjer kot možen vzrok navajajo tudi pragmatičnost ravnanja zaradi samozaščite. Včasih takšno ravnanje vodi v izgorelost in /ali erozijo profesionalizma.

Odgovor na vprašanje zakaj farmacevti, ki so zaposleni v javnih zavodih, pogosteje zaznavajo etične dileme, lahko iščemo v njihovem bolj odvisnem položaju. Iz zasebnih lekarn so na vprašalnik odgovarjali tudi farmacevti, ki so lastniki lekarn.

Večja ali manjša stopnja zaznavanja etičnih dilem ne pomeni večje ali manjše etične usposobljenosti, temveč kaže na socialno okolje zunaj in znotraj lekarne. Zaželjeno je delovno okolje, v katerem bodo farmacevti zaznavali manj etičnih dilem.

Rezultati raziskave kažejo na blago povezanost med pogostostjo kognitivnih storitev in pogostostjo pojavljanja etičnih dilem, in sicer bolj kot so pogoste kognitivne storitve, manj pogosto se pojavljajo etične dileme pri delu. To je dodaten razlog, da je potrebno delo v lekarni reorganizirati tako, da bo farmacevt lahko opravil več dodatnih kognitivnih storitev. Vedno je pomembno poudarjati etiko poklica in sankcionirati drugačne prakse znotraj stroke.

5.3.1 Spremljanje etične usposobljenosti lekarniških farmacevtov

Z raziskavo smo ugotovili situacije in dogodke z etično dimenzijo, ki se med slovenskimi lekarniški farmacevti pojavljajo več kot občasno in/ali vodijo v več kot zmerno moralno stisko. Hkrati so te situacije ali dogodke farmacevti izbrali za najpomembnejše. Zato jih vključimo v predlog vprašalnika za spremljanje etične usposobljenosti. Z validacijo vprašalnika bi dobljenim rezultatom lahko pripisali določen pomen. Nevalidiran je uporaben le za spremljanje moralne občutljivosti lekarniških farmacevtov glede na spremembe v okolju v katerem delajo. Izbira opisov primerov mora biti skrbna in v sodelovanju s strokovnjaki, ki poznajo teoretične osnove etike odločanja in kognitivnega moralnega razvoja in se z njim tudi praktično ukvarjajo. Le iz tako dobljenih rezultatov bi lahko sklepali na ustreznost etične usposobljenosti lekarniških farmacevtov.

Predlagamo, da se usposabljanje na področju etike vključi v vsakoletno strokovno izpopolnjevanje lekarniških farmacevtov.

5.3.2 Predlog vprašalnika za spremljanje etične usposobljenosti lekarniških farmacevtov

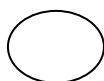
Opis primera:

Zaposleni ste v manjši lekarni, ki je del večjega javnega zavoda. Izdaj na recepte je malo, izdaja zdravil brez recepta in prodaja ostalega blaga komaj pokrije stroške poslovanja lekarne. Ravno kar vstopi v lekarno stranka z receptom, ki je nepopolno predpisan. Zdravnik je nedosegljiv. Bolnik zahteva izdajo zdravila. Ostale čakajoče stranke nestrpno čakajo in poslušajo vaš pogovor z bolnikom. Iz pogovora z njim sklepate na napačno uporabo zdravila, niste pa o tem povsem prepričani. Posvet in pregled strokovnih virov ni mogoč. Zavedate se, da ostale stranke čakajo ter dejstva, da lekarna finančno ne posluje dobro kljub vašemu trudu. Kakšno bo vaše ravnanje v dani situaciji označite s prekrižanjem ustreznega kroga:

Izdaja zdravila in ponudba še ostalih artiklov, da boste čimveč prodali in čimprej postregli še ostale stranke.

Zdravila ne boste izdali, poskušali boste prodati OTC zdravilo ali ostale artikle in čimprej postreči še ostale stranke.

Zdravila ne boste izdali, bolniku boste svetovali kar je po vašem mnenju in strokovno pravilno.



V spodnji tabeli označite z »X« pomembnost posameznih postavk glede na vašo odločitev v opisanem primeru.

zelo pomembno		nepomembno			
					1. Bolnik, ki zahteve utemeljuje z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačuje.
					2. Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.
					3. Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.
					4. Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.
					5. Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika.
					6. Omejena finančna sredstva in strokovni kadri.
					7. Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.
					8. Zagotavljanje zaupnosti.
					9. Spori v timu ali med sodelavci.
					10. Bolnik, ki neupravičeno zahteva izdajo zdravila.
					11. Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).
					12. Omejen dostop do strokovnih informacij.

Iz seznama zgornjih 12 trditev izberite 3 najpomembnejše za vas in jih razvrstite od prve do tretje najpomembnejše tako, da v kroge vpišete številko.

prva najpomembnejša



druga najpomembnejša



tretja najpomembnejša



Hvala za sodelovanje.

5.4 Stopnja moralne stiske med lekarniškimi farmacevti

Če pogledamo povprečno stopnjo moralne stiske med lekarniškimi farmacevti, izraženo v razponu minimalnega in maksimalnega števila točk od 0 do 100 za vsoto vseh 30 situacij, dobimo vrednost $44,6 \pm 18,1$. Rezultat ustreza zmerni stiski na uporabljeni petstopenjski lestvici.

Na podoben način dobljena povprečna vrednost stopnje moralne stiske je objavljena v raziskavi med ameriškimi študenti zadnjih letnikov medicine in sicer vrednosti $46,9 \pm 21,7$. Njihov namen razvoja vprašalnika za oceno moralne stiske je spremljanje učinkovitosti izobraževanja na področju etike ter zagotavljanje etične usposobljenosti diplomantov (40). Mogoče bi bilo tudi pri nas koristno v času izobraževanja več časa posvetiti etičnim dilemam poklica farmacevta in spremljati etično usposobljenost vsaj lekarniških farmacevtov.

Primerjava stopnje moralne stiske med švedskimi (39, 42, 46) in slovenskimi farmacevti pokaže ujemanje pri situacijah, pogojenih z upoštevanjem predpisov: *izdaja zdravila na neveljaven recept, brez ustreznih dokumentov* kot blaga do zmerna stiska, *nezadostno izvajanje kognitivnih storitev zaradi časovnega pritiska in napačno ali nepopolno predpisani recepti* pa pri obojih povzročijo zmerno do hudo stisko.

Pri slovenskih farmacevtih povzroči večjo stisko *nedosegljivost zdravnika in situacije, ko je prizadeta integriteta bolnika zaradi ravnanja zaposlenih v lekarni*.

Nižja stopnja moralne stiske kot pri švedskih lekarniških farmacevtih je bila zaznana pri ravnanju bolnikov, ko je *onemogočeno strokovno informiranje o zdravlilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat ter ko mora bolnik dolgo čakati na pripravo ali izdajo predpisanega zdravila*.

Etične dileme na prvih treh mestih, ki povzročajo več kot zmerno moralno stisko so hkrati tudi prve tri najpomembnejše po mnenju anketiranih farmacevtov. Takšen rezultat je pričakovan. Iz pogostosti pojavljanja posameznih etičnih dilem lahko sklepamo le na prisotnost različnih dejavnikov, ki farmacevta postavljajo pred odločitve, katere lahko tudi ne vodijo vedno k najboljšemu izidu uporabe izdanih zdravil. Stopnja moralne stiske karakterizira razkorak med moralno pravilnim ravnanjem in dejanskim ravnanjem, ki je posledica vseh vrst institucionalnih omejitev. Preko nje lahko sicer sklepamo na etično usposobljenost, če zagotovimo, da merimo le moralno stisko, ki izhaja iz etičnih dilem poklica.

Z raziskavo smo dobili vpogled v pogostost zaznavanja posameznih etičnih dilem in stopnjo moralne stiske, ki jo povzročajo. Dobljeni podatki bodo koristni za vzpostavitev sistema zagotavljanja doseganja in ocenjevanja etične usposobljenosti lekarniških farmacevtov.

Etične dileme v povezavi s stopnjo moralne stiske lahko nadalje razdelimo na tiste, ki se pogosto pojavljajo in ne povzročajo visoke stopnje moralne stiske. Po skupni lastnosti jih lahko opredelimo kot »izsiljevanje s strani bolnikov«:

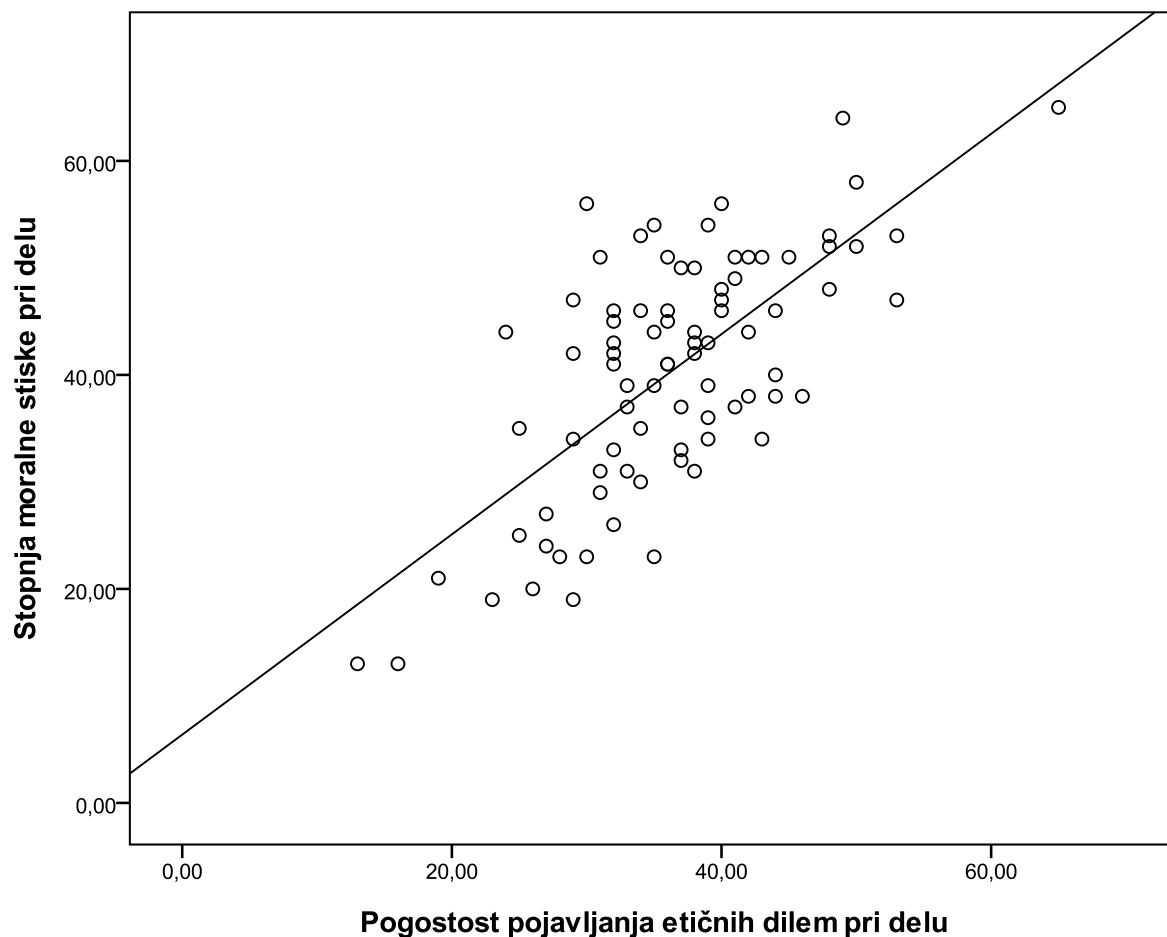
- *Bolniki, ki zahteve utemeljujejo z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo.*
- *Prestar ali drugače neveljaven recept.*
- *Neveljavno zdravstveno zavarovanje.*
- *Dvig zdravila brez ustreznih dokumentov.*

Drugo skupino predstavljajo etične dileme, katerih zaznavanje je dokaj redko, povzročajo pa

hudo moralno stisko. V to skupino so se uvrstile etične dileme, ki opredeljujejo poklicne in osebne odnose ter vrednote:

- *Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).*
- *Spori v timu ali med sodelavci.*
- *Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika zaradi nespoštljivega odnosa do njega.*

Med pogostostjo pojavljanja etičnih dilem pri delu in stopnjo moralne stiske obstaja pozitivna povezava, ki izkazuje linearni trend ($R = 0,598$), kar grafično ponazorimo s sliko 10.



Slika 10: Povezava med pogostostjo pojavljanja etičnih dilem in stopnjo moralne stiske, ki jo povzročajo

Pri preverjanju hipotez smo ugotovili, da ima tip lekarne statistično značilen in največji vpliv na stopnjo moralne stiske pri delu. In sicer, zaposleni farmacevti v javnih zavodih doživljajo višjo stopnjo moralne stiske pri delu. Če sledimo definiciji moralne stiske, lahko sklepamo, da so farmacevti v javnih zavodih večkrat soočeni z etičnimi dilemami, ki zahtevajo osebno odločitev, kar smo s tretjim regresijskim modelom dokazali, in /ali je pritisk institucionalnih dejavnikov na odločitve v smeri odmika od osebnih in poklicnih vrednot in norm večji.

5.5 Pogostost in pomembnost razlogov za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko

Glede na rezultate raziskave smo ugotovili, da se anketirani farmacevti niso povsem poistovetili z navedenimi razlogi. Niti niso želeli navajati svojih razlogov, kar jim je bilo sicer

dopuščeno.

Najpogosteje se pojavljata naslednja dva navedena razloga:

- *pomanjkljive kompetence na področju etične usposobljenosti in/ali strokovnega znanja ter*
- *da ne bi nadrejeni ukrepanja dojemali kot nespoštovanje do njih.*

Statistično pomembne so povezave med pogostostjo razlogov za neukrepanje in neodvisnimi spremenljivkami: tip lekarne, delovna leta farmacevta in namen menjava službe. Pri farmacevtih zaposlenih v javnih zavodih in farmacevtih z daljšo delovno dobo so pogosteje prisotni navedeni razlogi za neukrepanje. Izmed vseh dejavnikov ima največji vpliv na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje namen zamenjave službe. In sicer, če jo ima farmacevt namen menjati, se bolj pogosto pojavljajo pri njem razlogi za neukrepanje ob moralni stiski. V obeh primerih je ravnanje farmacevtov pragmatično.

Stopnja moralne stiske in pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje kažeta povezanost z regijo v kateri se nahaja lekarna. Vendar zaradi premajhnega vzorca iz posameznih statističnih regij Slovenije ni mogoče nadaljne sklepanje.

Povezanost med stopnjo moralne stiske pri delu in pogostostjo prisotnosti razlogov za neukrepanje je pozitivna in statistično značilna. V okoljih z večjo prisotnostjo moralne stiske je pri farmacevtih posledično večja tudi prisotnost razlogov za neukrepanje. Kolikšen delež lahko pripišemo razlikam v moralni občutljivosti farmacevtov in kolikšen okolju ne vemo. Ali večja stopnja moralne stiske vodi v izgorelost, nižjo moralno občutljivost in samozaščitno delovanje ali resignacijo in cinizem so vprašanja, ki terjajo odgovore.

Lekarništvo je področje kjer bi bilo nujno potrebno iskati in najti ravnovesje med strokovnim in ekonomskim vidikom poslovanja. Tako v javnem kot v interesu bolnikov, ki jih (mora) država preko zakonodaje ščititi, je ohranjanje avtonomije poklica lekarniškega farmacevta. Le tako bodo njegove individualne odločitve, za katere je v vsakem primeru vsaj moralno odgovoren, za bolnika najboljše.

Farmacevtska skrb je neločljivo povezana z odgovornostjo, odgovornost pa z moralno. Moralne odgovornosti sicer ni možno določiti z načeli ali predpisati v obliki dolžnosti. Je pa pomembna sestavina etike skrbi. Skupaj s sposobnostjo zaznavanja individualnih potreb bolnikov in zaupanjem, ki omogoča udejanjenje farmacevtske skrbi, ter ustrezno strokovno usposobljenostjo predstavlja osnovne sestavine skrbstvenega dela v lekarništvu. Do sedaj prevladujoči deontologiji kot temeljni etični teoriji tudi na področju lekarniške farmacije je potrebno kot alternativo razvijati tako imenovano teorijo etike skrbi.

Regulacija lekarništva s strani države je smiselna le, če blaži finančni pritisk, ki potrjeno negativno vpliva na sprejemanje ustreznih odločitev in izvajanje etičnih načel v praksi. Kot na strokovnem je tudi na etičnem področju potrebno zagotavljati usposabljanje lekarniških farmacevtov, spodbujati etično zavest in odgovornost. Tudi etična pasivnost farmacevtov je lahko škodljiva za bolnike (61).

6 Zaključek

Za namen ocene izvajanja kognitivnih storitev v slovenskih lekarnah ob izdaji zdravil smo razvili lastno orodje, s katerim lahko spremljamo napredek pri uvajanju dodatnih kognitivnih storitev ob izdaji zdravil v lekarnah. Dobljena vrednost indeksa farmacevtske skrbi (FS-indeks), izražena v odstotku najvišje možne ocene, je sedaj $44,5 \pm 7,2\%$.

Z uvedbo dokumentiranja zaznanih težav, povezanih z zdravili (DRP), bi spodbudili lekarniške farmacevte k doslednejšemu zagotavljanju celovite storitve ob izdaji zdravil in s tem bolj učinkovito in varno uporabo le teh. Če povzamemo ugotovitve korelacijske analize, vidimo da na pogostost izvajanja kognitivnih storitev signifikantno vplivata tip lekarne ($R = 0,310$; $P = 0,005$) in število zaposlenih farmacevtov v lekarni ($R = 0,253$; $P = 0,024$). Torej vzpostavljanje velikih mrež lekarn in zmanjševanje števila zaposlenih farmacevtov v njih negativno vpliva na izvajanje kognitivnih storitev ob izdaji zdravil.

Z raziskavo smo prepoznali najpogostejše, najpomembnejše in tiste etične dileme lekarniških farmacevtov, ki vodijo v hujšo moralno stisko. Te smo vključili v predlog vprašalnika, s katerim lahko spremljamo etično usposobljenost in moralno občutljivost lekarniških farmacevtov. V ta namen smo predlagali interdisciplinarno pripravo primerov, da bi vsebovali vse preiskovane dimenzije.

Izmerjena povprečna pogostost zaznavanja etičnih dilem, izražena v razponu minimalnega in maksimalnega števila točk med 0 in 100 za vsoto vseh 30 situacij oz. dogodkov je $40,3 \pm 8,6$ od možnih 100 točk in je primerljiva z zdravniki družinske medicine v Sloveniji.

Z raziskavo smo ugotavljali tudi razloge za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko zaradi etičnih dilem. S korelacijsko analizo smo ugotovili, da na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob pojavu moralne stiske statistično pomembno vplivata tip lekarne ($R = -0,243$; $P = 0,033$) in število dni strokovnega izpopolnjevanja farmacevtov ($R = -0,236$; $P = 0,042$).

Izmerjena povprečna stopnja moralne stiske med lekarniškimi farmacevti v Sloveniji, izražena v razponu minimalnega in maksimalnega števila točk od 0 do 100 za vsoto vseh 30 situacij oz. dogodkov je $44,6 \pm 18,1$.

Preverjanje delovnih hipotez s pomočjo regresijskih analiz ($P < 0,05$) kaže, da na pogostost kognitivnih storitev vplivajo tip lekarne, delovna leta farmacevta in število zaposlenih farmacevtov v lekarni; na pogostost pojavljanja etičnih dilem pri delu prav tako vplivajo tip lekarne in delovna leta farmacevta; na stopnjo moralne stiske zaradi etičnih dilem pa vpliva samo tip lekarne ter na pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje ob pojavu moralne stiske vplivajo tip lekarne, delovna leta farmacevta in namen zamenjave službe.

7 Literatura in viri

1. Zakon o lekarniški dejavnosti. Uradni list RS, št. 36/2004 z dne 13.04.2004
2. Resnik DB, Ranelli PL, Resnik SP: The conflict between ethics and business in community pharmacy: What about patient counseling? *Journal of Business Ethics* 2000; 28: 179-186
3. Wingfield J, Bissell P, Anderson C: The Scope of pharmacy ethics – an evaluation of the international research literature 1990-2002. *Social Science and Medicine* 2004; 58(12): 2383-2396
4. Cooper RJ, Bissell P and Wingfield J: A new prescription for empirical ethics research in pharmacy: a critical review of the literature. *J Med Ethics* 2007; 33: 82-86
5. Christensen DB, Holmes G, et al: Influence of a financial incentive on cognitive services; CARE project design/implementation. *J Am Pharm Assoc* 1999; 39(5): 629-639
6. Dokumenti Odbora ministrov Sveta Evrope ResAP (97)2, ResAP(2001)2 in Rec(2006)7. Dostopano na <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=193721&Site=CM>, <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=596013&Site=CM> in <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM> (01.12.2010)
7. McDonough RP, Rovers JP et al: Obstacles to the implementations of pharmaceutical care in the community setting. *J Am Pharm Assoc* 1998; 38: 87-95
8. Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti. Uradni list RS, št. 39/2006 z dne 13.04.2006
9. Christensen DB, Hansen RW: Characteristics of pharmacists associated with the provision of cognitive services in the community setting. *J Am Pharm Assoc*.1999; 39: 640-649
10. Gastelurrutia MA, De San Vicente OG et al: Customers expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci*. 2006; 28(6): 374-6
11. Angus RM, Sambrook PN et al: A simple method for assessing calcium intake in Caucasian women. *J Am Diet Assoc* 1989; 89: 209-14
12. Elliot ME, Meek PD et al: Osteoporosis screening by community pharmacists: use of National Osteoporosis Foundation resources. *J Am Assoc*. 2002; 42: 101-10
13. Odedina FT, Segal R: Behavioral pharmaceutical care scale for measuring pharmacists activities. *Am J Health Sys Pharm*. 1996; 53(8): 855-865
14. Hansen RA, Roth MT et al: Medication therapy management services in North Carolina community pharmacies: current practice patterns and projected demand. *J Am Pharm Assoc* 2006; 46(6): 700-6
15. Blake KB, Madhavan SS: Perceived barriers to provision of Medication therapy management services (MTMS) and the likelihood of a pharmacist to work in a pharmacy that provides MTMS. *The Annals of Pharmacotherapy* 2010; 44(3): 424-431
16. Svarstad BL, Bultman DC, Mount JK: Patient Counseling Provided in Community Pharmacies: Effects of State Regulation, Pharmacist Age, and Busyness. *J Am Pharm Assoc* 2004; 44(1): 22-29
17. Traverso MI, Salamano M et al: Questionnaire to assess patient satisfaction with pharmaceutical care in Spanish language. *Int J Qual Health care* 2007
18. Horvat N: Razvoj vprašalnika za vrednotenje zadovoljstva z lekarniškimi storitvami. Diplomaska naloga. Univerza v Ljubljani – Fakulteta za farmacijo 2007
19. Ivanuša BM: Zaposleni – največji kapital 21. stoletja. Pro-Andy Maribor 2006

20. Svetlik I: O kompetencah v Kompetence v kadrovski praksi. GV izobraževanje Ljubljana 2005: 10-27
21. Competence Standard. Pharmacy Council of New Zealand, updated August 2006
22. Mills E, Laaksonen R, Bates I, Davies G, Duggan C: Self-assessment of competence in a community pharmacy setting. *Pharmacy Education* 2005; 5(3-4): 189-199
23. Laaksonen R, Mills ER, Duggan C, Davies JG, Bates I, Mackie CA: The effect of training and service provision on the self-assessed competence of community pharmacists. *International Journal of Pharmacy Practice*, June 2007; 15(2): 141-147
24. Ottewill R, Jennings PL, Magirr P: Management competence development for professional service SMEs: the case of community pharmacy. *Education + Training*, 5 September 2000; 42(45): 246-255
25. Austin Z, Marini A, Croteau D, Violato C: Assessment of Pharmacists Patient Care Competencies: Validity Evidence from Ontario (Canada)s Quality Assurance and Peer Review Process. *Pharmacy Education*, March 2004; 4(1): 23-32
26. Farič TV: Model študijske lekarne. LZS februar 2009
27. Hopp TR, Sorensen EW, Herborg H, Roberts AS: Implementation of cognitive pharmaceutical services (CPS) in professionally active pharmacies. *International Journal of Pharmacy Practice*, March 2005; 13(1): 21-32
28. Alavi M, Leidner DE: Knowledge management and Knowledge management systems (Review). *Conceptual foundations and research* 2001; 25(1): 107-136
29. Roberts AS, Benrimoj SIC, Chen TF, Williams KA et al: Understanding practice change in community pharmacy: A qualitative study in Australia. *Research in Social and Administrative Pharmacy* December 2005; 1(4): 546-564
30. Raisch DW: Barriers to providing cognitive services. *American Pharmacy* 1993; NS33:54-58
31. Pronk M, Blom L, Jonkers R, Bakker A: Community pharmacy and patient - oriented activities: the Dutch case. *Patient Education and Counseling* Jan 2002; 46(1): 39-45
32. Verbinc F: Slovar tujk. Cankarjeva založba Ljubljana 1991
33. Standards for Quality of Pharmacy Services. *Good Pharmacy Practice*. FIP 1997
34. Etična načela farmacevtskih delavcev 1988
35. Kodeks lekarniške deontologije, LZS 1994
36. Kodeks farmacevtske etike, SFD 2000
37. Dragoš S: Okrogla miza o uporabi poklicnih etičnih kodeksov. Inštitut za ekonomska raziskovanja Ljubljana 20. maj 2008
38. Rogers A, Hassell K, Noyce P, Harris J: Advise-giving in community pharmacy: variations between pharmacies in different locations. *Health and Place* Dec 1998; 4(4): 365-373
39. Sporrang S, Hoglund A, Hansson M, Westerholm P, Arnetz B: "We are White Coats Whirling Round" - Moral Distress in Swedish Pharmacies. *Pharmacy World and Science*, June 2005; 27(3): 223-229
40. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley M, O'Gorman ML and Miller B: Medical students experiences of moral distress: Development of Web-based survey. *Academic medicine* 2010; 85(1): 111-117
41. Klemenc KZ, Ojsteršek J, Kersnik J: Vpliv specializacije iz družinske medicine na zaznavanje in reševanje etičnih dilem. *Zdrav Vestn* 2009; 78: 169-74
42. Källemark SS, Höglund AT, Bengt A: Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics* 2006; 13(4): 416-427
43. <http://europa.eu.int/comm/competition/liberalization/conference/libprofconference.html> dostopano 19.10. 2010
44. Trstenjak A: Profesionalna etika in civilna družba v Profesionalna etika pri delu z ljudmi.

- Univerza v Mariboru in Inštitut Antona Trstenjaka v Ljubljani 1996: 9-12
45. O'Neill JL, Gaither C: Investigating the relationship between the practice of pharmaceutical care, construed external image, organizational identification, and job turnover intention of community pharmacists. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2007; 3(4): 438-463
 46. Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B: Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine* 2004; 58(6): 1075-1084
 47. McCarthy J, Deady R: Moral Distress Reconsidered. *Nurs Ethics* 2008; 15: 254-262
 48. Benson A, Cribb A, Barber N: Understanding pharmacists' values: A qualitative study of ideals and dilemmas in UK pharmacy practice. *Social Science and Medicine* 2009; 68(12): 2223-2230
 49. <http://www.osat.umtri.umich.edu/delphi.html> dostopano 19.10. 2010
 50. <http://www.mpc.edu/FacultyStaff/SharonColton/Documents/Details%20of%20Constructing%20a%20Web-Based%20Delphi.pdf> dostopano 19.10. 2010
 51. Reja U: Odprta in zaprta vprašanja v spletnih anketah. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani – Fakulteta za družbene vede 2003
 52. Leskošek B: *Korelacija in regresija. Gradivo za vaje. Statistika*. <http://www.fsp.uni-lj.si/AKIS/Statistika/KorelacijaRegresija.pdf> (22. 3. 2009)
 53. Sočan G: *Postopki klasične testne teorije*. Ljubljana, Filozofska fakulteta 2004.
 54. Pfajfar L in Arh F: *Statistika I*. Ljubljana, Ekonomska fakulteta 1998.
 55. Tominc P: Izbrana poglavja iz poslovne statistike. Univerza v Mariboru. Ekonomsko poslovna fakulteta Maribor 2008: 33
 56. Hughes CM, Hawwa AF, Scullin C, Anderson C, Bernsten CB, Björnsdóttir I, Cordina MA, Da Costa FA, De Wulf I, Eichenberger P, Foulon V, Henman MC, Hersberger KE, Schaefer MA, Søndergaard B, Tully MP, Westerlund T, McElney JC: Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci* 2010 Aug;32(4):472-87
 57. Eichenberger PM: Pharmaceutical care practice: drug – related problems and opportunities of new services. PhD Thesis, University of Basel, Faculty of Science 2010, dostopano 19.10. 2010 na http://edoc.unibas.ch/diss/DissB_9067
 58. <http://www.pcne.org/DRP.htm> dostopano 01.12.2010
 59. <http://amcp.org/data/legislative/concepts/Pharmacists%20Cognitive%20Services.pdf> dostopano 01.12.2010
 60. Char B, Brien JA, Krass I: Professional ethics in pharmacy: The Australian experience. *Int J Pharm Practice* 2005; 13(3):195-204
 61. Cooper RJ, Bissell P and Wingfield J: Ethical decision – making, passivity and pharmacy. *J Med Ethics* 2008; 34:441-445
 62. Albrecht LC, Alison RS, Benrimoj SIB, Williams K, Chen TF and Aslani P: Cognitive pharmaceutical services: financial facilitators. Oct.2006 Dostopano 1.12.2010 na <http://www.psa.org.au/site.php?id=754>
 63. Tipton DJ: A tool for corporate making about cognitive pharmaceutical services. *J Am Pharm* 2001; 41(1):91-9
 64. <http://www.medscape.com/viewarticle/470913> dostopano 1.12.2010
 65. Char BB: Professional ethics in pharmacy practice: developing a psychometric measure of moral reasoning. *Pharm World Sci* 2009; 31:439-449

8 Priloge

8.1 Priloga A: Vprašalnik za magistre farmacije

Spoštovana farmacevtka, farmacevt!

S tem vprašalnikom želim vzpostaviti stik z vami, da bi pridobila informacije o pogostosti izvajanja dodatnih kognitivnih storitev med ali ob izdaji zdravil na recept ali brez recepta v slovenskih lekarnah, o pogostosti pojavljanja dogodkov in situacij, ki lahko preko etične dileme vodijo v moralno stisko in nazadnje še vzroke za neukrepanje ob pojavu moralne stiske pri lekarniških farmacevtih. Vaši odgovori so za nadaljnji razvoj farmacevtske stroke na področju lekarništva zelo dragoceni, saj bodo pripomogli k boljšemu razumevanju našega vsakdanjega dela. Zbrani podatki bodo uporabljeni izrecno samo v namene raziskave v okviru magistrske naloge na Fakulteti za farmacijo Univerze v Ljubljani pod mentorstvom prof. dr. Aleša Mrharja.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje in za posredovane podatke!

Anketa je objavljena na spletnem naslovu <http://raziskave.fluidsurveys.com/s/lekarne/>

A. Pogostost navedenih kognitivnih storitev ob izdaji prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje.

Pomislite na zadnjih 5 bolnikov, ki so prišli v lekarno s prvič predpisanim receptom/i za zdravljenje kroničnih obolenj kot so astma, diabetes, kardiovaskularna obolenja, bolezni ščitnice, kronična obolenja kože, oči...

Prosimo, če s prekrižanjem označite kvadrateg pod številom, ki ustreza številu bolnikov od zadnjih petih, ki se jih spomnite, in s tem označite pri kolikih od teh petih ste izvedli v prvem stolpcu navedene aktivnosti.

A.Izdaja prvič predpisanega zdravila za kronično obolenje	0	1	2	3	4	5
1. Ste vprašali bolnika, da vam opiše svoje zdravstveno stanje, vključno z znaki oz. simptomi ter dosedanje terapijo z zdravili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ste dokumentirali vsa zdravila, ki jih bolnik jemlje, npr. na osebno kartico zdravil ali v ustrezen obrazec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ste definirali terapevtske cilje zdravljenja in poučili bolnika o načinih spremljanja doseganja le-teh (npr. merjenje krvnega tlaka, telesne teže, sladkorja v krvi, znaki izboljšanja bolezni...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ste preverili morebitne težave, povezane z zdravili, zaradi sočasnega jemanja več zdravil ali stanj, ki zahtevajo previdnost pri jemanju le-teh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ste bolniku podali natančno ustno in pisno informacijo o pravilem jemanju zdravil-a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ste bolnika opozorili na pravilno shranjevanje zdravil-a, kjer to ni sobna temperatura, in nujnost rednega jemanja zdravil-a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ste bolnika seznanili s pričakovanimi stranskimi in neželenimi učinki, ki se lahko pojavijo ob jemanju zdravil-a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ste bolnika seznanili z opozorili in previdnostnimi ukrepi, ki jih mora upoštevati ob jemanju zdravil-a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ste bolnika vzpodbudili k spremembi življenjskih navad, če le-te vplivajo na potek in prognozo bolezni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ste preverili ali bolnik razume informacije, ki ste mu jih posredovali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B: Pogostost pojavljanja navedenih etičnih dilem in stopnja moralne stiske, ki jo posamezna etična dilema povzroči.

Prosimo, v nadaljevanju ocenite in ustrezno označite dvoje:

- pogostost zaznavanja dogodka oz. situacije z etično dilemo, ki lahko privede do moralne stiske in
- stopnjo stiske, ki jo etična dilema v navedeni situaciji ali dogodku povzroči.

	1-nikoli	2-redko	3-občasno	4-pogosto	5-zelo pogosto	1-brez stiske	2-blaga stiska	3-zmerna stiska	4-huda stiska	5- zelo huda stiska
ETIČNA DILEMA	Pogostost zaznavanja dogodka oz. situacije z etično dilemo					Stopnja moralne stiske, ki jo etična dilema povzroči				
1.Priporočila nadrejenih glede zaželjenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.										
2.Bolniki, ki zahteve utemeljujejo z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo.										
3.Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.										
4.Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.										
5.Bolniki ne zmorejo (do)plačati predpisanih zdravil.										
6.Bolnik mora dolgo čakati zaradi priprave ali nabave predpisanega zdravila.										
7.Prizadeta integriteta bolnika zaradi nezagotavljanja diskretnosti.										
8.Onemogočeno strokovno informiranje o zdravlilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat.										
9.Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.										
10.Dvig zdravila brez ustreznih dokumentov.										
11.Nedosegljivost zdravnika, ki je recept predpisal, ob potrebni dodatni pojasnitvi.										
12.Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika zaradi nespoštljivega odnosa do njega.										

	1-nikoli	2-redko	3-občasno	4-pogosto	5-zelo pogosto	1-brez stiske	2-blaga stiska	3-zmerna stiska	4-huda stiska	5- zelo huda stiska
ETIČNA DILEMA	Pogostost zaznavanja dogodka oz. situacije z etično dilemo					Stopnja moralne stiske, ki jo etična dilema povzroči				
13.Težave pri prilagajanju količine informacij potrebam bolnika.										
14.Omejena finančna sredstva in strokovni kadri.										
15.Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.										
16.Zagotavljanje zaupnosti.										
17.Prestar ali drugače neveljaven recept.										
18.Odnos do zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.										
19.Zanemarjeni in zapuščeni bolniki.										
20.Spori v timu ali med sodelavci.										
21.Težave s strokovnim izobraževanjem.										
22.Sporne situacije s farmacevtsko industrijo.										
23.Jezikovne ovire (gluhi, slepi, tujci...).										
24.Neveljavno zdravstveno zavarovanje.										
25.Stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomci, slab finančni položaj).										
26.Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo izdajo zdravila.										
27.Izdaja zdravila v nasprotju z osebni vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).										
28.Zavestno ravnanje proti pravilom v korist bolnika.										
29.Omejen dostop do strokovnih informacij.										
30.Pomanjkanje vpliva na odločitve v lekarni.										

Prosimo, da navedete, katerih pet dogodkov oz. situacij z etično dilemo iz zgornjega seznama po vašem mnenju največkrat vodi do moralne stiske lekarniških farmacevtov. Vstavite ustrezno številko etične dileme v vsak spodnji predalček. Začnite z etično dilemo, ki NAJVEČKRAT povzroči moralno stisko pri vas.

1. etična dilema - št.	
2. etična dilema - št.	
3. etična dilema - št.	
4. etična dilema - št.	
5. etična dilema - št.	

Dodatne pripombe in komentarji:

C. Razlogi za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko.

Prosimo, če navedene razloge za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko najprej razvrstite glede na pomembnost in potem vsakega ocenite glede na pogostost pojavljanja pri vas:

RAZLOG ZA NEUKREPANJE	Pomembnost razloga za neukrepanje	1-nikoli	2-redko	3-občasno	4-pogosto	5-zelo pogosto
		Pogostost prisotnosti razloga za neukrepanje ob moralni stiski				
1.Podrejena vloga na delovnem mestu.	nepomemben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zelo pomemben					
2.Pomanjkljive kompetence na področju etične usposobljenosti in/ali strokovnega znanja.	nepomemben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zelo pomemben					
3.Da ne bi nadrejeni ukrepanje dojemali kot nespoštovanje do njih.	nepomemben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zelo pomemben					
4.Strah pred negativnim vplivom na oceno uspešnosti pri delu.	nepomemben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zelo pomemben					
5.Hierarhija med sodelavci.	nepomemben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zelo pomemben					
6.Ker sem želel-a biti razumljen-a kot »igralec« ekipe.	nepomemben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zelo pomemben					

Prosim, če dopišete še morebitne druge razloge za neukrepanje ob soočenju z moralno stisko:

8.2 Priloga B: Tabele statistične obdelave

Tabela 31: Deskriptivni podatki o pogostosti pojavljanja etičnih dilem pri delu
(ocenjevalna lestvica: 1-nikoli, 2-redko, 3-občasno, 4-pogosto in 5-zelo pogosto)

	N		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Priporočila nadrejenih glede zaželjenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.	92	10	2,6	2,0	2	1,23	1	5
Bolniki, ki zahteve utemeljujejo z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo.	92	10	3,0	3,0	3	0,97	1	5
Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.	92	10	3,9	4,0	5	0,99	1	5
Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.	92	10	3,2	3,0	3	0,93	1	5
Bolniki ne zmorejo (do)plačati predpisanih zdravil.	92	10	2,6	2,5	2	0,83	1	5
Bolnik mora dolgo čakati zaradi priprave ali nabave predpisanega zdravila.	92	10	2,2	2,0	2	0,82	1	5
Prizadeta integriteta bolnika zaradi nezagotavljanja diskretnosti.	92	10	2,8	3,0	3	1,11	1	5
Onemogočeno strokovno informiranje o zdravlilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat.	92	10	2,7	3,0	2	1,00	1	5
Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.	92	10	3,1	3,0	3	0,94	1	5
Dvig zdravila brez ustreznih dokumentov.	92	10	2,6	3,0	3	1,00	1	5
Nedosegljivost zdravnika, ki je recept predpisal, ob potrebni dodatni pojasnitvi.	92	10	3,0	3,0	3	0,93	1	5
Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika zaradi nespoštljivega odnosa do njega.	92	10	1,9	2,0	2	0,86	1	5
Težave pri prilagajanju količine informacij potrebam bolnika.	92	10	2,6	3,0	3	0,88	1	5
Omejena finančna sredstva in strokovni kadri.	92	10	3,4	3,0	3	1,11	1	5
Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.	92	10	2,2	2,0	1	1,30	1	5
Zagotavljanje zaupnosti.	92	10	3,1	3,0	3	1,25	1	5
Prestar ali drugače neveljaven recept.	92	10	2,8	3,0	3	0,87	1	5
Odnos do zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.	92	10	2,5	2,0	2	0,98	1	5
Zanemarjeni in zapuščeni bolniki.	92	10	2,3	2,0	2	0,91	1	5
Spori v timu ali med sodelavci.	92	10	2,0	2,0	2	0,95	1	5
Težave s strokovnim izobraževanjem.	92	10	2,4	2,0	2	1,10	1	5
Sporne situacije s farmacevtsko industrijo.	92	10	2,2	2,0	2	0,99	1	5
Jezikovne ovire (gluhi, slepi, tujci...).	92	10	2,0	2,0	2	0,68	1	5
Neveljavno zdravstveno zavarovanje.	92	10	2,7	3,0	3	0,82	1	5
Stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomci, slab finančni položaj).	92	10	2,3	2,0	2	0,88	1	5
Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo izdajo zdravila.	92	10	3,0	3,0	3	0,91	1	5
Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).	92	10	2,0	2,0	2	1,06	1	5
Zavestno ravnanje proti pravilom v korist bolnika.	92	10	2,4	2,0	3	0,98	1	5
Omejen dostop do strokovnih informacij.	92	10	2,4	2,0	2	1,02	1	5
Pomanjkanje vpliva na odločitve v lekarni.	92	10	2,5	2,0	2	1,29	1	5

Tabela 32: Deskriptivni podatki o stopnji moralne stiske, ki jo etična dilema povzroči
(ocenjevalna lestvica: 1-brez stiske, 2-blaga stiska, 3-zmerna stiska, 4-huda stiska in 5- zelo huda stiska)

	N		M	Me	Mo	SD	Min	Max
	Veljavni	Manjkajoči						
Priporočila nadrejenih glede zaželenega ravnanja ob strokovnih in etičnih dilemah.	83	19	2,4	2,0	1	1,31	1	5
Bolniki, ki zahteve utemeljujejo z visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo.	83	19	2,4	2,0	2	0,88	1	5
Nezadostno izvajanje kognitivnih storitev (npr. farm. skrb) zaradi časovnega pritiska.	83	19	3,3	3,0	3	1,12	1	5
Napačno ali nepopolno predpisani recepti in hkratna nedosegljivost zdravnika.	83	19	3,1	3,0	3	1,08	1	5
Bolniki ne zmorejo (do)plačati predpisanih zdravil.	83	19	2,7	3,0	3	0,99	1	5
Bolnik mora dolgo čakati zaradi priprave ali nabave predpisanega zdravila.	83	19	2,4	2,0	2	1,06	1	5
Prizadeta integriteta bolnika zaradi nezagotavljanja diskretnosti.	83	19	2,9	3,0	3	1,19	1	5
Onemogočeno strokovno informiranje o zdravlilu zaradi bolnikovega večjega poudarka na finančno plat.	83	19	2,5	2,0	2	1,03	1	5
Neuporaba ali napačna uporaba zdravil.	83	19	3,3	3,0	4	1,10	1	5
Dvig zdravila brez ustreznih dokumentov.	83	19	2,3	2,0	2	1,02	1	5
Nedosegljivost zdravnika, ki je recept predpisal, ob potrebni dodatni pojasnitvi.	83	19	3,4	3,0	3	1,13	1	5
Prizadeta integriteta in avtonomija bolnika zaradi nespoštljivega odnosa do njega.	83	19	3,0	3,0	3	1,06	1	5
Težave pri prilagajanju količine informacij potrebam bolnika.	83	19	2,5	2,0	2	0,93	1	5
Omejena finančna sredstva in strokovni kadri.	83	19	2,9	3,0	3	1,18	1	5
Prisiljeno ravnanje, ki je v nasprotju z etičnim kodeksom in lekarniško deontologijo.	83	19	3,7	4,0	5	1,44	1	5
Zagotavljanje zaupnosti.	83	19	2,9	3,0	3	1,21	1	5
Prestar ali drugače neveljaven recept.	83	19	2,3	2,0	2	1,02	1	5
Odnos do zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.	83	19	2,3	2,0	2	0,97	1	5
Zanemarjeni in zapuščeni bolniki.	83	19	2,7	3,0	2	1,04	1	5
Spori v timu ali med sodelavci.	83	19	3,1	3,0	4	1,39	1	5
Težave s strokovnim izobraževanjem.	83	19	2,6	3,0	3	1,24	1	5
Sporne situacije s farmacevtsko industrijo.	83	19	2,2	2,0	2	1,08	1	5
Jezikovne ovire (gluhi, slepi, tujci...).	83	19	2,4	2,0	3	1,01	1	5
Neveljavno zdravstveno zavarovanje.	83	19	2,3	2,0	2	0,94	1	5
Stigmatizacija bolnika zaradi socialnih razmer (alkoholizem, zloraba drog, brezdomci, slab finančni položaj).	83	19	2,8	3,0	3	0,97	1	5
Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo izdajo zdravila.	83	19	3,2	3,0	4	1,28	1	5
Izdaja zdravila v nasprotju z osebnimi vrednotami, normami, prepričanji (ugovor vesti).	83	19	3,2	3,0	5	1,53	1	5
Zavestno ravnanje proti pravilom v korist bolnika.	83	19	2,9	3,0	3	1,23	1	5
Omejen dostop do strokovnih informacij.	83	19	3,0	3,0	4	1,30	1	5
Pomanjkanje vpliva na odločitve v lekarni.	83	19	2,8	3,0	3	1,24	1	5

Tabela 33: Koeficienti korelacije

			ocenaA pogostost kognitivnih storitev	q_lastnistvo lastnistvo	q_položaj položaj	d12 delovna leta	d2 število F v lekarni	Rp_1 število izdanih receptov	q_menjavasluzbe menjavasluzbe	d8R št dni strokovnega izpopolnjevanja
Spearman's rho	ocenaA pogostost kognitivnih storitev	Koef. korelacije	1,000	,310	,064	,149	,253	-,012	,108	-,104
		P (dvostranski)	.	,005	,573	,205	,024	,919	,361	,366
		N	102	81	81	74	79	79	74	77
	q_lastnistvo lastnistvo	Koef. korelacije	,310	1,000	,314	-,048	-,171	-,291	-,022	,054
		P (dvostranski)	,005	.	,004	,686	,132	,009	,851	,640
		N	81	81	81	74	79	79	74	77
	q_položaj položaj	Koef. korelacije	,064	,314	1,000	-,183	-,350	-,141	,161	,127
		P (dvostranski)	,573	,004	.	,119	,002	,216	,170	,272
		N	81	81	81	74	79	79	74	77
	d12 delovna leta	Koef. korelacije	,149	-,048	-,183	1,000	-,148	,160	-,111	-,040
		P (dvostranski)	,205	,686	,119	.	,209	,173	,349	,737
		N	74	74	74	74	74	74	73	72
	d2 število F v lekarni	Koef. korelacije	,253	-,171	-,350	-,148	1,000	,131	,090	,048
		P (dvostranski)	,024	,132	,002	,209	.	,251	,444	,677
		N	79	79	79	74	79	79	74	77
	Rp_1 število izdanih receptov	Koef. korelacije	-,012	-,291	-,141	,160	,131	1,000	,201	,059
		P (dvostranski)	,919	,009	,216	,173	,251	.	,085	,613
		N	79	79	79	74	79	79	74	77
	q_menjavasluzbe menjavasluzbe	Koef. korelacije	,108	-,022	,161	-,111	,090	,201	1,000	,248
		P (dvostranski)	,361	,851	,170	,349	,444	,085	.	,036
		N	74	74	74	73	74	74	74	72
	d8R št dni strokovnega izpopolnjevanja	Koef. korelacije	-,104	,054	,127	-,040	,048	,059	,248	1,000
		P (dvostranski)	,366	,640	,272	,737	,677	,613	,036	.
		N	77	77	77	72	77	77	72	77

Tabela 34: Koeficienti korelacije

			ocenaB_1 pogostost pojavnja etičnih dilem pri delu	q_lastnistvo lastnistvo	q_polozej polozaj	d12 delovna leta	d2 številu F v lekarni	Rp_1 številu izdanih receptov	q_menj javsluzbe menjavasl uzbe	d8R št dni strokovnega izpopolnjevanja	regija
Spearman's rho	ocenaB_1 pogostost pojavnja etičnih dilem pri delu	Koef. korelacije	1,000	-,196	-,073	-,373	,116	-,140	-,093	-,156	-,026
		P (dvostranski)	.	,080	,515	,001	,308	,218	,428	,175	,826
		N	92	81	81	74	79	79	74	77	76
	q_lastnistvo lastnistvo	Koef. korelacije	-,196	1,000	,314	-,048	-,171	-,291	-,022	,054	,077
		P (dvostranski)	,080	.	,004	,686	,132	,009	,851	,640	,507
		N	81	81	81	74	79	79	74	77	76
	q_polozej polozaj	Koef. korelacije	-,073	,314	1,000	-,183	-,350	-,141	,161	,127	-,244
		P (dvostranski)	,515	,004	.	,119	,002	,216	,170	,272	,034
		N	81	81	81	74	79	79	74	77	76
	d12 delovna leta	Koef. korelacije	-,373	-,048	-,183	1,000	-,148	,160	-,111	-,040	,191
		P (dvostranski)	,001	,686	,119	.	,209	,173	,349	,737	,104
		N	74	74	74	74	74	74	73	72	74
	d2 številu F v lekarni	Koef. korelacije	,116	-,171	-,350	-,148	1,000	,131	,090	,048	,220
		P (dvostranski)	,308	,132	,002	,209	.	,251	,444	,677	,056
		N	79	79	79	74	79	79	74	77	76
	Rp_1 številu izdanih receptov	Koef. korelacije	-,140	-,291	-,141	,160	,131	1,000	,201	,059	,026
		P (dvostranski)	,218	,009	,216	,173	,251	.	,085	,613	,823
		N	79	79	79	74	79	79	74	77	76
	q_menj javsluzbe menjavasluzbe	Koef. korelacije	-,093	-,022	,161	-,111	,090	,201	1,000	,248	-,267
		P (dvostranski)	,428	,851	,170	,349	,444	,085	.	,036	,022
		N	74	74	74	73	74	74	74	72	74
	d8R št dni strokovnega izpopolnjevanja	Koef. korelacije	-,156	,054	,127	-,040	,048	,059	,248	1,000	-,258
		P (dvostranski)	,175	,640	,272	,737	,677	,613	,036	.	,027
		N	77	77	77	72	77	77	72	77	74
	regija	Koef. korelacije	-,026	,077	-,244	,191	,220	,026	-,267	-,258	1,000
		P (dvostranski)	,826	,507	,034	,104	,056	,823	,022	,027	.
		N	76	76	76	74	76	76	74	74	76

Tabela 35: Koeficienti korelacije

			ocenaB_2 stopnja moralne stiske pri delu	q_lastnistvo lastnistvo	q_polozaj polozaj	d12 delovna leta	d2 številu F v lekarni	Rp_1 številu izdanih receptov	q_menj javasluzbe menjavasl uzbe	d8R št dni strokovnega izpopolnjevanja	regija
Spearman's rho	ocenaB_2 stopnja moralne stiske pri delu	Koef. korelacije	1,000	-,203	,017	-,083	,034	-,101	-,076	-,258	,129
		P (dvostranski)	.	,069	,882	,483	,764	,375	,522	,023	,266
		N	83	81	81	74	79	79	74	77	76
	q_lastnistvo lastnistvo	Koef. korelacije	-,203	1,000	,314	-,048	-,171	-,291	-,022	,054	,077
		P (dvostranski)	,069	.	,004	,686	,132	,009	,851	,640	,507
		N	81	81	81	74	79	79	74	77	76
	q_polozaj polozej	Koef. korelacije	,017	,314	1,000	-,183	-,350	-,141	,161	,127	-,244
		P (dvostranski)	,882	,004	.	,119	,002	,216	,170	,272	,034
		N	81	81	81	74	79	79	74	77	76
	d12 delovna leta	Koef. korelacije	-,083	-,048	-,183	1,000	-,148	,160	-,111	-,040	,191
		P (dvostranski)	,483	,686	,119	.	,209	,173	,349	,737	,104
		N	74	74	74	74	74	74	73	72	74
	d2 številu F v lekarni	Koef. korelacije	,034	-,171	-,350	-,148	1,000	,131	,090	,048	,220
		P (dvostranski)	,764	,132	,002	,209	.	,251	,444	,677	,056
		N	79	79	79	74	79	79	74	77	76
	Rp_1 številu izdanih receptov	Koef. korelacije	-,101	-,291	-,141	,160	,131	1,000	,201	,059	,026
		P (dvostranski)	,375	,009	,216	,173	,251	.	,085	,613	,823
		N	79	79	79	74	79	79	74	77	76
	q_menj javasluzbe menjavasluzbe	Koef. korelacije	-,076	-,022	,161	-,111	,090	,201	1,000	,248	-,267
		P (dvostranski)	,522	,851	,170	,349	,444	,085	.	,036	,022
		N	74	74	74	73	74	74	74	72	74
	d8R št dni strokovnega izpopolnjevanja	Koef. korelacije	-,258	,054	,127	-,040	,048	,059	,248	1,000	-,258
		P (dvostranski)	,023	,640	,272	,737	,677	,613	,036	.	,027
		N	77	77	77	72	77	77	72	77	74
	regija	Koef. korelacije	,129	,077	-,244	,191	,220	,026	-,267	-,258	1,000
		P (dvostranski)	,266	,507	,034	,104	,056	,823	,022	,027	.
		N	76	76	76	74	76	76	74	74	76

Tabela 36: Koeficienti korelacije

			ocenaC pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje	q_lastnistvo lastnistvo	q_polozaj polozaj	d12 delovna leta	d2 številu F v lekarni	Rp_1 številu izdanih receptov	q_menj javasl uzbe	d8R št dni strokovnega izpopolnjevanja	regija
Spearman's rho	ocenaC pogostost prisotnosti razlogov za neukrepanje	Koef. korelacije	1,000	-,243	-,207	-,226	,326	,054	-,216	-,236	,151
		P (dvostranski)	.	,033	,070	,053	,004	,641	,065	,042	,194
		N	77	77	77	74	77	77	74	75	76
	q_lastnistvo lastnistvo	Koef. korelacije	-,243	1,000	,314	-,048	-,171	-,291	-,022	,054	,077
		P (dvostranski)	,033	.	,004	,686	,132	,009	,851	,640	,507
		N	77	81	81	74	79	79	74	77	76
	q_polozaj polozej	Koef. korelacije	-,207	,314	1,000	-,183	-,350	-,141	,161	,127	-,244
		P (dvostranski)	,070	,004	.	,119	,002	,216	,170	,272	,034
		N	77	81	81	74	79	79	74	77	76
	d12 delovna leta	Koef. korelacije	-,226	-,048	-,183	1,000	-,148	,160	-,111	-,040	,191
		P (dvostranski)	,053	,686	,119	.	,209	,173	,349	,737	,104
		N	74	74	74	74	74	74	73	72	74
	d2 številu F v lekarni	Koef. korelacije	,326	-,171	-,350	-,148	1,000	,131	,090	,048	,220
		P (dvostranski)	,004	,132	,002	,209	.	,251	,444	,677	,056
		N	77	79	79	74	79	79	74	77	76
	Rp_1 številu izdanih receptov	Koef. korelacije	,054	-,291	-,141	,160	,131	1,000	,201	,059	,026
		P (dvostranski)	,641	,009	,216	,173	,251	.	,085	,613	,823
		N	77	79	79	74	79	79	74	77	76
	q_menj javasl uzbe	Koef. korelacije	-,216	-,022	,161	-,111	,090	,201	1,000	,248	-,267
		P (dvostranski)	,065	,851	,170	,349	,444	,085	.	,036	,022
		N	74	74	74	73	74	74	74	72	74
d8R št dni strokovnega izpopolnjevanja	Koef. korelacije	-,236	,054	,127	-,040	,048	,059	,248	1,000	-,258	
	P (dvostranski)	,042	,640	,272	,737	,677	,613	,036	.	,027	
	N	75	77	77	72	77	77	72	77	74	
regija	Koef. korelacije	,151	,077	-,244	,191	,220	,026	-,267	-,258	1,000	
	P (dvostranski)	,194	,507	,034	,104	,056	,823	,022	,027	.	
	N	76	76	76	74	76	76	74	74	76	

8.3 Priloga C: Predlog obrazca za poročanje o DRP

Predlog obrazca za poročanje o težavah, povezanih z zdravili

(povzeto po PCNE-DRP Registration Form V6.2)

Starost bolnika: _____

Spol: M, Ž

Ime zdravila/zdravilne učinkovine: _____

Izdaja zdravila: a. Rp b. BRp c. prva izdaja d. ponovna izdaja

Kdo je odkril težavo: a. bolnik ali skrbnik b. farmacevt c. zdravnik

Čas, porabljen za intervencijo: _____ minut

Datum: _____

Rezultat intervencije:

- a. težava rešena
- b. težava delno rešena
- c. težava ni rešena
- d. izid intervencije ni znan

Težava ni rešena zaradi:

- a. nesodelovanja bolnika
- b. nesodelovanja zdravnika
- c. neučinkovite intervencije
- d. ni možnosti za rešitev težave

Opis in komentar:

P. Vrsta težave, povezane z zdravilom (označiti le eno možnost)

Težava je pri bolniku a. že nastopila b. se pričakuje

T1. Učinek zdravila:

- a. odsotnost pričakovanega učinka zdravila
- b. neoptimalen učinek zdravila
- c. prisoten nepričakovan učinek zdravila
- d. nezdravljena indikacija

T3. Stroški zdravljenja:

- a. zdravljenje dražje kot je potrebno
- b. nepotrebno zdravljenje

T2. Neželjeni učinki zdravila:

- a. škodljiv učinek (ni alergija)
- b. škodljiv učinek (alergija)
- c. toksični učinek

T4. Drugo:

- a. bolnik nezadovoljen z zdravljenjem
- b. neuspešna terapija neznanega razloga

C. Vzrok težave, povezane z zdravilom (označiti največ tri vzroke)

V1. Izbira zdravila:

- a. neprimerno zdravilo
- b. ni indikacije za uporabo zdravila
- c. neprimerna kombinacija zdravil
- d. neustrezno podvajanje terapije
- e. na voljo bolj stroškovno učinkovito zdravilo
- f. kontraindikacije zdravila
- g. sinergistični ali antagonistični učinek
- h. predpisanih preveč zdravil za isto indikacijo

V5. Jemanje zdravila:

- a. neprimeren čas jemanja zdravila
- b. bolnik namenoma jemlje nižje odmerke
- c. bolnik namenoma jemlje višje odmerke
- d. bolnik zdravila ne jemlje
- e. bolnik napačno jemlje zdravilo
- f. bolnik je z zdravilom zasvojen
- g. bolnik ni sposoben jemati zdravila skladno z navodili

V2. Farmaceutvska oblika:

- a. neprimerna farmacevtska oblika zdravila

V3. Odmerek zdravila:

- a. prenizek
b. previsok
c. odmerjanje ni dovolj pogosto
d. prepogosto odmerjanje
e. odmerek določen brez potrebne titracije
f. pri prenehanju terapije ni bil odmerek postopno znižan

V4. Trajanje zdravljenja:

- a. prekratko
b. predolgo

V6. Logistika:

- a. predpisano zdravilo ni na voljo
b. napačen ali pomanjkljiv predpis zdravila
c. napaka pri izdaji: napačno zdravilo ali odmerek

V7. Bolnik:

- a. ne jemlje zdravila redno
b. jemlje zdravilo tudi ko ni potrebno
c. bolnik uživa hrano, ki povzroča interakcije z zdravilom
d. neprimerno shranjevanje zdravila

V8. Drugo:

- a. drugi vzrok: _____
b. ni očitnega vzroka

I. Vrsta intervencije (označiti največ tri možnosti)**I0. Brez intervencije****I1. Zdravnik, ki je zdravilo predpisal:**

- a. obvešččen
b. zaprošen za dodatno pojasnilo
c. predlagano intervencijo odobril
d. predlagane intervencije ni odobril
e. po predlagani intervenciji izid neznan

I2. Bolnik / skrbnik deležen:

- a. svetovanja o rešitvi težave
b. pripravljena pisna informacija o težavi
c. napoten nazaj k zdravniku
d. pogovor s skrbnikom ali družinskim članom

I3. Zdravilo:

- a. spremenjeno v _____
b. odmerjanje spremenjeno v _____
c. farmacevtska oblika spremenjena v _____
d. navodilo za uporabo spremenjeno v _____
e. prenehanje jemanja zdravila
f. predpisano drugo zdravilo

I4. Drugo:

- a. druge intervencije: _____
b. neželjeni učinki zdravila sporočeni pristojnim organom (Center za farmakovigilanco, Center za zastrupitve)