



## Световна конференция на FIP за бъдещето на професионалните фармацевти в болничната помощ

Окончателни препоръки от Базел  
4<sup>-ти</sup> декември 2008 г.

Домакин на Световната конференция за бъдещето на професионалните фармацевти в болничната помощ бе Секцията на професионалните фармацевти в болничната помощ към FIP, в рамките на 68<sup>-мия</sup> годишен конгрес на Международната фармацевтична организация (FIP). Общо 348 професионални

фармацевти в болничната помощ, представляващи 98 страни, се срещнаха на 30 и 31 август 2008 г. в Базел, Швейцария и успешно разработиха настоящите консенсусни препоръки, отразяващи преобладаващите сред гилдията виждания за практиката в болничната среда.

Преди конференцията председателстващите, ангажирани от Секцията на професионалните фармацевти в болничната помощ (СПФБП) към FIP, подготвиха обзори на литературата по всяка от шестте теми, обхващащи всички области на процеса на използване на медикаменти в болниците, включително доставките на лекарства, подготовката и разпространението, изписването, приложението на лекарствата и наблюдението на действието им при пациентите. Освен това бяха разгледани въпроси, свързани с човешките ресурси и обучението. Безопасността на медикаментите бе важно съображение при разработката на всички консенсусни препоръки. Всеки председателстващ също подготви проекти на консенсусни препоръки за разглеждане. Преди Конференцията всички проекти на материали бяха разпространени сред работните групи, съставени от официални представители и други участници и бе проведен „виртуален диалог“. Членовете на работните групи обмениха бележки и предложения по проектите по електронна поща, което позволи много от препоръките да бъдат в напреднал етап на подготовка преди срещата в Базел.

Няколко основни препоръки, покриващи съществени виждания за практиката в болничните аптеки, но не специфични за всяка от темите на шестте работни групи, бяха добавени преди Конференцията.

При откриването на Конференцията всеки от председателстващите направи кратко представяне по темата си и проекта си за консенсусни препоръки, давайки възможност на всички участници да обмислят разглежданите теми. След това участниците се разделиха по заседания на работните групи, където се проведеха подробни обсъждания и дебати, с които се стигна до окончателните проекти за препоръки. Председателстващите, членовете на Управителния комитет на СК и служителите на СПФБП допълнително прецизираха препоръките след заседанията на работните групи и след това всички препоръки бяха разгледани от общото събрание на участниците на следващия ден.

При заседанието за гласуване в неделя, 31<sup>-ви</sup> август 2008 г., бе приложена система за отчитане реакция на аудиторията за събиране на гласове по всяка препоръка, както тя бе прочетена от председателстващия, ръководил дискусиата по тази тема. Гласуващите делегати използваха скалата на Ликерт с 4 точки, с предварително определени типови отговори (А - пълно съгласие с препоръката; В - съгласие; С - несъгласие; D - пълно несъгласие с препоръката) за гласуването по всяка препоръка. Като консенсус в подкрепа на всяка препоръка предварително бе определено повече от 50% от подадените гласове да бъдат “пълно съгласие” или “съгласие”.

При гласуването по време на Конференцията, всички 74 първоначални препоръки бяха одобрени с консенсус от над 50 % в подкрепа (пълно съгласие или съгласие). Общо 82 държави подадоха глас поне по 1 препоръка. Средно за всички препоръки, бяха подадени по 64,1 гласа на препоръка. Общо 14 страни гласуваха по всички препоръки, а други 10 страни гласуваха по всички препоръки без 1. Общо за всички препоръки средното равнище на консенсус (делът на гласовете, подадени като

“пълно съгласие” или “съгласие”) бе 97,5%. От 5 259 подадени гласа само 111 бяха “несъгласие” и 22 – “пълно несъгласие”. От всички подадени гласове 3 821 (62,8%) бяха “пълно съгласие”, а 1 314 (21,7%) бяха “съгласие”. По общо 26 препоръки (35%) имаше 100% консенсус (“пълно съгласие” или “съгласие”). Минималното равнище на консенсус за всички препоръки бе 90,4%.

След Конференцията и на основата на обратната информация, получена от делегатите и другите участници, две двойки от първоначалните 74 препоръки бяха обединени, една препоръка бе преразгледана и бяха добавени три нови препоръки. Тези промени бяха представени на всички делегати за гласуване по електронна поща и резултатите са включени тук заедно с първоначалните препоръки, които не са променени. Общо 75 препоръки съставляват окончателните препоръки от Базел.

Световната конференция на FIP за бъдещето на професионалните фармацевти в болничната помощ бе в процес на планиране от почти 3 години, през който период бе проведено проучване на практиката в болничните аптеки. Проучването, описващо естеството и обхвата на аптечната практика по цял свят, включи отговори от 85 страни, представляващи 83% от населението на света. Всички одобрени консенсусни препоръки, заедно с обзори на литературата на основа клинични данни в подкрепа на препоръките, ще бъдат публикувани в началото на 2009 г. в специална притурка към „Американския журнал на аптеките в здравната система“. Свободен достъп до пълните материали ще бъде възможен чрез страницата в Интернет на уебстраницата на Журнала.

За повече информация относно Световната конференция, вж. страницата в Интернет на Конференцията на адрес: [www.fip.org/globalhosp](http://www.fip.org/globalhosp).

#### Легенда на означенията в таблиците:

- “A” - Гласуване, пълно съгласие
- “B” - Гласуване, съгласие
- “C” - Гласуване, несъгласие
- “D” - Гласуване, пълно несъгласие
- “N” - Всичко подадени гласове
- (A+B)% - Процент съгласие

Общи препоръки	A ++	B +	C -	D --	N	(A+B) %
1. Основната цел на професионалните фармацевти в болничната помощ е да се оптимизират резултатите при пациентите чрез разумно, безопасно, ефикасно, целесъобразно и икономично използване на лекарствата.	60	10	0	0	70	100
2. За всички държави следва да се разработят указания за «Добра практика в болничните аптеки», основани на клинични данни. Тези указания следва да подпомогнат усилията на страните за определяне стандарти за всички нива, покритие и обхват на услугите на болничните аптеки и следва да включват съответни изисквания за човешките ресурси и обучението.	57	12	0	0	69	100
3. «Петте точни» (точният пациент, точното лекарство, точната доза, точният метод на приложение и точният момент) следва да се спазват при всички дейности в болницата, свързани с лекарствата	60	8	1	0	69	99
4. Здравните власти и болничните администратори следва да ангажират професионалните фармацевти в болничната помощ във всички етапи от процеса на използване на лекарства в болниците	55	12	0	0	67	100

5. Здравните власти следва да осигурят всяка болнична аптека да се ръководи от фармацевти, преминали специализирано обучение относно болничните аптеки.	43	21	2	1	67	96
6. Главният фармацевт/директорът на аптека следва да бъде висшият професионалист, отговарящ за разумното, безопасното, ефикасното, целесъобразното и икономичното използване на лекарствата в болницата	44	21	0	1	66	98
7. Правомощията на фармацевтите в болниците по отношение процеса на използване на лекарства трябва да включват права при избора и използването на медицински устройства, като устройства за приложение, подаващи комплекти, помпи за вливания и дозатори с компютъризирано управление	32	22	2	0	56	96
8. Фармацевтите в болниците следва да носят отговорност за цялата логистика във връзка с лекарствата в болниците	39	26	1	0	66	98
9. Фармацевтите в болниците следва да се явяват като ресурс при всички аспекти на употребата на лекарства и като лица за контакт за доставчиците на здравни услуги.	52	15	0	0	67	100
10. Всички рецепти следва да се преглеждат, тълкуват и заверяват от фармацевт в болницата преди лекарството да бъде отпуснато и приложено.	44	22	3	0	69	96
11. Фармацевтите в болниците следва да наблюдават приема на лекарства от пациентите (ежедневно или при смяна на лекарствата), за да се осигури безопасност на пациентите, подходящо използване на лекарствата и оптимални изходи. Когато поради ограничени ресурси фармацевтът не е в състояние да контролира всички пациенти, приемащи лекарства, следва да бъдат въведени критерии за избор на пациенти, за насочване на контрола от фармацевта.	35	17	4	0	56	93
12. Фармацевтите в болниците следва да имат достъп до пълното досие на пациента.	60	9	0	0	69	100
13. Фармацевтите в болниците следва да осигурят пациентите да са наясно с правилното приложение на лекарствата им.	44	9	2	1	56	95
14. Фармацевтите в болниците следва да дават указания и обучават сестрите, лекарите и другият болничен персонал относно най-добрата практика при използването на лекарствата.	56	13	1	0	70	99
15. Следва в програмите на студентите по фармация да се включва материал, свързан с болниците и да се разработят програми за следдипломна квалификация и специализации по фармация в болничната помощ	57	13	0	0	70	100
16. Фармацевтите в болниците следва активно да се заемат с изучаване на нови методи и системи за подобряване използването на лекарства.	57	9	0	0	66	100

Тема 1 – Поръчка	A ++	B +	C -	D --	N	(A+B) %
17. Процесът на поръчка следва да бъде прозрачен, професионален и етичен, за да се има равнопоставеност и достъп и да се осигури отчетност пред съответните управляващи органи и юридически лица.	56	13	0	0	69	100
18. Поръчките следва да се ръководят от принципа за осигуряване на сигурност при доставяне.	43	18	0	0	61	100
19. Поръчката на фармацевтични продукти е сложен процес, който изисква контрол от фармацевта и технически компетентен персонал.	54	13	1	0	68	99
20. Принципите на работа за добра практика при поръчките	37	18	0	0	55	100

следва да се преглеждат редовно и моделите на поръчки да се приспособяват към различната уредба и възникващите нужди по най-целесъобразен и икономичен начин.						
21. Поръчките следва да се подпомагат от солидни принципи за осигуряване на качеството, за да се гарантира, че лекарства с лошо качество няма да се доставят или допускат в системата. Правилното съхранение с цел поддържане на качеството по цялата верига на снабдяване е задължително.	55	12	0	0	67	100
22. Поръчките не следва да стават изолирано, а да се опират на информация от процеса на избор от лекарствения справочник.	42	27	1	0	70	99
23. Добрите поръчки трябва да се подпомагат от надеждна информационна система, подаваща точна, навременна и достъпна информация.	53	17	0	0	70	100
24. Следва да бъде въведен формален механизъм, чрез който фармацевтите да заявяват средствата за поръчка на лекарства за техните пациенти.	35	32	2	0	69	97
25. Всяка аптека следва да има предвиден план за действия при непредвидени случаи на недостиг на лекарства и за поръчки при извънредни случаи.	50	14	0	0	64	100

<b>Тема 2 – Влияние върху процеса на предписване</b>	<b>A ++</b>	<b>B +</b>	<b>C -</b>	<b>D --</b>	<b>N</b>	<b>(A+B) %</b>
26. Болниците следва да използват система от лекарствени справочници (местна, регионална и/или национална), свързана със стандартните указания за лечение и клинични пътеки, основани на най-сигурните съществуващи клинични данни.	64	5	1	0	70	99
27. Професионалните фармацевти в болничната помощ трябва да са членове на аптечни и лечебни комисии, наблюдаващи всички политики и процедури по управление на лекарствата, включително тези при използване извън регистрираните показания и експерименталните препарати	64	5	0	0	69	100
28. Фармацевтите в болниците следва да играят ключова роля в обучението на лицата, имащи право да предписват лекарства, на всички нива на обучение относно достъпа до и доказателствата за оптимално и целесъобразно използване на лекарствата, включително необходимите параметри на контрол и последващите корекции при предписването.	42	12	1	0	55	98
29. Фармацевтите в болниците следва да участват във всички области на грижа за пациентите с цел евентуално да влияят върху колективно вземане на решение за терапия.	47	25	1	0	73	99
30. Фармацевтите в болниците следва да са неделима част от всички визитации, за да помагат при вземането на решение за терапия и да дават съвети по клинична фармация и безопасността на пациента.	39	23	2	2	66	94
31. Фармацевтите в болниците следва да осигуряват приемственост на грижите като предават информация за лекарствата на пациентите при преместване на пациентите между секторите на медицински грижи.	47	21	4	1	73	93
32. Следва да се разработят след-дипломни клинични курсове за подготовка на фармацевтите в болниците за колективно предписване на лекарства, в т.ч. обучение по правна и професионална отчетност; тази роля на фармацевтите в болниците следва да бъде застъпена в програмите за другите професионалисти в здравната област.	47	22	4	0	73	95

<b>Тема 3 – Подготовка и доставка</b>	<b>A ++</b>	<b>B +</b>	<b>C -</b>	<b>D --</b>	<b>N</b>	<b>(A+B) %</b>
33. Фармацевтите в болниците следва да осигурят поддържане на правилни условия за съхранение на всички лекарства, използвани в болницата.	62	10	0	0	72	100
34. Фармацевтите в болниците следва да поемат отговорност за правилното поставяне на етикети и контрол на лекарствата, съхранявани в цялата болница.	44	11	1	0	56	98
35. Фармацевтите в болниците следва да правят необходимото смесването на лекарствата да се приготвят по еднообразен начин, за да се спазват стандартите за качество.	61	9	0	0	70	100
36. Фармацевтите в болниците следва да предоставят услугите във връзка с инжектираните смеси, които аптеката управлява, използвайки асептична техника.	48	22	2	0	72	97
37. Опасните лекарства, в т.ч. цитотоксичните, следва да се приготвят в среда, която свежда до минимум риска от замърсяване на продукта или излагането на болничния персонал на опасност.	63	7	1	1	72	97
38. Фармацевтите в болниците следва да намаляват риска от грешка при лекарствата, чрез прилагане на системи или технологии на основата на клинични данни, като автоматично изпълнение на рецепти, предоставяне на единични дози и системи за шрихово кодиране.	52	15	4	0	71	94
39. Фармацевтите в болниците следва да съдействат за разработването на политики за употребата на лекарства, донасяни в болницата от пациенти, в т.ч. за оценка на целесъобразността на билковите и хранителните добавки.	48	20	3	1	72	94
40. Фармацевтите в болниците следва да поемат отговорност за съхранение, приготвяне, отпускане и разпространение на експерименталните лекарства.	56	14	1	2	73	96
41. Фармацевтите в болниците следва да прилагат системи за проследяване на лекарствата, отпуснати от аптеката (например за улесняване изтеглянето им).	43	24	5	0	72	93

<b>Тема 4 – Приложение</b>	<b>A ++</b>	<b>B +</b>	<b>C -</b>	<b>D --</b>	<b>N</b>	<b>(A+B) %</b>
42. Фармацевтите в болниците следва да осигуряват информационните ресурси, необходими за безопасно приготвяне и приложение на лекарствата, да бъдат достъпни от мястото на лечение.	60	13	0	0	73	100
43. Фармацевтите в болниците следва да осигурят точно описание на алергиите в определените за целта места в досиетата на пациентите и те да бъдат взети предвид преди назначаването на прием на лекарствени продукти.	47	19	4	2	72	92
44. Фармацевтите в болниците следва да осигуряват лекарствата да са опаковани и с поставени етикети, за да се гарантира идентификацията им и за да се запази тяхната цялост до момента на непосредственото приложение при конкретния пациент.	56	14	1	0	71	99
45. Когато на лекарствата се поставят етикети за конкретни пациенти, следва да се посочват всички подробности за безопасно приложение, напр. наименованието на лекарството, начинът на приложение и дозата като маса и обем, когато е уместно.	53	17	0	0	70	100
46. Съхранението на концентрирани електролитни продукти (като калиев хлорид и натриев хлорид) и други лекарствени	50	19	1	1	71	97

продукти с висок риск в отделенията за пациенти следва да се премахне, като се отпускат готови за употреба разтвори или, при необходимост, тези продукти следва да се съхраняват на обособени места след като бъдат стриктно етикетирани или на друго сигурно място.						
47. Професионалистите от здравеопазването, отговорни за приложение на инжектирани лекарства и химиотерапия, трябва да са обучени за използването им, за опасностите и за необходимите предпазни мерки.	63	9	2	0	74	97
48. Дозите за химиотерапия и другите назначени лекарствени продукти (на база оценка на риска) следва да бъдат независимо проверени спрямо първоначалното предписание от двама здравни професионалисти на мястото на провеждане на съответното лечение преди да бъдат приложени.	50	20	3	0	73	96
49. Фармацевтите следва да осигуряват прилагане на стратегии и политики за недопускане на грешки с неправилни методи, в т.ч., напр., поставяне на етикети на тръбите за венозни вливания близо до мястото на въвеждане с цел избягване на грешни свързвания и използване на катетри за хранене, които да не могат да бъдат свързани с венозни или други парентерални линии.	40	26	7	0	73	90
50. <b>Vinca-алкалоидите</b> (бел. на преводача: т. нар. винка алкалоиди – винбластин и винкристин или индолни алкалоиди) следва да бъдат разреждени, в идеалния случай в малка торбичка и/или голяма спринцовка (за педиатрични пациенти) и да се отпускат със специални предупреждения на етикета, за да не се допусне интратекално приложение по погрешка.	36	30	3	2	71	93
51. Следва да се използват перорални спринцовки, които ясно се различават от хиподермичните, за да се избегне инжектиране на стомашни или перорални лекарства, особено при педиатрични пациенти.	45	25	1	2	73	96
52. Лекарствата, които не се предлагат в търговската мрежа за неонатални и педиатрични пациенти, следва да се приготвят от болничната аптека.	53	19	2	0	74	97
53. За всички пациенти и особено за педиатричните, неонаталните и получаващите интензивна помощ следва да се определят, доставят и приготвят стандартни концентрации на лекарствата.	44	29	3	0	76	96
54. Фармацевтите в болниците следва да отговарят за определянето кои лекарства да се съдържат в наличността в отделенията и за стандартизиране на съхранението и обработката на лекарствата в отделенията.	54	18	3	0	75	96
55. Фармацевтите в болниците следва да разработят прости, основани на правилата подходи за подобряване на безопасността на пациентите; например когато за даване на доза са нужни голям брой единици дозировка (повече от две таблетки, флакони и др.), рецептата следва да се проверява преди приложението.	45	26	1	1	73	97
56. Фармацевтите в болниците следва да осигурят разработка на стратегии за качество за приложението на лекарствата, в т.ч. използване на методология за наблюдение за откриване на грешки и намиране на възможности за подобрене.	48	22	4	0	74	95
57. Процесът на приложение на лекарствата следва да е проектиран така, че етапите на пренаписване между оригиналното назначение и приложението на лекарствата да бъдат премахнати.	44	20	6	0	70	91

<b>Тема 5 – Контрол на практиката на медикаментозното лечение</b>	<b>A ++</b>	<b>B +</b>	<b>C -</b>	<b>D --</b>	<b>N</b>	<b>(A+B) %</b>
58. Следва да се въведе и поддържа система за докладване за дефектни лекарствени продукти с цел контрол и вземане на нужните мерки за свеждане до минимум на установените рискове. Докладите за дефектни или нестандартни лекарства следва да се изпращат до регионалните или националните програми за фармацевтичен надзор, където има такива.	54	14	0	0	68	100
59. Следва да се въведе и да се поддържа система за докладване на странични реакции на лекарства и да се вземат нужните мерки за свеждане до минимум на установените рискове. Докладите за тези реакции следва да се изпращат до регионалните или националните програми за фармацевтичен надзор, където има такива.	66	7	0	0	73	100
60. Следва да се въведе и поддържа система за докладване за грешки при приема на лекарствени продукти и да се вземат нужните мерки за свеждане до минимум на установените рискове. Докладите за грешки при приема на лекарства следва да се изпращат до регионалните или националните програми за докладване за грешки при приема на лекарствени продукти, където има такива.	68	6	0	0	74	100
61. Прилагането на медикаментозно лечение в болницата следва да е предмет на самооценка и вътрешно проследяване на тенденциите и да се сравнява с най-добрите практики в други институции с цел подобряване на безопасността, клиничната ефективност и икономичността.	44	27	0	0	71	100
62. Прилагането на медикаментозно лечение в болницата следва да се преглежда от външна програма за акредитация и оценка на качеството. Болниците следва да изпълняват препоръките на докладите от редовните външни проверки и оценки на качеството с цел подобряване на безопасността на техните практики.	51	20	3	0	74	96
63. Клиничните намеси на фармацевтите следва да се документират в досието на пациента. Тези данни следва да се анализират редовно с цел подобряване на качеството и на безопасността на прилагането на медикаментозното лечение.	62	10	2	0	74	97
64. Следва да се използват тригерни средства за осигуряване количествени данни за нежелателни случаи с лекарствени продукти в болницата. Тези данни следва редовно да се преглеждат, за да се подобри качеството и безопасността на приложеното медикаментозно лечение.	52	17	4	0	73	95
65. Усъвършенстваните услуги на клиничната фармацевтика следва да управляват медикаментозното лечение за оптимизиране на лечебния ефект. Данните за резултатите от такива програми следва редовно да се преглеждат и използват за подобряване качеството и безопасността на приложеното медикаментозно лечение. Сред примерите са управлението на антикоагулационната терапия, антимикробната терапия и контролът на терапевтичните лекарства.	53	20	0	0	73	100

<b>Тема 6– Човешки ресурси и обучение</b>	<b>A ++</b>	<b>B +</b>	<b>C -</b>	<b>D --</b>	<b>N</b>	<b>(A+B) %</b>
66. Здравните власти следва да организират на национално равнище заинтересованите страни за съвместна разработка на планове за човешки ресурси за болничните аптеки, основани на клиничната практиката, насочени към посрещане на здравните нужди и приоритети в публичния и частния сектор, с които да се подобрят резултатите на пациентите.	51	22	0	0	73	100
67. Основните заинтересовани страни следва да осигурят подготовката, обучението, компетентността, броя и капацитета на работната сила да са подходящи за равнищата, покритието, обхвата и отговорностите на всички кадри, предоставящи фармацевтични услуги.	56	18	1	0	75	99
68. Планирането на човешките ресурси за болничните аптеки следва да обхваща всички кадри и да е обвързано с целите в здравната област. Тези планове следва да описват стратегиите за образование и обучение, подбор и запазване на кадрите, развитие на компетентността, заплатите и възможността за кариера в областта на човешките ресурси, политиките за равенство между половете, равнопоставено разполагане и разпределение, управлението, ролите и отговорностите на заинтересованите страни при изпълнението.	48	20	3	0	71	96
69. Болниците следва да поддържат информационни системи за човешките ресурси, съдържащи основни данни за планиране, обучение, оценка и подпомагане на работните кадри. Данните следва да се събират на национално ниво с цел подобряване стратегията, свързана с човешките ресурси.	46	25	1	1	73	97
70. Здравните власти, преподавателите, професионалните сдружения и работодателите следва да се борят с недостига на човешки ресурси чрез устойчиви стратегии за осигуряване, набиране и запазване на работните кадри, особено в селските и отдалечените райони.	47	23	2	0	72	97
71. Учебните програми за човешките ресурси от средно равнище в аптеките (техници или равностойни) следва да са формализирани, уеднаквени и сертифицирани на национално равнище за постигане на дадени компетентности в рамките на определен обхват на практиката.	51	21	1	1	74	97
72. Политиките по човешките ресурси в болниците следва да се основават на етични принципи, равни възможности и спазване на човешките права, както и да са в съответствие с трудовите разпоредби, указанията и стандартите за фармацевтична практиката в болничните аптеки.	60	16	0	0	76	100
73. На национално ниво следва да бъдат определени и редовно да се оценяват равнища на практиката и съответните изисквания за компетентност, за да се формира рамка за компетентността на всички кадри.	51	22	1	1	75	97
74. Болниците следва да използват възприета в национален мащаб рамка за компетентността с цел оценка на индивидуалните нужди от обучение на човешките ресурси и резултатите.	46	25	3	1	75	95
75. Данните за недостига на човешки ресурси в болничните аптеки следва да се проучват и преодоляват посредством програма за стратегически проучвания.	51	24	2	0	77	97