

Aplikimi i polifarmacisë. Menaxhimi dhe siguria e mjekimit.

Moduli II

PERMBAJTJA

1. Cfarë është polifarmacia
2. Etiologjia dhe prevalenca
3. Faktorët e rrezikut që nxisin polifarmacinë
4. Pasojat e polifarmacisë
5. Mënyra e vlerësimit të polifarmacisë
6. Siguria e mjekimit në polifarmaci
7. Faktorët që ndikojnë në sigurinë e mjekimit në polifarmaci
8. Roli i profesionistit të shëndetit, si faktor që ndikon në sigurinë e mjekimit në polifarmaci
9. Zbatimi i programeve të qëndrueshme për trajtimin e polifarmacisë
10. Menaxhimi i duhur i polifarmacisë
11. Roli i BE-së në sfidën globale të sigurisë së pacientëve në polifarmaci
12. Polifarmacia dhe shëndeti oral
13. Polifarmacia dhe COVID-19

Hyrje

Si rezultat i plakjes së popullatave vitet e fundit, pjesa më e madhe e individëve mbi moshën 50 vjeçare vuajnë nga patologji të shumta afatgjata të cilat i mjekojnë nëpërmjet mjekimeve po ashtu të shumta.

Rreth 11% e të gjitha shtrimeve të paplanifikuara në spital vijnë si pasojë e dëmit të lidhur me përdorimin e disa ilaceve. Garantimi i sigurisë së mjekimit kur aplikohet polifarmacia është një nga sfidat kryesore të sigurisë së medikamenteve sot. Pavarësisht se polifarmacia konvencionale është perceptuar si një përdorim i tepruar i ilaçeve, ky perceptim në aspektin e përshtatshmërisë është i dobishëm, pasi ka shumë raste kur përdorimi i disa ilaçeve mund të konsiderohet i nevojshëm dhe i dobishëm.

Plakja e shpejtë e popullsisë ka nxitur shtete të ndryshme ti japin përparësi rritjes së ndërgjegjësimit lidhur me problemet mbi polifarmacinë e papërshtatshme dhe nevojën për t'ju drejtuar kësaj çështjeje.

Të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor luajnë një rol thelbësor në menaxhimin e duhur të polifarmacisë. Në menaxhimin e polifarmacisë përfshihet vendim-marrja e të gjithë profesionistëve të shëndetit së bashku, si rrjedhim duke bërë të nevojshme kombinimin e njohurive të mjekëve, infermierëve, farmacistëve dhe profesionistëve të tjerë të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë gjithashtu përfshirjen sistematike, angazhimin dhe fuqizimin e pacientëve. Kështu është e rëndësishme të zbatohen ndërhyrje të tilla si rishikimet e ilaçeve sa herë që është e mundur duke bashkëpunuar me pacientin dhe/ose kujdestarin e tij.

Komunikimi i mirë dhe përzgjedhja e saktë e informacionit është thelbësor dhe mund të lehtësohet nga përdorimi i ditareve apo regjistrimeve të ilaçeve të përdorura nga pacientët.

Për më tepër, një rimodelim i proceseve të kujdesit dhe /ose shërbimeve mund të jetë i nevojshëm për të ndihmuar mjekët praktikues të menaxhojnë ngarkesën e punës lidhur me polifarmacinë në mënyrë që të përmirësojnë sigurinë e ilaçeve.

Sot për menaxhimin e përshtatshëm të polifarmacisë është thelbësore çështja e sigurisë, implikimet klinike si dhe ekonomike. Gjithashtu për menaxhimin e përshtatshëm të polifarmacisë mund të kërkohet zhvillimi i një plani zbatimi, i cili aplikon teoritë dhe mjetet e menaxhimit të ndryshimit dhe zbatimit.

Raportet e dhëna në kuadrin strategjik të sfidës së tretë botërore të OBSH mbi sigurinë e pacientëve mund të ndihmojnë në dhënien e një strukture udhëzuese për të krijuar një strategji të sigurisë së ilaçeve gjatë polifarmacisë. Këto raporte nuk përpiqen të mbulojnë të gjithë gamën e çështjeve të polifarmacisë, por thjesht synojnë të japin informacion mbi polifarmacinë si koncept dhe të shqyrtojnë disa qasje për menaxhimin e përshtatshëm të polifarmacisë.

Gjatë 15 viteve të fundit, nëpërmjet raporteve të tilla si “Të gabosh është njerëzore”, shtete të ndryshme kanë nxitur sigurinë e pacientëve si një mundësi për të zvogëluar dëmin.

Nëpërmjet projekteve si ai i SIMPATHY (Stimulimi i Menaxhimit të Inovacionit të Polifarmacisë dhe Aderimit të Moshuarit/ Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly) është eksploruar se si programet e menaxhimit të kujdesit shëndetësor mund të zbatohen për të përmirësuar sigurinë e ilaçeve dhe për të parandaluar dëmtimin e pacientit, duke nxitur përdorimin e duhur, kur përdoren disa ilaçe njëkohësisht (polifarmaci). Themelor për zbatimin e këtyre programeve është parimi se ofruesit e kujdesit shëndetësor punojnë në partneritet me pacientët për të mundësuar marrjen e përbashkët të vendimeve lidhur me ilaçet, gjë që përmirëson ndjekjen e pacientëve dhe rezultatet lidhur me ilaçet.

Tema 8. Roli i profesionistit të shëndetit, si faktor që ndikon në sigurinë e mjekimit në polifarmaci

Përshkrimi i arsyeshëm është një faktor shumë i rëndësishëm në reduktimin e polifarmacisë.

Vlerësimi i duhur i kombinimit të ilaceve është një faktor shumë i rëndësishëm në reduktimin e polifarmacisë. Zgjedhja me kujdes e ilaçeve duhet të bëhet para se profesionisti i shëndetit të japë recetën për ndonjë ilaçi të ri, në mënyrë që të realizohet një studim i informacionit të produktit dhe vlerësohet polifarmacia.

Sipas një studimi nga Halli-Tierney et. al. për vlerësimin e përshkrimit të arsyeshëm u drejtuan pyetjet e mëposhtme:

- 1) Cili është shkaku themelor për shfaqjen e simptomave?
- 2) Cilët janë treguesit për mjekimet e reja?
- 3) A merret ndonjë terapi jofarmakologjike ndërkohë?
- 4) Cilët janë përfitimet dhe rreziqet e ilaçeve të reja?
- 5) Cilat janë të mirat nga këto ilaçe që i tejkalojnë rreziqet që mund të shkaktohen nga to?
- 6) Cilat janë qëllimet e terapisë së pacientit?
- 7) Cili është qëllimi i recetës?
- 8) Cila është jetëgjatësia e vlerësuar e pacientit kur merret në konsideratë moshë dhe komorbiditetet?
- 9) A është vënë në dijeni pacienti për vendimin për marrjen e një mjekimi të ri?
- 10) Cili është niveli i aderencës/ kompliancës së pacientit?
- 11) Si do e përballojë pacienti marrjen e një ilaçi të ri?
- 12) Si duhet të jetë ndjekja dhe mbikqyrja në kohë e efektshmërisë dhe efekteve të dëmshme të barnave.

Ndalimi i përshkrimit të barnave (*depërshkrim*) përkufizohet si proces sistematik i identifikimit dhe ndërprerjes së barnave në rastet në të cilat dëmet ekzistuese ose potenciale tejkalojnë përfitimet ekzistuese ose potenciale brenda kontekstit të qëllimeve individuale të kujdesit të pacientit, nivelit aktual të gjendjes së pacientit, nivelit të vlerave dhe preferencave.

Arsyet pse aplikohet ky proces përfshijnë: shkakun potencial të dëmtimit për shkak të ADE-ve ose ndërveprimit sëmundje- barna, dështimin për të kontrolluar sëmundjen/simptomën, vendimin mbi sëmundjen /simptomat, mungesën e një indikacioni të vlefshëm, rezultatet që merren nga një mjekim i përshkruar për të trajtuar një efekt të dëmshëm të një mjekimi tjetër, marrjen e asnjë përfitimi apo marrjen e përfitimeve të dyshimta nga ilaçet parandaluese, duke pasur parasysh jetëgjatësinë e mbetur të pacientit ose barrën e papranueshme të trajtimit.

Në mënyrë që të ndihmohen profesionistët e shëndetit për të reduktuar polifarmacinë janë vënë në dispozicion disa mjete ndër të cilët ndër më të thjeshtët në përdorim është vlerësimi i Indeksit të Përshtatshmërisë së Ilaçeve (IPI), i cili realizohet online:

(<https://globalrph.com/medcalcs/medication-appropriateness-index-calculator/>).

Nëpërmjet këtij websiti kërkohet që profesionistët e shëndetit të realizojnë gjykime klinike për interpretim dhe vlerësim, bazuar në informacionin klinik dhe kompleksitetin e pacientit. Në pyetësorin e IPI kërkohet që profesionisti i shëndetit t'i përgjigjet 10 pyetjeve në lidhje me një mjekim të caktuar në mënyrë që të përcaktojë përshtatshmërinë e tij për një pacient.

Rezultati llogaritet automatikisht pas dorëzimit të përgjigjeve.

Indikacioneve dhe efektivitetit të një ilaçi të veçantë i jepet pesha më e madhe. Të gjitha përgjigjet 'po' kanë një rezultat zero, ndërsa përgjigjet 'jo' kanë vlera që variojnë nga 1 në 3 në varësi të rëndësisë së tij në vlerësimin e përshtatshmërisë së një ilaçi të caktuar.

Rezultati maksimal është 18 që përket në papërshtatshmëri maksimale. Nëse një pacient është duke marrë medikamente të shumta, ky test mund të përsëritet për secilin medikament në mënyrë që të përcaktohet një rezultat total IPI (thjesht shtohen rezultatet për çdo ilaç të rishikuar). Pyetjet që përfshihen në pyetësor janë:

1. Indikacioni për ilaçin?
2. A është ilaçi efektiv për gjendjen?
3. A është doza e saktë?
4. A janë udhëzimet e sakta?
5. A janë udhëzimet praktike apo të arritshme për t'u zbatuar?
6. A ka ndërveprime të rëndësishme klinikisht ilaç -bar?
7. A ka ndërveprime të rëndësishme klinikisht bar-sëmundje/gjendje?
8. A ka dyfishim mjekimi me barna të tjera të panevojshëm?
9. A është e pranueshme kohëzgjatja e terapisë?

10. A është ky ilaç alternativa më pak e shtrenjtë në krahasim me të tjerët (për të njëjtin efekt)?

Pyetësi i pari i këtij tipi është ideuar që në vitin 1994, por pyetësi është udatuar me kalimin e viteve.

Vlerësimi nëpërmjet Indeksit të Përshtatshmërisë së Ilaçeve (IPI) kufizohet nga njohuritë, përvojat dhe qëndrimet e mjekut dhe është më pak i besueshëm se mjetet e tjera më të qarta në studimet klinike.

Nga ana tjetër, mjetet vlerësuese të tilla si 2019 American Geriatrics Society (AGS) Beers Criteria®, STOPP (Screening Tool of Older People's Prescriptions/ Mjeti i Shqyrtimit të Recetave të Të Moshuarve), dhe START (Screening Tool to Alert to Right Treatment/ Mjet i Shqyrtimit për Të Paralajmëruar Për Trajtimin e Duhur) STOPP / (Screening Tool to Alert to Right Treatment/ Mjet i Shqyrtimit për Të Paralajmëruar Për Trajtimin e Duhur) (SMART)), kanë standarde/kritere të qarta dhe nuk kërkojnë gjykim klinik ose minimal për të interpretuar, si dhe kompleksiteti i pacientit nuk merret në konsideratë në procesin e vendim-marrjes.

Ndër mjetet/ programet e mësipërme ai i cili vlerësohet të jetë mjeti i azhornuar së fundi është 2019 American Geriatrics Society (AGS) Beers Criteria. Ky program ofron një listë të plotë të klasave/ilaceve 'PIM'/ Potentially inappropriate medications/ Medikamente potencialisht të papërshtatshme* dhe ilaceve që duhen shmangur ose rreziqet e të cilëve tejkalojnë përfitimet e tyre tek të rriturit e moshuar në përgjithësi dhe në prani të komorbiditeteve specifike, ndërveprimeve midis barnave ose bar-sëmundje.

** Ilaçe 'PIM' ("medikamente që duhet të shmangen për shkak të rrezikut të tyre i cili tejkalon përfitimin e tyre dhe kur ka alternativa po aq ose më efektive, por me rrezik më të ulët")*

Tabela 3 më poshtë përmbledh ndërveprimet më të zakonshme që duhen shmangur te të moshuarit midis ilaceve 'PIM' dhe barnave të tjerë.

Ndërkohë që në tabelën 4 janë paraqitur barnat e zakonshme që duhet të shmangen ose ti reduktohen dozat duke u bazuar në CrCl (klirensi i kreatininës)

Tabela 6. Ndërveprimet e zakonshme me rrezik potencialisht klinik të lartë, bar-bar te të moshuarit

Klasa e barnave	Klasa e barnave ndërvepruese	Rreziqet e mundshme
<ul style="list-style-type: none"> -Barnat aktive të SNQ - Barnat antidepresive - Antipsikotikët - Antiepileptikët - Benzodiazepinat -Hipnotikët agoniste të receptorit benzodiazepine - Opioidet 	<ul style="list-style-type: none"> • Çdo kombinim i ≥ 3 barnave aktive të SNQ 	<ul style="list-style-type: none"> • Rritja e rrezikut të konfuzionit (të gjitha llojet) • Rritja e rrezikut të rrëzimeve (të gjitha llojet) dhe frakturave (benzodiazepinat dhe hipnotikët agonistë të receptorit benzodiazepine)
-Antikolinergjikët	<ul style="list-style-type: none"> • Antikolinergjik 	<ul style="list-style-type: none"> • Nxitja e reduktimit të zhvillimit konjitiv
-Opioidet	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepina • Gabapentin, pregabalin 	<ul style="list-style-type: none"> • Rritja e rrezikut të mbidozimit (benzodiazepinë) • Rritja e rrezikut të depresionit të frymëmarrjes dhe vdekjes si pasojë e efektit qetësues të tepruar
-AIJS	<ul style="list-style-type: none"> • Warfarin • Kortikosteroidet, nga goja ose parenteral 	<ul style="list-style-type: none"> • Rritja e rrezikut të sëmundjes së ulçerës peptike ose gjakderdhjes • Dëmtim i veshkave
-ACEI, Branat ARB/ Frenuesit e receptorit të angiotenzinës II, Aliskiren	<ul style="list-style-type: none"> • Diuretik kursyes të kaliumit 	<ul style="list-style-type: none"> • Rritja e rrezikut të hiperkalemisë
-Warfarin	<ul style="list-style-type: none"> • Amiodaroni • Ciprofloxacini • Makrolide (me përjashtim të azitromicinës) • AIJS • Trimetoprim- 	<ul style="list-style-type: none"> • Rritja e rrezikut të gjakderdhjes

	sulfametoksazol	
--	-----------------	--

Tabela 7. Medikamente të zakonshme me rrezik të lartë që duhet të shmangen ose të ulet doza e tyre bazuar në CrCl te të moshuarit

Klasa/ Ilaçet	CrCl në veprimin e kërkuar	Rreziku/Rekomandimi
SNQ/Analgjektiv <ul style="list-style-type: none"> • Gabapentin • Pregabalin • Tramadol • Levetiracetam • Duloxetine 	<ul style="list-style-type: none"> • <60 • <60 • <30 • ≤80 • <30 	<ul style="list-style-type: none"> • Efektet anësore të SNQ/Reduktim te dozës • Efektet anësore të SNQ/ Reduktim te dozës • Efektet anësore të SNQ/ Reduktim te dozës • Efektet anësore të SNQ/ Reduktim te dozës • Rritja e efekteve anësore të GI (të përziara, diarre)/ Shmangni përdorimin
Holluesit e gjakut <ul style="list-style-type: none"> • Apixaban • Enoxaparin • Fondaparinux • Dabigatran • Rivaroxaban 	<ul style="list-style-type: none"> • <25 • <30 • <30 • <30 • <50 	<ul style="list-style-type: none"> • Mungesa e provave për efikasitetin dhe sigurinë / Shmangni përdorimin • Rritja e rrezikut të gjakderdhjes / Zvogëloni dozën • Rritja e rrezikut të gjakderdhjes/ Shmangni përdorimin • Mungesa e provave për efikasitetin dhe sigurinë/ Shmangni përdorimin • Mungesa e provave për efikasitetin dhe sigurinë/ A.fib joalvulare: zvogëloni dozën nëse CrCl 15-50 ose shmangni përdorimin nëse <15
Diuretikut <ul style="list-style-type: none"> • Amilorid • Spironolakton • Triamteren 	<ul style="list-style-type: none"> • <30 • <30 • <30 	<ul style="list-style-type: none"> • Rritja e kaliumit dhe pakësimi i natriumit/ Shmangni përdorimin • Rritja e kaliumit/ Shmangni përdorimin • Rritja e kaliumit dhe pakësimi i natriumit/ Shmangni përdorimin
Antibiotikët <ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacilin • Trimetoprim sulfametoksazol 	<ul style="list-style-type: none"> • <30 • <30 	<ul style="list-style-type: none"> • Rritja e rrezikut të efekteve të SNQ (kriza, konfuzion) dhe këputje e tendinit/Zvogëloni dozën • Rritja e rrezikut të përkeqësimit të funksionit të veshkave dhe hiperkalemisë / Zvogëloni dozën nëse CrCl 15-29 ose shmangni nëse CrCl <15

Bllokuesit e receptorit H2		
• Cimetidina	• <50	• Ndryshimet e statusit mendor/ Zvogëloni dozën
• Famotidina	• <50	• Ndryshimet e statusit mendor/ Zvogëloni dozën
• Nizatidina	• <50	• Ndryshimet e statusit mendor/ Zvogëloni dozën

CrCL: Indeksi i pastrimit të kreatininës; Afib: Fibrilacion atrial; GI: Trakti gastrointestinal; SNQ: Sistemi nervor qendror;

Nëpërmjet kriterit STOPP (Screening Tool of Older People's Prescriptions/ Mjeti i Shqyrtimit të Recetave të Të Moshuarve) identifikohen ilaçet që mund të jenë të papërshtatshme, ndërsa kriteret START (Screening Tool to Alert to Right Treatment/ Mjet i Shqyrtimit për Të Paralajmëruar Për Trajtimin e Duhur) lejojnë identifikimin e ilaçeve alternative që mund të jenë më të sigurta për të trajtuar një sëmundje. Aplikimi i kriterëve STOPP/START përmirëson rezultatet klinike tek personat e moshuar që vuajnë nga shumë sëmundje.

Megjithatë, edhe me aplikimin e softuerit mirë-funksionues për aplikimin e kriterëve STOPP/START, mbetet nevoja për ndërveprim ballë për ballë midis pacientëve dhe personelit mjekësor të trajnuar në mënyrë të përshtatshme (kryesisht farmacistë) për të shpjeguar dhe kualifikuar rekomandimet specifike STOPP/START në pacientët individualë të moshuar që vuajnë nga shumë sëmundje.

Përfitimet dhe provat e efektshmërisë së përshkrimit janë dokumentuar në nivelin e pacientit, përshkruesit dhe sistemit shëndetësor. Megjithatë ka disa pengesa në përshkrim që ndodhin si në nivelin e pacientit, ashtu edhe në atë të përshkruesit.

Ndër pengesat që lidhen me pacientët përmendim: frikën ndaj efekteve të padëshiruara të barnave, frikën e ndryshimit të gjendjes aktuale etj.

Ndër pengesat që lidhen me ofruesin e kujdesit shëndetësor përmendim: frikën ndaj efekteve të padëshiruara të barnave, frikën e ndryshimit të gjendjes aktuale, presionin nga rregullat mbi udhëzimet e përshkrimeve të praktikës klinike, vështirësinë në pajtimin e medikamenteve midis njëri tjetrit dhe mungesën e kohës, si dhe njohuritë apo aftësitë në përshkrim.

Edukimi i pacientit dhe familjes

Mjekët duhet të identifikojnë dhe të caktojnë ilaçet që pacienti mund të ndërpresë së marri dhe të diskutojnë për këtë me pacientin/ apo familjen e tij.

Edukimi i pacientit dhe familjes mbi indikacionet e terapisë mjekësore, si dhe mbi udhëzimet si duhet marrë terapia mjekësore, është thelbësore për të siguruar një aderencë të mirë dhe në minimizimin e ngjarjeve të padëshiruara. Në një mjedis rehabilitimi ambulator është e rëndësishme që të informohen në mënyrën e duhur të gjithë profesionistët e shëndetit në lidhje me polifarmacinë. Gjithashtu është thelbësore që mjeku të krijojë një partneritet me farmacistët, infermierët dhe profesionistët e tjerë të shëndetit për arritjen e një qëllimi mjekësor sa më optimal.

Përmirësimi i performancës në praktikë/ ndryshime në sjelljet dhe aftësitë e praktikës klinike

Procesi i përshkrimit nga mjekët është shumë i rëndësishëm për arritjen e një rezultati terapeutik të duhur.

Hapat që duhet të ndiqen për të realizuar një proces përshkrimi janë:

- (1) Koordinimi i të gjitha ilaçeve sipas indikacioneve përkatëse të tyre;
- (2) Vlerësimi i përshtatshmërisë së çdo mjekimi duke marrë parasysh rreziqet dhe përfitimet e përdorimit;
- (3) Vlerësimi i përshtatshmërisë së çdo ilaçi në mënyrë që të vlerësohet vazhdimësia e marrjes së tij;
- (4) Dhënia përparësi e ilaçeve që mund të ndërpriten; dhe
- (5) Zbatimi dhe monitorimi i ndërprerjes së një mjekimi.

Tema 9. Zbatimi i programeve të qëndrueshme për trajtimin e polifarmacisë

Në kontekstin e sfidës së tretë të OBSH-së që lidhet me sigurinë e pacientëve: shumë shteteve i kërkohet të ndërmarrin veprime paraprake për të mbrojtur pacientët nga dëmi që vjen nga aplikimi i polifarmacisë, duke zbatuar programe që ndihmojnë në reduktimin e polifarmacisë së papërshtatëshme.

Për zbatimin e udhëzimeve kombëtare, subnacionale ose lokale të polifarmacisë dhe praktikave të reja të polifarmacisë, rekomandohet të zbatohen parimet e menaxhimit të ndryshimit dhe strategjitë e zbatimit të bazuara në teori. Ndër mjetet dhe teoritë që përdoren për të mbështetur procesin e zbatimit të këtyre programeve përmendim procesin e tetë hapave të Kotterit mbi udhëheqjen e ndryshimit; politike, ekonomike, sociale, teknologjike, mjedisore dhe ligjore (PESTML); si dhe : pikat e forta, dobësitë, mundësitë dhe kërcënimet (PDMK).

Në një studim të viteve të fundit u aplikua procesi prej tetë hapa i Kotterit për udhëheqjen e teorisë së procesit të ndryshimit dhe normalizimit, për të vlerësuar veprimtaritë e suksesshme të menaxhimit të polifarmacisë në Evropë dhe u dhanë disa këshilla që mund të aplikohen në të gjithë sistemin shëndetësor për të trajtuar menaxhimin e polifarmacisë.

Pikat PESTML dhe PDMK u mundësojnë organizatave të vlerësojnë çështjet që duhen trajtuar për të siguruar që pengesat që hasen për zbatim të eliminohen dhe ata që mundësojnë procesin ta realizojnë atë në mënyrë sa më optimale.

Për të mbështetur zbatimin më të gjerë të shqyrtimeve të ilaçeve në popullatat e zgjedhura, një mjet analizues ekonomik është zhvilluar për të ndihmuar shtetet të vlerësojnë përfitimet e mundshme ekonomike të futjes dhe marrjes së shqyrtimeve të ilaçeve në polifarmacitë.

Përveç ndryshimit të mjeteve të menaxhimit, disa faktorë kryesorë që duhet të shqyrtohen janë përshkruar në vijim. Për të siguruar që farmacisti luan një rol kyç brenda një ekipi shumëdisiplinor së bashku me mjekët dhe infermierët, modelet ekzistuese të ofrimit të kujdesit shëndetësor për polifarmacinë duhet të rivlerësohen.

Rishikimet e ilaçeve të kryera nga profesionistët e kujdesit shëndetësor do të duhet të inkorporohen në hartimin e rrugëve klinike për të ndihmuar menaxhimin e pacientëve që vuajnë nga shumë sëmundje, në mënyrë që të lehtësohet dhe fluksi i punës së profesionistit.

Transferimi i informacionit përgjatë tranzicionit në sistemin shëndetësor është i rëndësishëm për menaxhimin e polifarmacisë së përshtatshme, sepse siguron që ilaçet që janë shqyrtuar dhe ndaluar të mos rifillohen nga pacienti pa justifikimin e duhur.

9.1 Trajtimi i kulturës organizative dhe punës shumë-disiplinore

Dinamika organizative brenda sistemeve të kujdesit shëndetësor zakonisht është komplekse. Faktorët kulturorë mund të lehtësojnë ose të pengojnë zbatimin e praktikave novatore në menaxhimin e polifarmacisë.

Dështimi për të dhënë llogari për kulturën organizative është një nga arsyet kryesore kur vlerësohet pse iniciativat e planifikuara dështojnë për të kapërcyer pengesat.

Ajo cka duhet vlerësuar është jo vetëm kultura e sistemit shëndetësor në tërësi, por edhe normat kulturore brenda profesioneve të caktuar.

Nga një studim Evropian ‘Delphi’ ka rezultuar se "para zbatimit të menaxhimit të polifarmacisë, kultura e një organizate duhet të vlerësohet si për pikat e forta dhe pengesat potenciale për zbatim".

Sot ekzistojnë shumë mjete në dispozicion për të ndihmuar vendim-marrësit të identifikojnë karakteristikat e kulturës organizative dhe të realizojnë modifikimet e duhura, paralelisht me një vlerësim të kulturës së sigurisë.

Bazuar në studime të ndryshme është identifikuar nevoja dhe përfitimet e bashkëpunimit multidisiplinor kur trajtohet polifarmacia.

Organizimi politik është gjithashtu i rëndësishëm në aplikimin e polifarmacisë së përshtatshme në të gjithë sistemin e kujdesit shëndetësor. Politikë-bërësit do të duhet të konsiderojnë trajtimin e pengesave legjislative dhe kontraktuale që ekzistojnë në vend në rastet kur polifarmacia e përshtatshme do të aplikohet. Angazhimi politik kërkohet për të siguruar që burimet e dedikuara të caktohen për zhvillimin e sistemeve të reja për të trajtuar polifarmacinë, por cka është më e rëndësishme për të forcuar sistemin ekzistues të kujdesit shëndetësor. Mbështetja politike është gjithashtu e rëndësishme për të nxitur punën në ekipet multidisiplinore. Për shembull, në Irlandë ‘Medicines Optimisation Quality Framework of Northern Ireland’ rekomandon optimizimin e ilaçeve* në aktivitetet që jepen nga ekipet multidisiplinore.

**Optimizim i ilaceve: Sigurimi që pacientët e duhur të marrin ilacin e duhur, në kohën e duhur. Duke u fokusuar te pacientët dhe përvojat e tyre, qëllimi është që të ndihmohen pacientët që (a) të përmirësojnë rezultatet e tyre; (b) të marrin ilaçet e tyre në mënyrë korrekte; (c) të shmangin marrjen e ilaçeve të panevojshme; (d) të përmirësojnë aderencën ndaj mjekimit të tyre; dhe (e) të përmirësojnë sigurinë e barnave.*

9.2 Cilat janë programet për një polifarmaci të përshtatshme

Më poshtë janë paraqitur disa programe që i vijnë në ndihmë shteteve të ndryshme për aplikimin e një polifarmacie të përshtatshme.

‘OPTimising thERapy’ (OPTimizimi i tERapisë) / (shkurtimisht: OPERAM)

Program për të parandaluar pranimet e shmangshme në spital të pacientëve të moshuar multimorbidë. Ky program ka për qëllim të optimizojë terapitë ekzistuese farmakologjike dhe jo-farmakologjike me qëllim që të reduktojë pranimet e shmangshme në spital, veçanërisht te pacientët e moshuar me multimorbiditet në Evropë.

Qëllimi për këtë rast është:

- Të vlerësohet ndikimi i një shqyrtimi të strukturuar të ilaçeve me anë të një ndërhyrje softuerike.
- Të merren dhe të krahasohen studimet e kryera në lidhje me ndërhyrjen softuerike, për të gjetur atë që është më efektive dhe e sigurt. Në këtë mënyrë arrihet të përcaktohen masat më optimale dhe më kosto-efektive për parandalimin e pranimeve të shmangshme në spital.

Studimet për këtë program kanë nisur që në vitin 2015, duke u mbyllur në vitin 2020.

Polifarmacia në sëmundjet kronike:

Reduktimi i mjekimit të papërshtatshëm dhe ngjarjeve të padëshiruara të ilaçeve në popullatat e moshuara nëpërmjet programit të mbështetjes elektronike (PRIMA-eDS),

Qëllimi:

T'u ofrohen mjekëve provat optimale në lidhje me terapinë mjekësore dedikuar pacientëve të moshuar me multimorbiditet, nëpërmjet një mjete elektronik për mbështetjen e vendimeve.

Mjeti elektronik i mbështetjes së vendimeve përfshin: kontroll të indikacioneve, rekomandime të bazuara në udhëzime, shqyrtime sistematike, bazën e të dhënave të ndërveprimit të barit, bazën e të dhënave të dozimit në raste të problemeve renale, bazën e të dhënave të efekteve negative dhe listën evropiane të ilaçeve të papërshtatshme për të moshuarit.

Praktikueshmëria dhe rëndësia e këtij mjete elektronik u vlerësua nëpërmjet një prove klinike të që u realizua për të testuar nëse ndërprerja e ilaçeve të papërshtatshme mund të përmirësojë rezultatet e pacientëve, të tilla si psh. reduktimi i hospitalizimit ose vdekjes.

Stimulimi i Inovacionit të Menaxhimit të Polifarmacisë dhe Aderimit të Të Moshuarit

Qëllimi:

-Të stimulojë, nxisë dhe mbështesë inovacionin në të gjithë Bashkimin Evropian në menaxhimin e polifarmacisë së përshtatshme dhe aderimit ndaj mjekimit të pacientëve të moshuar.

-Të kontribuojë në zhvillimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor të efektshëm dhe të qëndrueshëm. Nëpërmjet angazhimit të të interesuarve, u ndërmorën studime në një sërë mjedisesh të ndryshme të kujdesit shëndetësor në vende të ndryshme të Evropës.

Studimet ofruan një përmbledhje të strategjive që po përdoren për polifarmacinë dhe menaxhimin e mos-aderimit. Modelet inovative multidisiplinare u zhvilluan për të mbështetur pacientët me gjendje shëndetësore afatgjata duke përdorur ekspertizën profesionale të farmacistëve dhe mjekëve, për të reduktuar polifarmacinë e papërshtatshme dhe për të nxitur inovacionin në zhvillimin e fuqisë punëtore të kujdesit shëndetësor.

Një sërë qasjesh dhe mjedesh të kontekstualizuara të menaxhimit të ndryshimit u zhvilluan për të ndihmuar politikanët, rregullatorët, ofruesit e shërbimeve shëndetësore, dhe të interesuarit e tjerë për të avancuar praktikën aktuale duke zbatuar ndryshimin organizativ, pra si rrjedhim për të përmirësuar menaxhimin e pacientëve mbi polifarmacinë. Përveç krijimit të një rrjeti evropian të njohurive mbi polifarmacinë dhe menaxhimin e aderimit ndaj mjekimit, shpërhapja e informacionit mbi këto njohuri mund të mbështesë zhvillimin e politikave, zbatimin e zhvillimit strategjik organizativ dhe shkëmbimin e praktikave më të realizuara.

Gjithsesi në kohën e sotme ka ende vend për përmirësim, pasi tema mbi aplikimin dhe mënyrën e administrimit të polifarmacisë aktualisht nuk trajtohet gjerësisht brenda shumicës së vendeve të BE.

Ky program ka gjeneruar informacion mbi të cilin mund të aplikohen prova për matjet rajonale dhe kombëtare të progresit, një udhëzim përfundimtar mbi rolin e palëve kryesore të interesuara dhe udhëzimeve se si të iniciohet dhe të menaxhohet procesi i ndryshimit.

Tema 10. Menaxhimi i duhur i polifarmacisë

Më poshtë janë paraqitur disa nga pikat kryesore që ndikojnë në menaxhimin e duhur të polifarmacisë.

<p>Kujdes i ndërlikuar</p> <p>Zhvendosja e demografisë në një popullsi në plakje me multimorbiditet në rritje çon në rritjen e kompleksitetit të kujdesit shëndetësor. Pabarazitë shëndetësore mund ta shtojnë këtë kompleksitet.</p>	<p>Cilësia</p> <p>Popullsitë me multimorbiditet që shoqërohet me përdorimin e ilaçeve të shumta (polifarmacit) për periudha të gjata të jetës, janë më të predispozuara për një rrezik të rritur të shfaqjes së ngjarjeve të padëshiruara shëndetësore, gabimeve dhe dëmit.</p>
<p>Ekonomia</p> <p>Kërkesa në rritje mbi buxhetet e kufizuara shëndetësore krijon nevojën për tu siguruar që ilaçet dhe burimet e kujdesit shëndetësor të përdoren në mënyrë optimale.</p>	<p>Politika</p> <p>Multimorbiditeti dhe polifarmacit janë një sfidë e përhapur dhe në rritje, duke ndikuar negativisht në cilësinë e jetës së shtetasve të BE-së dhe duke rritur presionet mbi sistemet shëndetësore. Për të arritur zgjidhjet e duhura në këtë fushë kërkohet mbështetje politike për ndryshim dhe përmirësim</p>

Kujdesi i ndërlikuar

Ka shumë faktorë që sot krijojnë rrethana të favorshme për të përballuar sfidën e polifarmacisë. Duke qënë se sot shumë njerëz jetojnë më gjatë me morbiditete të shumta ka më shumë kërkesë dhe fokus për përmirësimin e sigurisë dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe shmangien e dëmit. Polifarmacit është një problem në rritje ndërsa jetëgjatësia e popullsisë dhe shpeshtësia e multimorbiditetit rriten. Ndonëse nuk vlen vetëm për të moshuarit, polifarmacit kryesisht te ky grup pacientësh paraqet sfida të veçanta.

Brishtësia shëndetësore e kësaj kategorie pacientësh e kombinuar me polifarmacit të papërshtatshme, rrit potencialin për ti dëmtuar ata. Kjo shtohet nga rreziqet që lindin nga mos-

respektimi i regjimeve komplekse të trajtimit. Këta faktorë kombinohen për të rritur gjasat e morbiditetit, pranimit të paplanifikuar në spital, ripranimit dhe gjatësisë së zgjatur të qëndrimit në spital.

Receta moderne bazohet kryesisht në udhëzimet e bazuara në provat e një sëmundjeje të vetme, të cilat në përgjithësi nuk marrin parasysh multimorbiditetin, pavarësisht se të gjithë pacientët mbi 65 vjeç vuajnë nga shumë sëmundje. Menaxhimi i polifarmacisë synon të optimizojë rezultatet duke siguruar që gjatë gjithë jetës pacientët të marrin kombinimin më të sigurt dhe më efektiv të ilaçeve për të menaxhuar multimorbiditetin e tyre dhe për të ruajtur mirëqenien për sa më gjatë të jetë e mundur.

Kujdesi për pacientët me multimorbiditet, të trajtuar me polifarmaci është një sfidë globale gjithnjë e më e përhapur. Menaxhimi i polifarmacisë përfshin marrjen e vendimeve komplekse dhe kërkon njohuri të kombinuara të mjekëve, farmacistëve dhe infermierëve të mbështetur edhe në ndërveprimin me pacientin. Komunikimi i mirë dhe ndarja e saktë e informacionit është thelbësore, e lehtësuar nga sistemet e teknologjisë së informacionit që mbështesin kohezionin dhe integrimin në të gjithë sistemet shëndetësore të kujdesit. Ri-dizajnimi i shërbimeve për të përballuar në mënyrë proaktive një ngarkesë të rritur klinike lidhur me polifarmacinë mund të lehtësojë presionet mbi shërbimet shëndetësore në tërësi. Polifarmacia e përshtatshme shmang punën e panevojshme për të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor në të njëjtën kohë me përmirësimin e rezultateve të pacientëve.

Studimi standart i projektit SIMPATHY ishte një studim i cili u realizua për të identifikuar statusin e menaxhimit të polifarmacisë në disa shtete të BE (në 26 shtete të BE), duke mbledhur më shumë se 1000 përgjigje nga profesionistë shëndeti dhe pacientë.

Ndonëse përgjigjet janë mbledhur kryesisht nga profesionistët e shëndetit, 10% e përgjigjeve ishin nga pacientët. Nga ky studim rezultoi se në shumë vende të BE u tregua një mungesë informacioni lidhur me përcaktimin e konceptit të polifarmacisë.

Ky studim u realizua për të standartizuar treguesit kryesorë që ndikojnë në menaxhimin efektiv të polifarmacisë. Sipas këtij studimi rezultoi se kishte një mungesë njohurie e theksuar jo vetëm në lidhje me konceptin e polifarmacisë por dhe në lidhje me faktorët që ndikojnë në menaxhimin e duhur të saj. Një nga rezultatet që u konsistua ishte mungesa e njohurive pothuajse e plotë mbi ndërveprimin për ekonominë shëndetësore lidhur me përdorimin e ilaçeve të përshtatshme.

Pavarësisht kësaj mungese njohurie, më shumë se 60% e të intervistuarve mendonin se të dhënat

ekonomike të favorshme mbi shëndetin do të ishin të dobishme për outpute sa më të favorshme shëndetësore. Në lidhje me ekzistencën e programeve për të menaxhuar polifarmacinë, shumë pak prej shteteve (10%) pranuan se i dispononin: Mbretëria e Bashkuar, Suedia, Portugalia, Spanja, Gjermania dhe Holanda. Programet që u raportuan ishin: rishikimet e recetave (83%); rishikimet e trajtimit (77%) dhe rishikimet e ilaçeve klinike (71%).

Cilësia

Të gjitha ilacet që merren nga pacientët kanë një probabilitet të caktuar për të shkaktuar efekte të dëmshme për pacientin. Sipas studimeve të kryera është vlerësuar se në të gjithë botën 3-6% e të gjitha shtrimeve në spital ndodh pikërisht nga marrja e ilaçeve.

Mbi gjysma e shtrimeve në spitale lidhur me marrjen e ilaçeve është e parandalueshme.

Gabimet e realizuara gjatë përshkrimit të recetave mjekësore janë gjithashtu të zakonshme në të gjitha mjediset e kujdesit shëndetësor dhe përbëjnë një tjetër shkak të dëmit të shkaktuar nga ilacet.

Këshilli i Përgjithshëm Mjekësor i Mbretërisë së Bashkuar gjatë viteve të fundit raportoi se një në 20 receta në kujdesin primar përmbante një gabim ku mbizotëronin recetat për të moshuarit dhe ata që marrin 10 ose më shumë ilaçe. Në dhënien e recetave në spital, gabimet janë gjithashtu një dukuri e zakonshme, dhe ndodhin në rreth 50% të shtrimeve në spitale. Kur pacientët transferohen midis strukturave shëndetësore dhe strukturave të kujdesit shoqëror sipas studimeve ka rezultuar se në 30% deri në 70% e tyre ndodh një gabim apo ndryshim i paqëllimshëm në mjekimet e tyre.

Marrja e ilaçeve të shumta, për sëmundje afat-gjata, paraqet vështirësi për pacientët dhe kujdestarët e tyre në lidhje me menaxhimin e regjimeve komplekse të mjekimit.

Kjo është vërtetuar dhe nga studimet nga të cilat ka rezultuar se 30-50% e ilaçeve nuk merren nga pacientët ashtu siç është përshkruar nga mjeku.

Studimi SIMPATHY konfirmoi se ka prova që mbështesin parimin se rishikimet e ilaçeve reduktojnë polifarmacinë e papërshtatshme.

Studimet e fundit gjithashtu kanë treguar se ka një përmirësim pozitiv në rezultate për shkak të menaxhimit të polifarmacisë, duke përfshirë një reduktim të shtrimeve në spitale.

Sipas studimit SIMPATHY u identifikua se ekzistojnë dokumente udhëzuese në dispozicion në lidhje me menaxhimin e polifarmacisë në vetëm 5 nga 28 vendet e BE- së, ku tre nga vendet që plotësojnë maksimumin e kriterëve për cilësinë janë: Skocia, Holanda dhe Gjermania.

Siguria është një shqetësim i madh në kujdesin shëndetësor modern dhe trajtimi i çështjeve lidhur me farmacinë e papërshtatshme duhet të jetë pjesë e kësaj. Shqyrtimi i literaturës mbështet parimin se është e rëndësishme të miratohet një studim i bazuar në prova. Duhet pranuar gjithashtu se ka ende punë në realizimin e studimeve të mëtejshme për të mbështetur menaxhimin e polifarmacisë.

Ekonomia

Kërkesa për kujdes shëndetësor dhe kujdes shoqëror po rritet globalisht në përgjigje të rritjes demografike, zhvillimeve farmaceutike dhe teknologjike.

Si rrjedhim kjo krijon presion buxhetor midis nevojave të kujdesit shëndetësor dhe burimeve në dispozicion në shumicën e vendeve të BE. Si pasojë e buxheteve të kufizuara kërkohet përdorimi i matur i burimeve për të arritur rezultatet më të mira të mundshme nga investimi.

Anembanë Evropës, 16% e shpenzimeve totale qeveritare i janë kushtuar kujdesit shëndetësor, duke filluar nga 6% në Qipro deri në 22% në Zvicër.

Pas kujdesit shëndetësor brenda ose jashtë spitalit, përdorimi i barnave përfaqëson shpenzimet e treta më të mëdha në renditje në kujdesin shëndetësor. Në vitin 2014 fatura totale e farmaceutikës në të gjithë BE-në ishte 200 miliardë euro dhe shpenzimi mesatar për kokë popullsie ishte 402 euro me variacion të gjerë midis vendeve, nga 201 euro në Danimarkë në 551 euro në Gjermani.

Përdorimi i ilaçeve përfaqëson një nga kostot më të larta në sistemet e kujdesit shëndetësor të BE-së dhe për pasojë është një nga fushat më të synuara për kursim.

Pas krizës financiare, midis 2009 dhe 2014, shpenzimet për barna ranë me 1.1% në terma realë mesatarisht në BE, kryesisht të shkaktuara nga shkurtimet në shpenzimet publike.

Megjithatë në tre vitet e fundit shpenzimet sa po vijnë e po rriten në shumë vende të BE, situatë kjo e krijuar dhe nga pandemia e COVID 19.

Administrimi efektiv i polifarmacisë nuk ndikon vetëm në dhënien e rezultateve të përmirësuara shëndetësore dhe të sigurisë por edhe në përfitimet ekonomike.

Shmangia e dëmit nga ngjarjet e padëshiruara të ilaçeve përmirëson rezultatet e pacientëve përpos dhënien e përfitimit ekonomik, nëpërmjet më pak shtrimeve në spital, rishtrimeve dhe reduktimit të kohës të qëndrimit në spital.

Nëpërmjet modelimit ekonomik ka rezultuar se mund të kemi kursime kostosh lidhur me optimizimin e numrit dhe kombinimit të ilaçeve, reduktimin e shfrytëzimit të shërbimeve akute të kujdesit shëndetësor etj.

Pavarësisht se studimi SIMPATHY nuk arriti të raportoje konsensus rreth rëndësisë së të dhënave ekonomike, ai theksoi një mungesë dakortësie se kujdesi më i mirë mund të çojë në përfitim ekonomik. Disa nga rezultatet në këtë studim theksuan se "Outputet ekonomike nuk janë qëllimi kryesor i mjekësisë. Përparësia dhe qëllimet tona kryesore janë siguria e pacientit dhe efektshmëria".

Sipas studimeve të rasteve të SIMPATHY u arritën të jepeshin shembuj të realizimit të praktikave të mira që dërguan në kursim të kostos së ilaçeve si dhe reduktimin e shtrimeve në spital dhe gjatësinë e qëndrimit në spital.

Më poshtë është paraqitur një shembull i realizimit të këtyre praktikave të mira si dhe roli i profesionistëve të shëndetit, në Suedi.

Suedi

Në një studim të kontrolluar të randomizuar në Suedi, farmacistët klinikë kryen shqyrtime të përgjithshme të ilaçeve te pacientët e moshuar të hospitalizuar. Pacientët që u ndoqën nga një rishqyrtim i ilaçeve rezultuan të kishin 16% më pak vizita në spital dhe 47% më pak vizita në departamentin e urgjencës brenda një periudhe 12 mujore të ndjekjes, krahasuar me kujdesin e zakonshëm. Rishtrimet në spital të lidhura me ilaçet madje u reduktuan me 80%.

Sipas një llogaritje që u krye kostoja totale e kujdesit shëndetësor për pacient në grupin e ndërhyrjes ishte afërsisht 200euro më e ulët se rasti nëse do kishte një kujdes të zakonshëm. Studiuesit konkluduan: se po të zbatohet, shtimi i farmacistëve klinikë në ekipet e kujdesit shëndetësor, mbi një bazë popullsie kjo do të conte në reduktime të mëdha jo vetëm të morbiditetit por edhe të kostos të kujdesit shëndetësor.

Politika

Politika është është një aspekt i rëndësishëm për t'u konsideruar kur flasim mbi farmaceutikën dhe polifarmacinë.

Qëllimi kryesor i politikës sot është menaxhimi efektiv i polifarmacisë në mënyrë që të përmirësohen rezultatet shëndetësore të pacientit si dhe mirëqenia e tyre ndërsa plaken.

Kjo është përcaktuar edhe në Programin Evropian të Inovacionit mbi Plakjen Aktive dhe të Shëndetshme (EIP AHA). Sipas këtij programi duhet të përmirësohen rezultatet shëndetësore për pacientët duke përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e tyre dhe duke mos lënë pas dore dhe anën ekonomike. Modelet inovative që e japin këtë kujdes nëpërmjet punës shumëprofesionale mund të ndihmojnë gjithashtu në trajtimin e modeleve tradicionale të përdorur nga profesionistët e shëndetit që janë nën presion, për shkak të sfidave që hasin nga një popullsi e plakur me morbiditet në rritje.

Përveç vendosjes së kujdesit të integruar sot ekziston një thirrje për të studiuar sistemet e kujdesit të popullsisë që kanë për qëllim të trajtojnë gamën e gjerë të faktorëve që ndikojnë në shëndet, pasi shumë probleme shëndetësore janë të parandalueshme. Për shembull, megjithëse mund të ketë një fokus në kujdesin ndaj të moshuarve, në realitet, 29% e pacientëve mund të kenë morbiditete të shumta dhe janë kryesisht pacientët nën moshën 65 vjeç të cilët vijnë kryesisht nga komunitetet më të prapambetura.

Duke marrë parasysh këtë, menaxhimi i polifarmacisë duhet të konsiderohet për popullsi të tëra. Sot shumë dokumente të hartuara politikisht kanë rritur ndërgjegjësimin rreth rëndësisë së rolit të pacientit në marrjen e vendimeve rreth kujdesit shëndetësor të tyre, duke përfshirë, marrjen e ilaçeve. Ndërsa ndërgjegjësimi për përfitimet e menaxhimit të polifarmacisë është në rritje, ekziston një nevojë e identifikuar si nëpërmjet sondazheve SIMPATHY benchmarking dhe Delphi për të rritur kuptimin rreth përfitimeve të menaxhimit efektiv të polifarmacisë në të gjithë BE. Ndryshime të mëtejshme nevojiten për të rritur ndërgjegjësimin si dhe për të shpërndarë dhe për të nxitur aplikimin e praktikës së mirë.

Mbështetja politike në të gjithë vendet e BE-së mund të lehtësojë zbatimin e menaxhimit efektiv të polifarmacisë për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien gjatë gjithë jetës dhe për të mbrojtur pavarësinë e pacientëve në moshë më të vjetër.

Puna që realizohet nga politika nuk është vetëm e fokusuar tek politika. Mënyra se si profesionistët e shëndetit, politikëbërësit dhe pacientët mendojnë dhe praktikojnë sigurinë e

barnave do të gjenerojë njëfarë rezistence pa marrë parasysh sa bindës është rasti i bazuar në prova. Të gjithë të përfshirët në proces do të duhet të riorganizojnë prioritetet dhe të përshtaten me të rejtat, mënyrat e panjohura dhe ndonjëherë edhe të pakëndshme duke ndërvepruar me njëri-tjetrin. Duke ndihmuar njerëzit përmes kësaj procesi është një punë më e vështirë sesa bindja e tyre për menaxhimin e duhur të polifarmacisë, por po aq thelbësore për suksesin e politikave dhe zbatimit.

Në faqen e internetit SIMPATHY (www.simpathy.eu) është paraqitur trajtimi i sfidave politike në lidhje me polifarmacinë. Më poshtë paraqiten disa nga sfidat politike mbi polifarmacinë në disa shtete të BE sipas studimit dhe projektit SIMPATHY.

Italia

Projekti SIMPATHY stimuloi bashkëpunimin midis palëve të interesuara të ndryshme të sistemit shëndetësor rajonal në rajonin e Campanias, duke rritur ndërgjegjësimin rreth implikimeve të polifarmacisë në Sistemin Shëndetësor Rajonal. Rajoni Campania është i integruar në rrjetin kombëtar për ndërkombëtarizimin e sistemeve shëndetësore rajonale, prandaj palët e interesuara të Campania-s të përfshirë në projektin SIMPATHY patën kështu mundësinë të ndanin përvojën e tyre. Rezultatet e projektit u ndanë me rajone të tjera në Itali, si dhe me Ministrinë Italiane të Shëndetësisë. Në këtë mënyrë është nxitur shkëmbimi i praktikave të mira dhe është kontribuar në hartimin e planit kombëtar për sëmundjet kronike. Ndarja e përvojës SIMPATHY brenda rrjetit kombëtar lehtësoi identifikimin e një prioriteti të përbashkët për t'iu përgjigjur një thirrje kërkimore nga Ministria e Shëndetësisë që çoi në hartimin e një projekti ndër-rajonal mbi menaxhimin e multimorbiditetit të të moshuarit, duke u fokusuar në polifarmacinë e integruar.

Poloni

Politika e Ministrisë polake të Shëndetësisë ka krijuar një grup, qëllimi i të cilit është të zhvillojë një model dhe strategji mbi menaxhimin e polifarmacisë të të moshuarit. Grupi u krijua më 27 gusht 2015 nga Ministri i Direktivës së Shëndetësisë. Ai përfshin përfaqësues të Fondit Kombëtar të Shëndetësisë, Ministrisë së Shëndetësisë, farmacistëve, avokatëve, inspektorëve farmaceutikë dhe shoqërive farmaceutike. Detyra e ekipit është "të zhvillojë një projekt të kujdesit farmaceutik që do të mbështetet nga fondet publike.

Gjermania

Që nga tetori i vitit 2016, në Gjermani është përpiluar një tabelë uniforme e ilaçeve standarde për përdorim të detyrueshëm nga të gjithë mjekët dhe farmacistët. Çdo pacient që merr tre ose më shumë ilaçe ka të drejtë të marrë këtë tabelë ilaçesh të printuar në letër, të pajisur me një kod QR, në mënyrë që farmacistët dhe mjekët të mund të lexojnë, përditësojnë dhe shkëmbejnë informacionin dixhital mbi ilaçet e pacientit. Kjo iniciativë është mbështetur dhe nxitur nga Ministria Federale e Shëndetësisë. Tabela standarde e ilaçeve është pjesë e ligjit të e-Health dhe siguron se të gjitha të dhënat e ilaçeve janë të dokumentuara në këtë format dixhital. Ajo mund të shtypet në version letre në zyrat e mjekëve dhe i dorëzohet pacientit.

Në vitin 2018 formati letër që i jepej pacientëve mbi ilaçet e tyre u zëvendësua nga karta elektronike shëndetësore e lëshuar nga sigurimet shëndetësore, kartë kjo që vazhdon e përdoret dhe në ditët e sotme.

Më poshtë është një shembull e tabelës standarte të ilaçeve të pacientit në Gjermani:

Medikationsplan		für: Armin Müller		geb. am: 19.10.1959						
Seite 1 von 1		ausgedruckt von:		Apotheker am Sechsendamm		Thüringer Str. 22, 10566 Berlin		Tel.: 030-1234567		
ARZNEIMITTEL THERAPIESICHERHEIT		apo-sachsendamm@kbv-net.de		ausgedruckt am: 27.03.2014						
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Mo	Mi	Ab	zN	Einheit	Hinweise	Grund
Meloprololsuccinat	Meloprolol succinat SA Pilsoma® 95 mg Tabletten	95 mg	TAB	1	0	0	0	Stück	Mit 1 Glas Wasser	Herzblutdruck
Ramipril	Ramipril-ralopram®	5 mg	TAB	1	0	0	0	Stück	Mit ausreichend Flüssigkeit	Blutdruck
Clopidogrel	Clopidogrel Zentiva®	75 mg	FTA	0	0	1	0	Stück		Herz
Pantoprazol	Pantoprazol dura®	20 mg	TMR	1	0	0	0	Stück	1 Stunde vor der Mahlzeit	Magen
Insulin aspart	NovoRapid® Penfill®	100 E/ml	PAT	20	0	20	0	IE	Wichtig: Bei Hypoglykämie anwenden wir unser Makro-System	Diabetes
Sildenafil	Sildenafil Aistis®	40 mg	FTA	0	0	1	0	Stück	Mit ausreichend Flüssigkeit	Blutdruck
Torsemid	Torsemid Hexal®	5 mg	TAB	1	0	0	0	Stück	Mit etwas Flüssigkeit	Blutdruck
Zeitlich befristete Medikation										
Clarithromycin	Clarithromycin-TEVA®	250 mg	FTA	alle 12 Std	1			Stück	von 1-4 bis 5-4	Bronchitis
Selbstmedikation										
Myrtal	GaleMyrtal®	120 mg	KPS	2	2	2	0	Stück	Mit halber Stunde vor dem Essen mit einem Getränk (z.B. kaltem Wasser)	Bronchitis
Johanniskraut	Lal® Balance	900 mg	FTA	1	0	0	0	Stück	Nach dem Frühstück	Stimmung
Selbstmedikation bei Bedarf										
Magnesium	Magnesium® Verla	121,5 mg	BTA	bei Bedarf	1-2			Stück		Wadenkrämpfe
Difenhydramin-HCl	Valium® 50 mg Schnafacetten 50mg	50 mg	TAB	0	0	0	1	Stück	5-10 min vor dem Einschlafen mit ausreichend Flüssigkeit	Schlafstörungen

Figura 1. Tabela standarte e ilaçeve të pacientit në Gjermani

Shqipëria

Në Shqipëri ilaçet e pacientit shënohen në kartelën e pacientit që plotësohet dhe ruhet nga mjeku i familjes. Nëse pacienti dëshiron të mbajë një kopje të kartelës së tij mjeku mund tja sigurojë atë. Shumë pacientë në Shqipëri nuk e kërkojnë këtë kartelë, dhe si rrjedhim farmacisti informohet në lidhje vetëm me ilaçet që pacientit i janë përshkruar në recetën që pacienti i paraqet mjekut. Si rrjedhim shkëmbimi i informacionit për të gjithë ilaçet që pacienti merr midis mjekut dhe farmacistit janë të pakta dhe menaxhimi i polifarmacisë në kuadrin e dhënies së këshillave pacientit bëhet shumë i vështirë. Gjithashtu ndodh që pacientët në Shqipëri nuk i marrin medikamentet në të njëjtën farmaci, por në farmaci të ndryshme, duke vështirësuar kështu edhe dhënien e këshillave në lidhje me polifarmacinë. Në vendin tonë, profesionisti i shëndetit duhet të luajë një rol shumë të rëndësishëm në lidhje me këshillimin e pacientit mbi mbajtjen shënim dhe ruajtjen e listës së ilaceve dhe suplementeve që pacienti merr. Mjeku si dhe farmacisti duhet të pyesin gjithmonë pacientin në çdo takim me të në lidhje me këtë listë.

Në Shqipëri në Janar 2022 u hartua: MANUALI 'KUJDESI MJEKËSOR PËR TË MOSHUARIT NË KUJDESI SHËNDETËSOR PARËSOR', i mbështetur nga Projekti "Shëndet për të Gjithë" (HAP) i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC, dhe miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Në këtë manual janë dhënë disa këshilla për pacientët në lidhje me polifarmacinë e përshtatshme (të mirë), të renditura si më poshtë:

Konsultohu me mjekun ose infermieren tënde të familjes për një rishikim të mjekimit që po merr. Në këtë mënyrë ti do të kesh mundësinë të bësh pyetje në lidhje me ilaçet e tua dhe të ngresh çdo shqetësim që ke.

- Mëso barnat që po merr me emër dhe për çfarë shërbejnë.
- Bëj një listë të të gjitha barnave që merr, duke përfshirë dhe produktet bimore, vitaminat, ilaçet homeopatike, suplementet dhe barnat pa recetë.
- Mbaje me vete listën tënde të barnave kudo dhe sille në çdo vizitë te mjeku apo infermierja jote e familjes.
- Kur mjeku të përshkruan një ilaç të ri, pyet gjithmonë mjekun:
 - për çfarë shërben ilaçi
 - sa kohë duhet t'a përdorësh

- nëse ka ndonjë ilaç apo ushqim që duhet t'a shmangni gjatë marrjes së këtij ilaçi.
- Përditëso listën tënde të barnave pas çdo vizite te mjeku.
- Nëse ke më shumë se një mjek, sigurohu duke i informuar, që secili të dijë se çfarë ka përshkruar kolegu tjetër.
- Lexo etiketat e barnave të tua. Ato mund të të informojnë për ndërveprime të mundshme të barnave.
- Asnjëherë mos merr një ilaç të ri pa pyetur mjekun, infermierin tënd të familjes për efektet anësore dhe ndërveprimet e tij me barnat e tjera që merr.

Irlanda e Veriut

Optimizimi i përfitimeve shëndetësore nga ilaçet është një mundësues i rëndësishëm i plakjes aktive dhe të shëndetshme në Irlandën e Veriut. Në vitin 2019 u fillua të ketë një fokus në nevojat e pacientëve të moshuar që lidhen posaçërisht me shërbimet dhe teknologjitë e zgjuara të cilat mbështesin polifarmacinë e përshtatshme dhe respektimin më të mirë të saj.

Në Irlandën e Veriut është ndërtuar dhe Qendra e Inovacionit të Optimizimit të Ilaçeve për të mbështetur kërkimin, zhvillimin e shërbimit dhe ndarjen e njohurive kombëtare me shtete të tjera.

Përgatitja për ndryshim në menaxhimin e polifarmacisë

<i>Të menduarit sistematik</i>	<i>Strategji për menaxhimin e ndryshimit</i>
<p>Menaxhimi i polifarmacisë prek shumë aspekte të sistemeve të kujdesit shëndetësor dhe është idealisht i bazuar në ekipin mjekësor me në qendër pacientin.</p> <p>Përvetësimi i menaxhimit të polifarmacisë në nismat e integruara të kujdesit do të ndihmojë në krijimin e sinergjive me veprimtari të vazhdueshme që synojnë gjithashtu të parandalojnë polifarmacinë e papërshtatshme.</p>	<p>Iniciativat e menaxhimit të polifarmacisë janë komplekse dhe kërkojnë udhëheqje dhe administrim të fortë. Përdorimi i një strategjie mbi menaxhimin e polifarmacisë kur hartohet një nismë e menaxhimi mund të ndihmojë në maksimizimin e shanseve për një zbatim të suksesshëm.</p>

<i>Kultura organizative</i>	<i>Pacienti në qendër</i>
<p>Vlerësimi i kulturës organizative dhe puna e kryer për të krijuar një mjedis që vlerëson punën në ekip, inovacionin dhe parashikimin e rrezikut do të ndihmojë për të siguruar që nismat e polifarmacisë të jenë të suksesshme dhe të qëndrueshme. Organizatat shëndetësore duhet të nxisin realizimin e diskutimeve mbi dëmin e shkaktuar nga ilaçet dhe nxitjen e një gatishmërie për të bashkëpunuar me pacientët me qëllim përmirësimin e rezultateve nga ilaçet.</p>	<p>Fuqizimi i pacientëve për t'u përfshirë në procesin e shqyrtimit të ilaçeve dhe marrja e vendimeve rreth ilaçeve të tyre do të çojë në një menaxhim sa më të mirë të polifarmacisë. Pacienti do të jetë më i vetëdijshëm në këtë mënyrë për të përcaktuar se çfarë ka në të vërtetë rëndësi për të.</p>

Të menduarit sistematik

Çdokush mund të ndikojë në mënyrën se si ne trajtojmë menaxhimin efektiv të polifarmacisë. Kjo është e mundur kudo që punojmë në sistemin e kujdesit shëndetësor, ose edhe nëse jemi edhe jashtë sistemit si një pacient ose një organizatë që vepron si një avokat për pacientët dhe kujdestarët.

Nevoja për t'ju drejtuar menaxhimit të duhur të polifarmacisë është thelbësore në një sistem shëndetësor dhe për të realizuar në mënyrë të duhur këtë menaxhim nevojitet bashkëpunimi i disa aktorëve si: vendim-marrësit në politikë, profesionistët shëndetësorë dhe menaxherët si edhe pacientët, kujdestarët dhe mbrojtësit e tyre. Për tu mundësuar zbatimi i një ndryshimi janë thelbësor tre komponentë: njohja e problemeve; gjenerimi i propozimeve të politikave; dhe ngjarjet politike. Aktualisht, burimet e kujdesit shëndetësor janë të kufizuara.

Ekzistojnë shumë çështje që lidhen me sfida të mbështetjes së një popullsie të plakur, por ekziston nevoja për të përmirësuar cilësinë dhe rezultatet për pacientët ndërsa parandalohen dëmtimet. Udhëheqja dhe zgjidhjet për të lehtësuar suksesin duhet të marrin në konsideratë sistemin në të cilin punojnë. Pra nuk duhet të merren në konsideratë vetëm zgjidhjet teknike për problemin, por të kuptuarit e ndryshimeve, presioneve dhe konflikteve që mund të duhen trajtuar

për të dhënë zgjidhjen. Prandaj, zgjidhjet duhet të jenë adaptuese dhe të hapura për të trajtuar çdo konflikt që mund të lindë.

Qasja e sistemeve në shëndetësi dhe kujdesin shëndetësor

Qasja e sistemeve është përcaktuar si "një mekanizëm operativ ku nën-pjesët punojnë bashkërisht drejt arritjes së një rezultati, dhe suksesi i sistemit është i varur nga ky bashkëpunim". Kur flasim për sigurinë e pacientëve, këto nën-pjesë përfshijnë organizatat e ofruesve të kujdesit shëndetësor nëpër mjedise të ndryshme, rregullatorët, politikëhartuesit dhe pacientët. Është e rëndësishme që të gjithë pjesëmarrësit të kuptojnë dhe të bien dakord për rezultatet që do të arrihen.

Në rastin e menaxhimit të polifarmacisë, qëllimi i një qasjeje të sistemeve është përdorimi optimal dhe i qëndrueshëm i ilaçeve në pacientët me multimorbiditet, duke i mbështetur ata për të pasur një jetë aktive dhe të shëndetshme.

Nuk ka asnjë plan për zbatimin e nismave komplekse dhe shumë sisteme pengojnë të pasurit një pikëpamje plotësisht të saktë ndaj një problemi të veçantë.

Një qasje sistemesh është përdorur nga organizata të tilla si OBSH, Instituti i Përmirësimit të Kujdesit Shëndetësor dhe Instituti i Mjekësisë për të trajtuar çështje komplekse të tilla si kontrolli i duhanit, parandalimi i obezitetit etj.

Përdorimi i një qasjeje të sistemeve ndaj menaxhimit të polifarmacisë mbështetet si nga studimet SIMPATHY, ashtu edhe nga Sondazhi Delphi, gjatë zbatimit të të cilave ekziston një marrëveshje e fortë se nismat e menaxhimit të polifarmacisë duhet të përfshijnë një gamë të gjerë të palëve të interesuara dhe të zbatohen në të gjithë parametrat e kujdesit shëndetësor.

Një hap i parë i rëndësishëm në aplikimin e sistemeve duke vënë në qëndër menaxhimin e polifarmacisë është ndërtimi dhe dhënia rëndësi e blloqeve ndërtuese të shërbimit shëndetësor ekzistues.

OBSH përshkruan gjashtë blloqe ndërtimi që përbëjnë një sistem shëndetësor të plotë.

Më poshtë do përshkruajmë se si këto blloqe ndërtimi mund të përshtaten me menaxhimin e polifarmacisë, duke u bazuar në studimet Simpathy:

1. Dhënia e shërbimit: si ndikon menaxhimi i polifarmacisë në praktikën ekzistuese dhe shërbimet e tjera?

2. Fuqia punëtore shëndetësore: a përfshin menaxhimi i polifarmacisë shtimin e roleve dhe përgjegjësive të reja dhe a kërkojnë ato trajnim?
 3. Informacioni shëndetësor: a janë të disponueshme për të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor të dhënat individuale të pacientit që lidhen me menaxhimin e polifarmacisë?
 4. Teknologjitë mjekësore: cilat udhëzime të praktikës klinike specifike për sëmundjet po përdorin profesionistët e shëndetit dhe si ndikon kjo në menaxhimin e polifarmacisë?
 5. Financimi shëndetësor: a përputhen skemat e rimbursimit dhe pagesave me qëllimet e menaxhimit të polifarmacisë?
 6. Udhëheqja dhe qeverisja: a mbështesin legjislacioni dhe politikat ekzistuese zbatimin e menaxhimit të polifarmacisë?
- Një shembull nga Uppsala, Suedi është demonstruar më poshtë.

Skema 1. STUDIMI I RASTEVE TË UPPSALËS (SUEDI) DUKE APLIKUAR BLOQET E NDËRTIMIT TË OBSH



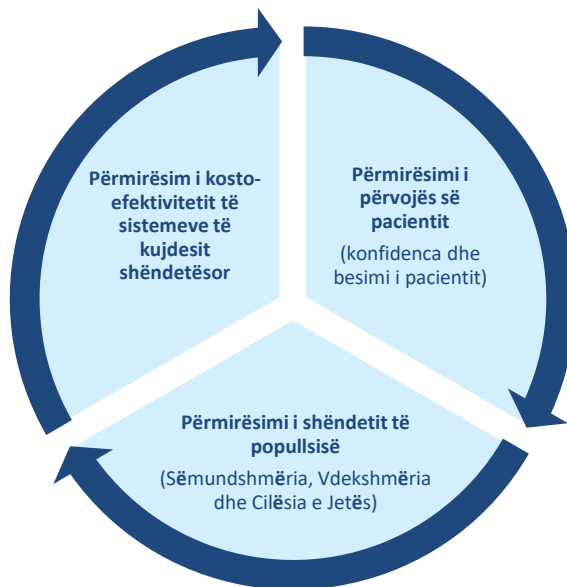
Kompleksiteti i sistemeve mund të ndikojë në rezistencën ndaj ndryshimit. Interesat konkurruese të profesionistëve të ndryshëm që luajnë rol në menaxhimin e polifarmacisë, veçanërisht ato të

mjekëve dhe farmacistëve, mund të jenë një sfidë e veçantë në hartimin e iniciativave inovative të menaxhimit të polifarmacisë, veçanërisht nëse paraqitet një ndryshim në punën e ndërmarrë përtej kufijve profesionalë. Kjo barrierë u raportua shumë herë gjatë studimeve të rasteve SIMPATHY dhe SWOT.

Kujdesi i integruar njih nevojën për të krijuar lidhje midis komponentëve të ndryshëm të sistemit të ofrimit të kujdesit shëndetësor duke marrë një pamje holistike të kujdesit ndaj pacientit.

Kujdesi i integruar është një parim i rëndësishëm për t'u marrë në konsideratë në diskutimet e reformave të sistemit shëndetësor, veçanërisht kur u referohet atyre me nevoja komplekse, të tilla ato të lidhura me pacientët e vjetër dhe ata me multimorbiditet që janë të rrezikuar nga polifarmacia e papërshtatshme.

Qëllimet mbizotëruese të kujdesit të integruar janë të lidhura ngushtë me qëllimet përfundimtare të menaxhimit të polifarmacisë. Kjo mund t'i vërë nismat e polifarmacisë brenda kontekstit të planifikimit më të gjerë të sistemeve shëndetësore dhe lehtëson krijimin e sinergjive midis iniciativave të politikave shëndetësore. Këto qëllime mund të përmbliken si qëllimi i trefishtë (diagrami i paraqitur më poshtë i përmirësimit: përmirësimi i përvojës së pacientit; përmirësimi i shëndetit të popullsisë dhe përmirësimi i kosto-efektivitetit të sistemeve të kujdesit shëndetësor.



Skema 2. Qëllimet e kujdesit të integruar të lidhura ngushtë me qëllimet përfundimtare të menaxhimit të polifarmacisë

Përvoja e pacientit ka një rëndësi primare, fakt ky i theksuar edhe në strategjinë globale të OBSH-së mbi shërbimet shëndetësore me në qendër pacientët.

Pacienti ka të drejtë të mendojë që ‘Kujdesi im duhet të jetë i ndjekur me njerëz që punojnë së bashku për të me kuptuar mua dhe kujdestarin tim, dhe këta individë duhet të më kontrollojnë dhe ofrojnë shërbime në mënyrë që unë të arrij rezultate shëndetësore optimale’.

Fokusi në kujdesin me qendër pacientin është gjithashtu reflektues i opinioneve të palëve kryesore të interesuara si në kuadër të studimeve të rasteve SIMPATHY dhe të konfirmuara nga sondazhi Delphi, ku rezultatet e shëndetit të pacientëve u përmendën vazhdimisht si një motivues kryesor për trajtimin e menaxhimit të polifarmacisë.

Edhe pse koncepti i kujdesit të integruar po merr shumë vëmendje sot, roli i farmacistit nuk është trajtuar gjithmonë brenda këtij konteksti. Ekzistojnë shumë prova të përfitimit nga përfshirja e farmacistëve në menaxhimin e ilaçeve dhe vitet e fundit është kërkuar përfshirja e farmacistëve në ekipet e integruara të kujdesit shëndetësor, i cili ngjan shumë me modelin e menaxhimit të polifarmacisë së kujdesit primar në Skoci, demonstruar në SIMPATHY. Menaxhimi i polifarmacisë duhet të trajtohet në të gjitha mjediset e kujdesit shëndetësor, edhe pse kujdesi primar mund të jetë vendi kryesor për dorëzimin e programit.

Shembuj nga SIMPATHY mund të shihen në modelin e farmacistit konsulent të Irlandës së Veriut në kujdesin e ndërmjetëm, model i bazuar në repartin e spitalit suedez.

Italia	Katalonja
<p><i>Qasja sistemore ndaj kujdesit shëndetësor</i></p> <p>Përfshirja e Campania në projektin SIMPATHY ngriti urgjencën për të matur ndikimin e shtrimeve në spital në polifarmacii, nëpërmjet studimit FRIENDD (Drugs Reviewed Together: Empowerment In Different Specialties)/ (Drogat e shqyrtuara së</p>	<p><i>Ofrimi i një qasjeje sistematike ndaj kujdesit shëndetësor</i></p> <p>Të gjithë pacientët që janë karakterizuar si 'pacient kronik kompleks' e kanë të nevojshme që ilaçet e tyre të shqyrtohen. Për të lehtësuar këtë, pacientët që karakterizohen si më sipër janë specifikuar në të dhënat</p>

<p>bashku: Fuqizimi në specialitete të ndryshme).</p> <p>Mjekët specialistë, farmacistët e rrjetit të hapur dhe farmacistët klinikë morën pjesë në këtë studim duke synuar të testojnë dhe zbatojnë në një mjedis real atë që kishin mësuar nga SIMPATHY mbi menaxhimin e polifarmacisë në të gjithë sistemet.</p> <p>Aktiviteti realizoi një analizë retrospektive dhe prospektive me synimin për të minimizuar ndërveprimet e barnave në terapinë e përshkruar në daljen nga spitali.</p>	<p>elektronike mjekësore dhe mjekët shqyrtojnë listën e ilaçeve të tyre të paktën një herë në vit. Të dhënat mjekësore elektronike janë në dispozicion në të gjitha institucionet e kujdesit shëndetësor publik, duke lehtësuar zbatimin e kësaj nisme.</p> <p>Përveç kësaj, aplikimi i recetës elektronike është vendosur plotësisht në Katalonja.</p> <p><i>Fuqia punëtore shëndetësore:</i> Të paktën një mjek në çdo qendër të kujdesit primar në Katalonjë ka marrë trajnim të zhvilluar bashkërisht nga Agjencia për Cilësinë Shëndetësore dhe Vlerësimin e Katalonjës, Shërbimi Shëndetësor Katalanas dhe Instituti Katalanas i Shëndetit. Trainimi është i bazuar në raste që mbulon pajtimin e mjekësisë gjatë tranzicionit të kujdesit dhe kryerjen e shqyrtimeve të ilaçeve në pacientët kronik kompleks. Udhëzimet gjithashtu janë zhvilluar nga Shërbimi Shëndetësor Katalanas për të ndihmuar mjekët në menaxhimin e polifarmacisë dhe respektimin në vendosjen e kujdesit primar.</p>
---	--

Strategji për menaxhimin e ndryshimit

Iniciativat e menaxhimit të polifarmacisë janë komplekse dhe kërkojnë udhëheqje dhe administrim të fortë. Përdorimi i një strategjie mbi menaxhimin e polifarmacisë kur hartohet një nismë e menaxhimi mund të ndihmojë në maksimizimin e shanseve për një zbatim të suksesshëm.

Një strategji për administrimin e ndryshimeve nuk garanton në vetvete sukses, por mund të pakësojë mundësinë për të dështuar. Literatura ofron modele të ndryshme të menaxhimit të ndryshimeve nga disiplina të ndryshme duke përfshirë biznesin, psikologjinë dhe sociologjinë, me të dhëna që rrjedhin direkt nga kujdesi shëndetësor.

Kultura organizative

Vlerësimi i kulturës organizative dhe puna e kryer për të krijuar një mjedis që vlerëson punën në ekip, inovacionin dhe parashikimin e rrezikut do të ndihmojë në sigurimin që nismat e polifarmacisë të jenë të suksesshme dhe të qëndrueshme. Organizatat shëndetësore duhet të nxisin realizimin e diskutimeve mbi dëmin e shkaktuar nga ilaçet dhe nxitjen e një gatishmërie për të bashkëpunuar me pacientët me qëllim përmirësimin e rezultateve nga ilaçet.

Kultura organizative është komplekse dhe prek të gjitha blloqet e ndërtimit brenda sistemit shëndetësor. Ajo përfshin vlerat, supozimet dhe besimet brenda organizatës ose e thënë më thjesht, 'kultura është mënyra se si ne i realizojmë gjërat. Mënyra se si i realizojmë gjërat ndikon jo vetëm në mënyrën se si bëhen gjërat aktualisht, por edhe në gjasat që një nismë e sapo-iniciuar të dështojë ose të ketë sukses. Kultura mund të ndihmojë ose të pengojë zbatimin e një novacioni të ri si menaxhimi i polifarmacisë.

Në fakt, dështimi për të dhënë llogari për kulturën organizative është një nga arsyet kryesore të përmendura kur vlerësohet se pse nismat e planifikuara të ndryshimit nuk janë në gjendje të kapërcejnë pengesat. Jo vetëm që duhet konsideruar kultura e sistemit shëndetësor në tërësi, por edhe normat kulturore brenda profesioneve të dhëna.

Pacienti në qëndër

Nxitja e pacientëve dhe kujdestarëve e tyre për t'u përfshirë në procesin e shqyrtimit të ilaçeve dhe vendim-marrjes në lidhje me ilaçet e tyre do të çojë në menaxhimin e duhur të polifarmacisë. Nëpërmjet nxitjes së pacientëve do të arrihet të trajtohet nga ana e pacientit se 'Çfarë ka rëndësi për mua?'

Kjo është e rëndësishme pasi gjysma e pacientëve që marrin katër ose më shumë ilaçe nuk i marrin ato siç janë përshkruar.

Mos-respektimi i marrjes së ilaçeve të përshkruara është një çështje e lidhur ngushtë me multimorbiditetin dhe polifarmacinë dhe shumë e diskutuar sot duke qënë se kjo mund të çojë në dëm të pacientëve. Hulumtimet sugjerojnë se 50%- 80% e pacientëve me patologji kronike

mund të jenë jo-aderentë, në varësi të gjendjes klinike që po studiohet. Mosaderimi është vlerësuar të jetë përgjegjës për 48% të vdekjeve te pacientët me astmë, një rritje prej 80% e rrezikut të vdekjeve në pacientët me diabet dhe 3.8-fish rritje të rrezikut të vdekjeve te pacientët pas një ataku kardiak.

Është vlerësuar se mos-aderenca ndaj mjekimit i kushton BE-së 125 bilionë euro në vit.

Duke pyetur pacientët 'Çfarë ka rëndësi për ju?', pacientët janë në gjendje të marrin vendime mbi mjekimet e tyre. Përpos rasteve kur marrin barna të përshkruara, pacientët duhet të jenë të vetëdijshëm se duhet të zbatojnë të njëjtin arsyetim dhe parime kur vendosin të marrin gjithashtu barna që janë OTC ose suplemente.

Rritja e ndërgjegjësimit të pacientit rreth problemeve mbi polifarmacinë dhe mos-aderimin, dhe informimi i tyre mbi parandalimin e dëmtimit nga efektet anësore të lidhura me ilaçet është thelbësore për outpute shëndetësore optimale.

Pacientët duhet të mbajnë një dokument ku janë regjistruar ilaçet që ata marrin dhe ta kenë atë me vete në çdo mjedis të kujdesit shëndetësor, për t'i lejuar mjekët të jenë të informuar në lidhje me ndikimin e ilaçeve shtesë që pacientit mund ti jenë shtuar, në këtë mënyrë ata mund të ndalojnë mjekimin kur duhet. Ky dokument mund të jetë në formë letre ose elektronike, në mënyrë që të mundësohet për të gjithë pacientët.

Pacientëve u duhet dhënë informacion dhe duhen zhvilluar mjete që u mundëson atyre të bëjnë pyetje dhe të kuptojnë se si të marrin vendime lidhur me administrimin e patologjive të tyre afatgjata. Informacioni duhet të jetë i qëndrueshëm në të gjitha pjesët e sistemit shëndetësor.

Pacientët duhet të kenë qasje në aplikacionet elektronike që i ndihmojnë ata të kuptojnë polifarmacinë e përshtatshme dhe t'u mundësojnë atyre të jenë pjesëmarrës aktivë në rishikimet e ilaçeve.

Më poshtë tregohet një shembull i një karte pacienti, e njohur si 'Këshillat e ditës së sëmurë', e cila është në dispozicion edhe në një aplikacion për polifarmacinë e pacientit, ku pacienti dhe mjeku bien dakord mbi udhëzimet e përshtatura për pacientin.

Ilacet që nuk duhet të merren gjatë ditëve kur pacienti ndjehet i sëmurë

-ACE-inhibitorët

p.sh. Lisinopril, perindopril, ramipril

-Barnat ARB: p.sh. losartan, valsartan

-AIJS: Antiinflamatorët jo Steroide

p.sh. ibuprofen, diklofenak, naproxen

-Diuretikët

p.sh. furosemide, spironolakton, indapamid, bendroflumetiazid

-Metformin

Rregullat mbi medikamentet gjate diteve kur pacienti ndjehet i sëmurë

Kur nuk jeni mirë me ndonjë nga simptomat e mëposhtme

- Të vjella ose diarre (përveç nëse janë jo të agravuara)
 - Ethe, djersitje dhe dridhje
- NDALONI marrjen e barnave të listuara

Rinisni kur të jeni mirë (pas 24-48 orësh, të ngrënit dhe pirjes normalisht)

Nëse keni ndonjë dyshim, kontaktoni farmacistin, mjekun e përgjithshëm ose infermieren tuaj

Figura 2. Shembull i një karte pacienti (e paraqitur nga të dy anët), e njohur si ‘Këshillat e ditës së sëmurë’

Marrja e përbashkët e vendimeve profesionist shëndeti- pacient është shumë e rëndësishme.

Në udhëzimet mbi polifarmacinë në Skoci janë përshkruar 7 hapa kyç të cilat mund të përdoren si nga pacienti, ashtu edhe nga profesionistët e kujdesit shëndetësor kur marrin vendime rreth ilaçeve si në fillimin e përshkrimit, ashtu edhe në rishqyrtim të tij. Këto hapa përshkruhen si më poshtë:

Hapi 1: Çfarë ka rëndësi për pacientin?

Hapi 2: Identifiko terapinë e ilaçeve thelbësore.

Hapi 3: A merr terapi të panevojshme me ilaçe pacienti?

Hapi 4: A po arrihen synimet terapeutike të pritura?

Hapi 5: A është pacienti në rrezik të efekteve anësore apo vuan nga efektet anësore aktuale?

Hapi 6: A është terapia me ilaçe kosto- efektive?

Hapi 7: A është i gatshëm dhe në gjendje pacienti të marrë terapinë me ilaçe ashtu si duhet, sipas përshkrimit?

Tema 11. Roli i BE-së në sfidën globale të sigurisë së pacientëve në polifarmaci

Në mënyrë që të arrihet polifarmacia e përshtatshme, grupet e interesit duhet të punojnë në partneritet me njëri tjetrin në mënyrë që të shmangët dublikimi i përpjekjeve. Pacientët janë grupi kryesor i të interesuarve të cilët duhet të integrohen në grupet që hartojnë politikat dhe mjetet për zbatim dhe ata përfaqësojnë nxitësit kryesorë për të ngritur çështjen e polifarmacisë midis vendeve me të ardhura të ulëta e të mesme.

Duke filluar që nga marsi i vitit 2017, OBSH nisi sfidën globale të sigurisë së pacientëve për të përmirësuar sigurinë e ilaçeve, dhe identifikoi polifarmacinë si një koncept të rëndësishëm për ta trajtuar në të gjitha mjediset e kujdesit shëndetësor, për shkak të dëmtimit të mundshëm të pacientit nga polifarmacia e papërshtatshme.

Mjetet që përdoren nga vendet më të zhvilluara për të mbështetur zbatimin e një programi mbi polifarmacinë, mund të përshtaten dhe përdoren nga vendet me të ardhura të ulëta në të gjithë Europën, përfshirë edhe Shqipërinë.

Sfidat me të cilat përballen vendet e Evropës në menaxhimin e polifarmacisë janë të njohura globalisht.

Kryesisht në ditët e sotme kur problematikat shëndetësore sa po vijnë e po rriten, BE duhet të marrë një rol udhëheqës në zbatimin e sfidës globale për të përmirësuar sigurinë e ilaçeve dhe polifarmacinë.

Aderimi ndaj mjekimit të pacientët me multimorbiditet është 50% për ata që marrin 4 ose më shumë ilaçe. Nëpërmjet bashkëpunimit me projektin SIMPATHY, trajtimi i polifarmacisë së përshtatshme do të ndërmerret si pjesë e European Society for Patient Adherence, COMPLIANCE and persistence (ESPACOMP)/ Shoqërisë Evropiane për Aderimin, Kompliancën dhe persistencën e pacientëve.

Nëpërmjet projektit SIMPATHY arrihet të ilustrohen veprimet kyçe që do të duhej të ndërmerreshin për tu siguruar që pacientët në të gjithë Evropën nuk janë të ekspozuar ndaj polifarmacisë së papërshtatshme.

Trajtimi i çështjes së sigurisë së pacientëve do të realizojë gjithashtu përfitime ekonomike, përfitime prej potencialisht 4.23 bilion euro anembanë BE.

Me qëllim të nxitjes së ndërgjegjësimit për ndikimin e polifarmacisë në sigurinë e pacientëve, projekti SIMPATHY ka ofruar udhëheqje për të krijuar një grup të veçantë interesi me Fondacionin Ndërkombëtar mbi Kujdesin e Integruar (IFIC) mbi polifarmacinë e përshtatshme dhe kujdesin kompleks.

Politikë-hartuesit duhet të kenë një rol integruar, me qëllim që hartimi i politikave të ndihmojë në përcaktimin e rolit të profesionistëve shëndetësorë për sigurinë e ilaçeve dhe zbatimin e programeve në të gjithë sistemet e kujdesit shëndetësor.

Zbatimi i rekomandimeve dhe rregullave të duhura do të ndihmojë për të siguruar që polifarmacia e përshtatshme të shqyrtohet dhe të trajtohet kur rekomandohen ilaçe të reja, kur shqyrtohen planet e trajtimit dhe gjatë lëvizjes në zona të caktara të kujdesit shëndetësor.

Kjo do të mbështesë përdorimin e duhur të ilaçeve për të gjithë pacientët me morbiditete të shumta.

Përmbledhje e rekomandimeve

1. Përdorni një metodë sistemesh që ka udhëheqje multidisiplinare klinike dhe politike

Profesionistët e kujdesit shëndetësorë duhet të punojnë në ekipe multidisiplinare për të dhënë rezultate optimale për pacientët. Nxitja e polifarmacisë së përshtatshme në pikën e fillimit të përshkrimit të ilaçeve ose gjatë shqyrtimit të ilaçeve është me rëndësi të madhe dhe për këtë arsye meriton vëmendje të vecantë. Kur pacientët shtrohen në spital, regjistrimet e ilaçeve të tyre duhet të vëzhgohen rregullisht, për të konkluduar nëse një efekt i padëshiruar i ilaçeve ose nëse një ilaç i ri ka shkaktuar simptomat që kanë shkaktuar shtrimin e pacientit.

Ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të kenë sisteme të monitorimit në mënyrë që të rregjistrojnë çdo dëm të ardhur nga ilaçet dhe që është shkak i shtrimeve në spital, në mënyrë që përmirësimi të mund të matet dhe të arrihet të nxirret një mësim për çdo rast pacienti.

2. Ushqeni një kulturë që inkurajon dhe i jep përparësi sigurisë dhe cilësisë së përshkrimit

Përdorimi i një kulture optimiste për t'u mundësuar profesionistëve të kujdesit shëndetësor të diskutojnë çështjet e polifarmacisë, veçanërisht atje ku ata nuk janë përgjegjës për dhënien e recetave. Pacientët duhet të sigurohen që ilaçet e tyre të shqyrtohen si dhe ata presin kujdes të integruar, në mënyrë që vendimet e marra rreth ilaçeve të tyre t'u komunikohen të gjitha palëve të dhura në të gjithë historikun mjekësor të pacientit.

3. Siguroni që pacientët të jenë të kompletuar në vendimet e marra në lidhje me ilaçet e tyre.

Nxitja e ndërgjegjësimit të pacientit në lidhje me problemet e polifarmacisë dhe mos-aderimit, të rëndësishme për të parandaluar dëmin nga mjekësia është shumë e rëndësishme. Pacientët duhet të mbajnë një regjistrim të ilaçeve që marrin dhe duhet ta kenë atë në çdo zonë të kujdesit shëndetësor ku paraqiten për të lejuar mjekët të kenë informacion të përditësuar dhe të ndalojnë disa mjekime në momentin që është e nevojshme. Kjo mund të jetë ose në formë letre ose elektronike në mënyrë që të jetë e disponueshme edhe për pacientët në vendet me të ardhura të ulta dhe të mesme, ku përfshihet edhe Shqipëria.

4. Adoptoni qasje të bazuar në prova shkencore të sigurta

Siguria është një shqetësim i madh në kujdesin shëndetësor modern.

Shqyrtimi i studimeve SIMPATHY konfirmoi se ka shumë prova për të mbështetur parimin se rishikimet e ilaçeve reduktojnë polifarmacinë e papërshtatshme. Shqyrtimi i literaturës identifikoi se ka dokumente udhëzuese në dispozicion në lidhje me menaxhimin e polifarmacisë në vetëm 5 nga 28 vendet e BE-së. Pra mbetet akoma punë për realizimin e provave që do ndihmojnë në një menaxhim të duhur të polifarmacisë.

5. Nxitja e punës në grup

Menaxhimi i polifarmacisë prek aspekte të shumëfishta të sistemeve shëndetësore dhe të kujdesit dhe është idealisht i bazuar në një ekip me qendër pacientin.

Përvetësimi i menaxhimit të polifarmacisë në nismat e integruara të kujdesit shëndetësor do të ndihmojë në krijimin e sinergjive me veprimtari të vazhdueshme, me qëllim parandalimin e polifarmacisë së papërshtatshme.

Iniciativat e menaxhimit të polifarmacisë janë komplekse dhe kërkojnë udhëheqje dhe administrim të fortë. Përdorimi i strategjive mbi menaxhimin e polifarmacisë mund të ndihmojë në maksimizimin e shanseve për një zbatim të suksesshëm.

Të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të ndjekin një sërë parimesh standarde kur shqyrtojnë ilaçet e pacientit dhe të përfshijnë pacientët dhe kujdestarët e tyre në këto shqyrtime, duke pyetur 'çfarë ka rëndësi për ju?'

Tema 12. Polifarmacia dhe shëndeti oral

Polifarmacia mund të ndikojë në shëndetin oral duke shkaktuar ndryshime në mukozën orale dhe ulje të sekretimit së pështymës.

Sindroma e gojës së thatë e cila i referohet uljes së sekretimit të pështymës në kavitetin oral ndodh nga përdorimi i një sërë ilaçesh që mund të çojnë në tharjen e gojës. Pacientët që aplikojnë polifarmacit janë më të prirur të vuajnë nga sindroma e gojës së thatë

Sipas një studimi të kryer në vitin 2022 nga Storbeck T, Qian F et.al rezultoi se ndër individët e moshës 65 vjeç e lart, 38.5% raportuan se vuanin nga kserostomia.

Ndër këto pacientë rezultoi se polifarmacia rriste probabilitetin e vuajtjes nga sindroma e gojës së thatë me 38% për individët që merrnin nga 4 deri në 6 medikamente dhe ky probabilitet dyfishohej dhe trefishohej respektivisht, për individët që merrnin 7 deri në 10 medikamente dhe 11 ose më shumë medikamente.

Sipas studimeve rezultoi se pacientët që merrnin barna me efekte antikolinergjike ishin më të prirur të vuanin nga sindroma e gojës së thatë.

Sindroma e gojës së thatë, e lidhur me polifarmacinë raportohet të jetë e zakonshme tek pacientët e moshës 45 deri në 64 vjeç, ndër të cilët 54% merrnin pesë deri në katërbëdhjetë medikamente me efekte antikolinergjike. Ndër këto medikamente antidepressivët dhe antipsikotikët ishin më të përshkruarat.

Më poshtë janë paraqitur disa barna që shkaktojnë sindromën e gojës së thatë. Sa më shumë të tilla të marri një pacient (polifarmaci) aq me tepër rritet probabiliteti për shfaqjen e sindromës së gojës së thatë.

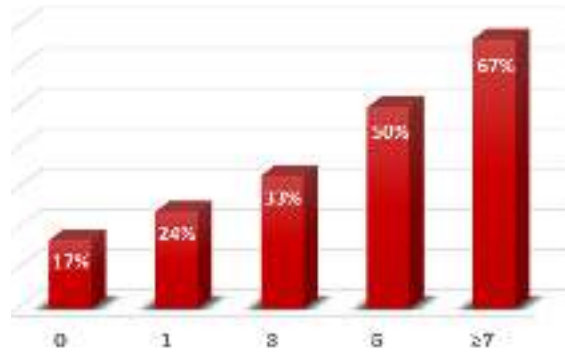
Medikamentet me efekt antikolinergjik

**Medikamente që ndikojnë në sistemin
simpatomimetik**

Antidepressivët triciklik	Antihipertensivët
Antipsikotikët	Bronkodilatorët
Antiparkinsonikët	
Antispazmatikët	
Antihistaminikët	Medikamente të tjera që shkaktojnë sindromën e gojës së thatë
Antidiarreikët	
Antiulcerozët	Relaksuesit e muskulaturës së skeletit
Bronkodilatorët	Hipnotikët
	Barna kundër migrenës
	Benzodiazepinat
	Frenuesit e pompës protonike
	Opioidet
	Barnat kundër HIV-it

Tabela 8. Medikamentet që shkaktojnë sindromën e gojës së thatë

Në një studim tjetër në individë nga mosha 20 deri në 80 vjeç, rezultoi se 17 % e individëve që nuk merrnin ilaçe dhe 24% e atyre që merrnin vetëm një ilaç raportuan se vuanin nga sindroma e gojës së thatë, ndërsa 50% dhe 67% e atyre që merrnin respektivisht 5 dhe 7 medikamente, raportuan se vuanin nga sindroma e tharjes së gojës. (Grafiku 1)



Numri i barnave të marrë

Grafiku 1. Varësia e numrit të barnave ditore të marra nga pacientët, me përqindjen e pacientëve që vuajnë nga sindroma e gojës së thatë

Ndër funksionet kryesore të pështymës përmendim:

- Mbrojtja e indeve të forta të dhëmbëve (funksion i realizuar nëpërmjet pastrimit që realizon pështyma),
- Shërben si burim i kalciumit, fosfatit, mucinave, proteinave dhe fluorit (funksion që realizohet nëse pështyma gëlltitet).

Si rrjedhim prania e sindromës së gojës së thatë rezulton në një rrezik të lartë për shfaqje të kariesit dentar, si dhe erozionit të dhëmbëve.

Meqenëse fluksi i reduktuar i pështymës redukton sasinë e joneve të kalciumit, fosfatit dhe fluorit të disponueshëm nga pështyma, kjo ndikon në aftësinë për të penguar demineralizimin gjatë sekretimit të lartë acid dhe për të nxitur remineralizimin kur pH oral rikthehet në vlerat normale.

Në prani të sindromës së gojës së thatë, zvogëlohet mbrojtja e mukozës orale (e siguruar përmes lubrifikimit dhe pastrimit, parandalimit të ngjitjes së mikroorganizmave dhe agjentëve antimikrobikë të pranishëm në pështymë).

Rrjedhja dhe cilësia e ulur e pështymës gjithashtu i vendos pacientët në rrezik për shfaqjen e infeksioneve kërpudhore orale, rritjen e probabilitetit të carjes së gjuhës, djegie të mukozave orale etj. Te të moshuarit ka rezultuar se prania e sindromës së gojës së thatë ka rritur probabilitetin për nxitjen e dobësisë fizike.

Si rrjedhim shëndeti oral dhe cilësia e jetës mund të ndikohen seriozisht nga sindroma e gojës së thatë, duke përfshirë ndikimin në zakonet dietike, statusin e të ushqyerit, të folurit, shijimin, vështirësinë me protezat dentare dhe rritjen e ndjeshmërisë së individit ndaj prishjes së dhëmbëve dhe sëmundjeve orale.

Identifikimi dhe menaxhimi i pacientëve me gojë të thatë të shkaktuar nga polifarmacia

Identifikimi dhe kujdesi i pacientëve me gojë të thatë të shkaktuar nga polifarmacia, nga stomatologu ka një rëndësi të vecantë. Stomatologu duhet ti marrë pacientit një histori të plotë mjekësore duke përfshirë një histori të detajuar të mjekimit dhe të realizojë vlerësimin oral të tij. Meqenëse pacientët shpeshherë mendojnë se nuk është e nevojshme të përmenden të gjitha medikamentet që marrin ose sëmundjet nga të cilat vuajnë, është e domosdoshme të pyeten nga profesionisti i shëndetit stomatolog në lidhje me faktin nëse dicka nuk po shkon me shëndetin e tyre oral ose nëse ka medikamente të tjera (duke përfshirë edhe ato pa recetë) që ata mund të marrin. Gjatë vlerësimit oral të pacientit, stomatologu duhet të vlerësojë hiposalivimin dhe të identifikojë çdo paraqitje klinike të lidhur me sindromën e gojës së thatë.

Në lidhje me shëndetin oral, vizitat më të shpeshta dentare dhe një fokus i shtuar në higjienën orale, dietën dhe parandalimin janë thelbësore për pacientët që aplikojnë polifarmaci.

Pacientët që aplikojnë polifarmaci dhe marrin medikamente me efekt antikolinergjik, si dhe medikamente të tjera që shkaktojnë tharje të gojës, duhet të këshillohen për efektet anësore orale të këtyre barnave dhe ti jepen udhëzime për higjienën orale, këshilla dietike dhe kujdes më intensiv parandalues.

Vizitat më të shpeshta dentare indikohen për këtë grup pacientësh në rrezik dhe është thelbësore të rishikohen të dhënat mjekësore të përditësuara dhe të pyeten pacientët nëse ka ndryshuar ndonjë gjë në shëndetin e tyre oral që nga vizita e tyre e fundit.

Si kujdes parandalues, ndër rekomandimet përfshihet aplikimi në klinikë i llakut fluor natriumi 5% si dhe përdorimi në shtëpi i një paste dhëmbësh me fluor 5000 ppm (me recetë).

Pacientët duhet të këshillohen për përdorimin e zëvendësuesve të pështymës dhe terapi të tjera për lehtësimin e gojës së thatë dhe sipas nevojës, t'u sigurohen këshilla në lidhje me trajtimin e kushteve të tjera orale që mund të shfaqen si pasojë e tharjes së gojës.

Përveç kësaj, stomatolgu duhet të bashkëpunojë me ekipin mjekësor të pacientit (mjekun dhe farmacistin e tij) në mënyrë që të bien dakort në rast së është e nevojshme për një rishikim të mjekimit. Në këtë mënyrë nëpërmjet reduktimit të efekteve anësore të mundshme sistemike dhe orale cilësia e jetës së pacientit do të përmirësohet dukshëm.

Në ditët e sotme procesi i depërshkrimit është duke u praktikuar në komunitetin mjekësor për të ndihmuar në optimizimin e përdorimit të ilaçeve dhe për të reduktuar recetat e papërshtatshme.

Tema 13. Polifarmacia dhe COVID-19

Të moshuarit dhe individët me multimorbiditete para-ekzistuese, mbeten deri tani më të pambrojturit ndaj infeksionit të rëndë COVID-19, që mund të rezultojë në hospitalizim, pranim në njësitë e kujdesit intensiv ose vdekje. Nga vëzhgimet ka rezultuar se nga 1.7 miliardë njerëz të cilët u vlerësua se kishin një rrezik të lartë të infektimit nga COVID-19 në nivel global, 66% ishin të rritur të moshës 70 vjeç e lart. Përveç të qenit grupe vulnerabël ndaj infeksionit të rëndë COVID-19, të moshuarit dhe individët me multimorbiditete para-ekzistuese janë gjithashtu të predispozuar për të aplikuar polifarmacitë.

Kërcënimi i dyfishtë i infeksionit COVID-19 dhe polifarmacisë ndaj të njëjtit grup vulnerabël të moshuarve dhe individëve me multimorbiditete para-ekzistuese është veçanërisht problematik, sepse nga polifarmacia ka rezultuar se rezultatet e trajtimit të sëmundjeve të ndryshme nuk janë optimale. Gjatë epidemisë së gripit të viteve 1996-1997, polifarmacia u zbulua të ishte një faktor i pavarur rreziku për hospitalizimin dhe vdekjen të lidhur me gripin. Veç kësaj, studimet tregojnë se te pacientët që po i nënshtrohen polifarmacisë, disa klasa ilaçesh mund të shpjegojnë variabilitetin e shfaqjes së efekteve të padëshiruara.

Për shembull, ndërkohë që polifarmacia kardiovaskulare nuk shoqërohet me hospitalizim jokardiovaskular të paplanifikuar, polifarmacia ku përfshiheshin antipsikotikët shoqërohet me efektë të rënda klinike te pacientët e moshuar me pneumoni.

Studimet mbi mbizotërimin e lartë të polifarmacisë midis grupeve që prekeshin nga infeksioni i rëndë COVID-19 dhe ndikimi i tij negativ i pavarur në sëmundjet e tjera të frymëmarrjes si gripi, bënë të nevojshme një hetim në rolin e polifarmacisë në rezultatet klinike të pacientëve me COVID-19.

Aktualisht, pak dihet në këtë fushë për shkak të natyrës së re të sëmundjes dhe për shkak të një mungese kërkimi dhe studimesh mbi polifarmacinë midis pacientëve me COVID-19.

Kuptimi i ndikimit të polifarmacisë në rezultatet klinike të COVID-19 mund të ndihmojë në informimin mbi menaxhimin më të mirë farmakoterapeutik për më të pambrojturit ndaj infeksionit të rëndë COVID-19 dhe të çojë në përmirësimin e rezultateve të tyre shëndetësore.

Sipas një shqyrtimi sistematik të kryer në vitin 2021 mbi polifarmacinë te pacientët me COVID 19, (*Polypharmacy among COVID-19 patients: A systematic review. Sorochi Iloanusi,* Osaro Mgbere, and Ekere J. Essien, 2021 September-October, doi: 10.1016/j.japh.2021.05.006*) u arrit të vlerësohej lidhja midis polifarmacisë dhe klasave të veçanta të ilaçeve mbi përfundimet klinike midis pacientëve me COVID-19.

Rezultatet nga ky shqyrtim sistematik i provave në dispozicion kanë sugjeruar se polifarmacia është e lidhur me përfundime të pafavorshme klinike midis pacientëve me COVID-19.

Rezultatet e pafavorshme klinike të raportuara përfshijnë: efekte të padëshiruara, rrezikun në rritje të infeksionit COVID-19, përjetimin e COVID-19 në gjendje të rëndë dhe vdekshmërinë. Këto rezultate janë në përputhje edhe me rezultatet e studimeve të tjera që kanë raportuar ndikimin negativ klinik të polifarmacisë në sëmundje të ndryshme virale dhe respiratore të tilla si pneumonia dhe gripi.

Rezultatet nga ky shqyrtim sistematik i kryer në vitin 2021 japin dëshmi të mëtjeshme për argumentin në favor të depërshkrim, veçanërisht në mesin e pacientëve të moshuar me COVID-19 për të cilët eliminimi i barit ndryshon për shkak të ndryshimeve fiziologjike të lidhura me moshën. Përfshirja e kësaj ndërhyrjeje herët në menaxhimin e pacientëve me COVID-19 mund të parandalojë përkeqësimin e mëtjeshëm të sëmundjes.

Përveç kësaj, për shkak se rritja e nivelit të polifarmacisë ka rezultuar të ndikojë në rritjen e rrezikut të infektimit me COVID-19, duke optimizuar regjimet e ilaçeve për të moshuarit dhe pacientët me multimorbiditet mund të ulët rreziku i tyre për t'u infektuar me COVID-19.

Për të arritur këtë, mjekët dhe farmacistët duhet të bashkëpunojnë për të rishikuar ilaçet e pacientit dhe të sigurohen që dobia e ilaçeve ta tejkalojë rrezikun nga ilaçet.

Sipas këtij shqyrtimi rezultoi gjithashtu se përdorimi i klasave të veçanta barnash lidheshin me rezultatet e pafavorshme në pacientët COVID-19.

Në përgjithësi, ilaçet me veti antikonlenergjike, ato me efekt qetësues, ato që përdoren në insuficiencë respiratore dhe disa mjekime që veprojnë në rrugët gastrointestinale kishin më shumë gjasa të rrisnin rrezikun e rezultateve të pafavorshme midis pacientëve me COVID-19.

Kjo është e kuptueshme sepse COVID-19 komprometon organe të ndryshme në trupin tonë dhe kështu, mund të ndryshojë nivelet fiziologjike të disa ilaçeve, duke çuar në ndërveprime farmakologjike dhe farmakokinetike shpesh të ndjekura nga efekte të padëshiruara dhe rezultate

të tjera negative klinike. Provat nga shqyrtimi sistematik i vitit 2021, zbuluan se përdorimi i antipsikotikëve, inhibitorëve të pompës protonike, antihistaminikëve dhe analgjezikëve opioide ishin ndër klasat e barnave që shoqëroheshin me rezultate klinike negative midis pacientëve me COVID-19.

Gjithashtu sipas këtij shqyrtimi u arrit përfundimi se marrja e antipsikotikëve shoqërohet me një rrezik më të madh pneumonie.

Në mënyrë të ngjashme, përdorimi i inhibitorëve të pompës protonike dhe analgjezikëve opioid është i lidhur gjithashtu me rritjen e rrezikut të infeksioneve serioze ku përfshihen pneumonia, endokarditi dhe infeksioni enterik.

Për më tepër, përdorimi i antipsikotikëve, antihistaminikëve, analgjezikëve opioidë dhe inhibitorëve të pompës protonike ka rezultuar në efekte të dëmshme të organizmit si: infeksioni, hospitalizimi, vizitat e urgjencës dhe mortaliteti.

Lopinavir/ ritonavir dhe klorokina janë ndër ilaçet që i nënshtrohen provave klinike me qëllim të përdorimit të tyre për trajtimin e COVID-19.

Megjithatë, sipas një studimi që u realizua për të identifikuar disa ilaçe që dyshoheshin se shkaktonin ADR (efekte të padëshiruara) midis pacientëve me COVID-19 u zbulua se lopinavir/ritonavir dhe klorokina lidheshin me shkaktimin e një proporcioni të lartë të ADR-ve. Ky zbulim implikoi politikën dhe kërkimin shkencor, veçanërisht për shkak se ka pasur debate të nxehta shkencore dhe politike rreth përdorimit të këtyre ilaçeve në menaxhimin e pacientëve me COVID-19.

Duke pasur parasysh ndikimin negativ të polifarmacisë dhe klasave të veçanta të ilaçeve në rezultatet klinike të COVID-19, duhet theksuar se kujdesi farmaceutik është kritik tani më shumë se kurrë më parë. Farmacistët, si ekspertë të trajtuar të ilaçeve dhe si ofruesit më të arritshëm të kujdesit shëndetësor, duhet të punojnë në mënyrë strategjike për të përmirësuar rezultatet klinike të pacientëve me COVID-19 nëpërmjet menaxhimit të optimizuar të ilaçeve, këshillimit virtual të pacientëve etj. Duke njohur pozicionin strategjik të farmacistëve në luftën kundër infeksionit COVID-19, disa vende kanë zgjeruar rolin ligjor të tyre për të eksploruar plotësisht potencialin e tyre gjatë pandemisë COVID-19. Duke qënë se farmacistët janë ekspertë mbi informacionet e ilaçeve ata luajnë gjithashtu një rol jetik në vlerësimin dhe interpretimin e literaturës në zhvillim mbi farmakoterapinë COVID-19.

Referencat e trajnimit

1. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician* 2019;100(1):32-8.
2. Molokhia M, Majeed A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):70.
3. Rochon PA, Gurwitz JH. The prescribing cascade revisited. *Lancet* 2017;389(10081):1778-80.
4. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf* 2020;11:2042098620933741.
5. Guillot J, Maumus-Robert S, Bezin J. Polypharmacy: A general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapie* 2020;75(5):407-16.
6. Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Arch Gerontol Geriatr* 2018;78:213-20.
7. Morin L, Johnell K, Laroche ML, Fastbom J, Wastesson JW. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. *Clin Epidemiol* 2018;10:289-98.
8. Lai X, Zhu H, Huo X, Li Z. Polypharmacy in the oldest old (≥ 80 years of age) patients in China: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2018;18(1):64.
9. Levy HB. Polypharmacy Reduction Strategies: Tips on Incorporating American Geriatrics Society Beers and Screening Tool of Older People's Prescriptions Criteria. *Clin Geriatr Med* 2017;33(2):177-87.
10. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert Opin Drug Saf* 2018;17(12):1185-96.
11. Dhakal P, Lyden E, Muir KE, Al-Kadhimi ZS, Koll T, Maness LJ et al. Prevalence and effects of polypharmacy on overall survival in acute myeloid leukemia. *Leuk Lymphoma* 2020;61(7):1702-8.
12. Davies LE, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B. Adverse Outcomes of Polypharmacy in Older People: Systematic Review of Reviews. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(2):181-7.
13. Ming Y, Zecevic A. Medications & Polypharmacy Influence on Recurrent Fallers in Community: a Systematic Review. *Can Geriatr J* 2018;21(1):14-25.
14. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;175(5):827-34.
15. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons: results of the Kuopio 75+ study: a cross-sectional analysis. *Drugs Aging* 2009;26(6):493-503.
16. Beezer J, Al Hatrushi M, Husband A, Kurdi A, Forsyth P. Polypharmacy definition and prevalence in heart failure: a systematic review. *Heart Fail Rev* 2021.

17. Jokanovic N, Tan EC, Dooley MJ, Kirkpatrick CM, Bell JS. Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(6):535.e1-12.
18. Koren G, Nordon G, Radinsky K, Shalev V. Clinical pharmacology of old age. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2019;12(8):749-55.
19. Tarn DM, Schwartz JB. Polypharmacy: A Five-Step Call to Action for Family Physicians. *Fam Med* 2020;52(10):699-701.
20. Little MO. Updates in nutrition and polypharmacy. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2018;21(1):4-9.
21. Pravodelov V. Thoughtful Prescribing and Deprescribing. *Med Clin North Am* 2020;104(5):751-65.
22. Pesante-Pinto JL. Clinical Pharmacology and the Risks of Polypharmacy in the Geriatric Patient. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2017;28(4):739-46.
23. Panel BtAGSBCUE. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(4):674-94.
24. O'Mahony D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2020;13(1):15-22.
25. Paque K, Vander Stichele R, Elseviers M, Pardon K, Dilles T, Deliens L et al. Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease: A systematic review. *Palliat Med* 2019;33(1):37-48.
26. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2016;82(3):583-623.
27. Kua CH, Yeo CYY, Tan PC, Char CWT, Tan CWY, Mak V et al. Association of Deprescribing With Reduction in Mortality and Hospitalization: A Pragmatic Stepped-Wedge Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(1):82-9.e3.
28. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med* 2021;12(3):443-52.
29. Lunsy Y, Modi M. Predictors of Psychotropic Polypharmacy Among Outpatients With Psychiatric Disorders and Intellectual Disability. *Psychiatr Serv* 2018;69(2):242-6.
30. Polypharmacy among COVID-19 patients: A systematic review, Sorochi Iloanusi,* Osaro Mgbere, and Ekere J. *Essien* 2021 September-October; 61(5): e14–e25. Published online 2021 May 26. doi: 10.1016/j.japh.2021.05.006
31. <https://www.cgakit.com/m-2-mai>
32. Samsa GP, Hanlon JT, Schmader KE, Weinberger M, Clipp EC, Uttech KM, Lewis IK, Landsman PB, Cohen HJ. A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol.* 1994;47:891–896.
33. Hanlon J, Schmader K, Samsa G, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, Cohen HJ, Feussner JR. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol.* 1992;45:1045-1051.
34. West, LM., Cordina, M. & Cunningham, S. Clinical pharmacist evaluation of medication inappropriateness in the emergency department of a teaching hospital in Malta. *Pharmacy Practice* 2012;10 (14) 181-187.

35. Kanasty R, Low S, Bhise N, Yang J, et al. A pharmaceutical answer to nonadherence: Once weekly oral memantine for Alzheimer's disease. *Contr. Release*, 303, 2019, 34-41.
36. Responsible Use of Medicines Report 2012. Research Triangle Park, NC: IMS; 2012 [Cited 1-Apr-17]. Available at: <http://www.imshealth.com/en/thought-leadership/quintilesims-institute/reports/responsible-use-of-medicines-report>
37. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
7. Elliott R. Non-adherence to medicines: not solved but solvable. *J Health Serv Res Policy*.
38. McIntosh J, Alonso A, Codina C, SIMPATHY Consortium. D4.1 Report on case studies: SIMPATHY Consortium; 2016 [Cited 1-Apr-17]. Available at: http://www.simpathy.eu/sites/default/files/D4_1.pdf
39. Mair A, Weise B, Balaso A, Geitona M, Mckenzie D, SIMPATHY Consortium. D5.2: Model strategic plan: SIMPATHY Consortium; 2016 [Cited 1-Apr-17]. Available at: http://www.simpathy.eu/sites/default/files/D5_2.pdf
40. Kardas P, Lewek P. D6.1: Literature review & benchmarking survey report: SIMPATHY Consortium; 2017 [Cited 1-Apr-17]. Available at: http://www.simpathy.eu/sites/default/files/D6_1.pdf
41. Stewart D, Gibson-Smith K, MacLure K, SIMPATHY Consortium. D3.2 Report on results of Delphi validation study: SIMPATHY Consortium; 2017 [Cited 1-Apr-17]. Available at: http://www.simpathy.eu/sites/default/files/D3_2.pdf
42. Saum KU, Schotker B, Meid AD, Holleczeck B, Haefeli WE, Hauer K, Brenner H. Is polypharmacy associated with frailty in older people? Results from the ESTHER cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(2):e27-e32. doi:10.1111/jgs.14718
43. Dreischulte T, Donnan P, Grant A, Hapca A, McCowan C, Guthrie B. Safer Prescribing – A Trial of Education, Informatics, and Financial Incentives. *N Engl J Med*. 2016;374(11):1053-64. doi:10.1056/NEJMsa1508955
44. Sevilla-Sanchez D, Molist-Brunet N, Amblas-Novellas J, Roura-Poch P, Espauella-Panicot J, Codina-Jane C. Adverse drug events in patients with advanced chronic conditions who have a prognosis of limited life expectancy at hospital admission. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;73(1):79-89. doi:10.1007/s00228-016-2136-8
45. Brach C, Lenfestey N, Roussel A, Amoozegar J, Sorensen A. Will it work here? A decisionmaker's guide to adopting innovations: AHRQ; 2008 [Cited 1-Apr-17].
46. Background to Clean Care is Safer Care. In: Clean Care is Safer Care [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<http://www.who.int/gpsc/background/en/>, accessed 22 March 2019).
47. Safe surgery. In: Patient Safety [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<http://www.who.int/patientsafety/topics/safesurgery/en/>, accessed 22 March 2019).
48. WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Geneva: World Health Organization; (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>, accessed 22 March 2019).
49. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimization: Making it safe and sound. London: The King's Fund; (https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/polypharmacy-andmedicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf, accessed 22 March 2019).

50. Mair A, Fernandez-Limos F, Alonso A, Harrison C, Hurding S, Kempen T et al. Polypharmacy management by 2030: a patient safety challenge, 2nd edition. Coimbra: SIMPATHY Consortium. (http://www.simpathy.eu/sites/default/files/Managing_polypharmacy2030-web.pdf, accessed 22 March 2019).
51. Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group. Polypharmacy Guidance, 2nd edition. Edinburgh: Scottish Government; (https://www.sign.ac.uk/assets/polypharmacy_guidance.pdf, 22 March 2019).
52. McIntosh J, Alonso A, MacLure K, Stewart D, Kempen T, Mair A et al. A case study of polypharmacy management in nine European countries: Implications for change management and implementation. *PLoS One*.2018;13(4):e0195232. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0195232>
53. Global health and aging. Geneva: US National Institute of Aging, World Health Organization; (http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, accessed 22 March 2019). **25.** Health at a glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, accessed 22 March 2019).
54. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf?sequence=1>, accessed 22 March 2019).
55. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; (<https://ssrn.com/abstract=2222541>, accessed 22 March 2019).
56. Sears K, Scobie A, Mackinnon NJ. Patient-related risk factors for self-reported medication errors in hospital and community settings in 8 countries. *Can Pharm J (Ott)*. 2012;145(2):88–93. <http://doi.org/10.3821/145.2.cpj88> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23509509>
57. Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. *J Clin Pharm Ther*. 2007;32(2):113–21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2007.00793.x> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17381661>
58. Sabaté E, editor. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1, accessed 22 March 2019).
59. Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf?sequence=1>, accessed 22 March 2019).
60. The importance of pharmacovigilance: Safety monitoring of medicinal products. Geneva: World Health Organization; (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42493/a75646.pdf?sequence=1>, 2019). 025682/
61. WHO Traditional medicine strategy 2014–2023. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf?sequence=1, accessed 22 March 2019).
62. Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group. Polypharmacy guidance: Realistic prescribing, 3rd edition. Edinburgh: Scottish Government; 2018 (<https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wpcontent/uploads/2018/09/PolypharmacyGuidance-2018.pdf>, 2019).

63. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018(9):CD008165. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub4>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30175841>
64. Therapy (NNT) reviews [website]. The NNT Group; 2019 (<http://www.thennt.com/home-nt/>, accessed 22 March 2019).
65. Polypharmacy guidance: the 7 steps. In: Polypharmacy Guidance – Medicines Review [website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2019 (<http://www.polypharmacy.scot.nhs.uk/polypharmacy-guidance-medicines-review/for-healthcareprofessionals/7-steps/>, accessed 22 March 2019).
66. Teach back. In: The Health Literacy Place [website]. Edinburgh: NHS Education for Scotland; 2019 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/toolsandtechniques/techniques/teach-back/>, accessed 22 March 2019).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20937924>
67. SIMPATHY project: innovation for appropriate polypharmacy in the elderly. In: Digital Single Market [website]. Brussels: European Commission; (<https://ec.europa.eu/digital-singlemarket/en/news/simpathy-project-innovationappropriate-polypharmacy-elderly>, accessed 22 March 2019).
68. Atlas of healthcare variation methodology, polypharmacy. Wellington: Health Quality and Safety Commission New Zealand; (https://www.hqsc.govt.nz/assets/Health-QualityEvaluation/Atlas/PolypharmacySFOct17/Methodology_polypharmacy.pdf, March 2019).
69. Department of Health and Human Services. Indicator 4: Use of nine or more medicines. Melbourne: State Government Victoria; (<https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/section-3-indicator-4-useof-nine-or-more-medicines>, March 2019).
70. Storbeck T, Qian F, Marek C et al. Dose-dependent association between xerostomia and number of medications among older adults. *Spec Care Dentist* 2022;42:225-31. <https://doi.org/10.1111/scd.12662>
71. Kakkar M, Barmak AB, Arany S. Anticholinergic medication and dental caries status in middle-aged xerostomia patients-a retrospective study. *J Dent Sci* 2022;17(3):1206-11. doi: 10.1016/j.jds.2021.12.014.