



NORTH-WEST UNIVERSITY  
YUNIBESITI YA BOKONE-BOPHIRIMA  
NOORDWES-UNIVERSITEIT  
POTCHEFSTROOMKAMPUS

**WETENSKAPLIKE BYDRAES**  
**REEKS H: INTREEREDE NR. 257**

## **FARMASEUTIESE SORG VS. PRAKTYK**

**Prof M S Lubbe**

**Intreerede gehou op 7 Augustus 2012**

Die Universiteit is nie vir menings in die publikasie aanspreeklik nie.  
The University is not held responsible for opinions expressed in this publication.

Navrae in verband met *Wetenskaplike Bydraes* moet gerig word aan:  
Enquiries regarding *Scientific Contributions (Wetenskaplike Bydraes)* can be directed to:

Die Kampusregistrator  
Noordwes-Universiteit  
Potchefstroomkampus  
Privaatsak X6001  
POTCHEFSTROOM  
2520

Kopiereg © 2012 NWU

**ISBN** 978-1-86822-642-9

# **FARMASEUTIESE SORG VS. PRAKTYK**

---

**Intreerede van Prof M S Lubbe**

**7 Augustus 2012**

# FARMASEUTIESE SORG VS. PRAKTYK

Op 'n daaglikse basis word ons bekendgestel aan nuwe geneesmiddel-ontwikkelings, maar ook aan ongewenste geneesmiddelreaksies. Ontoepaslike gebruik van medisyne en medisyneverwante probleme bied 'n besondere uitdaging aan gesondheidsprofessies wat die verantwoordelikheid moet neem om toepaslike medisyne gebruik te verseker

'n Vorige Registrateur van die Suid-Afrikaanse Aptekersraad (SAAR), Mnr. Chris van Niekerk, het in 1995 gewaarsku teen die stygende gesondheidsorgkoste in Suid-Afrika (Van Niekerk, 1995). Volgens hom moet strategieë ontwikkel word om instansies en persone te teiken wat verantwoordelik is vir die daaglikse besluite betreffende medisyne gebruik.

Volgens hom sal die toekoms van Aptekerswese bepaal word deur die vermoë van die Professie om die gemeenskap in elke praktyksituasie te dien met innovasie, tegnologie en kreatiwiteit

Met hierdie belangrike en uitdagende stelling wil ek my rede begin en wil ek in besonder fokus op die volgende:

- Historiese ontwikkeling van Farmasiepraktyk voor farmaseutiese sorg.
- Ontwikkeling van farmaseutiese sorg.
- Implementering van farmaseutiese sorg in Suid-Afrika.
- Onderlinge verband tussen farmaseutiese sorg en ander dienste.
- Huidige motiverings ter bevordering van die implementering van farmaseutiese sorg.
- Spesifieke makro-vlak uitdagings vir die lewering van farmaseutiese sorg sonder om na sektor spesifieke uitdagings te verwys.

Die WGO het gesondheid gedefinieer as "*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*" (WGO, 1946).

Binne die konteks van hierdie definisie, het gesondheidsprofessies 'n belangrike opdrag, naamlik die verantwoordelikheid om om te sien na die gesondheid van die bevolking. Die apteker word erken as 'n belangrike rolspeler in hierdie multidissiplinêre opdrag.

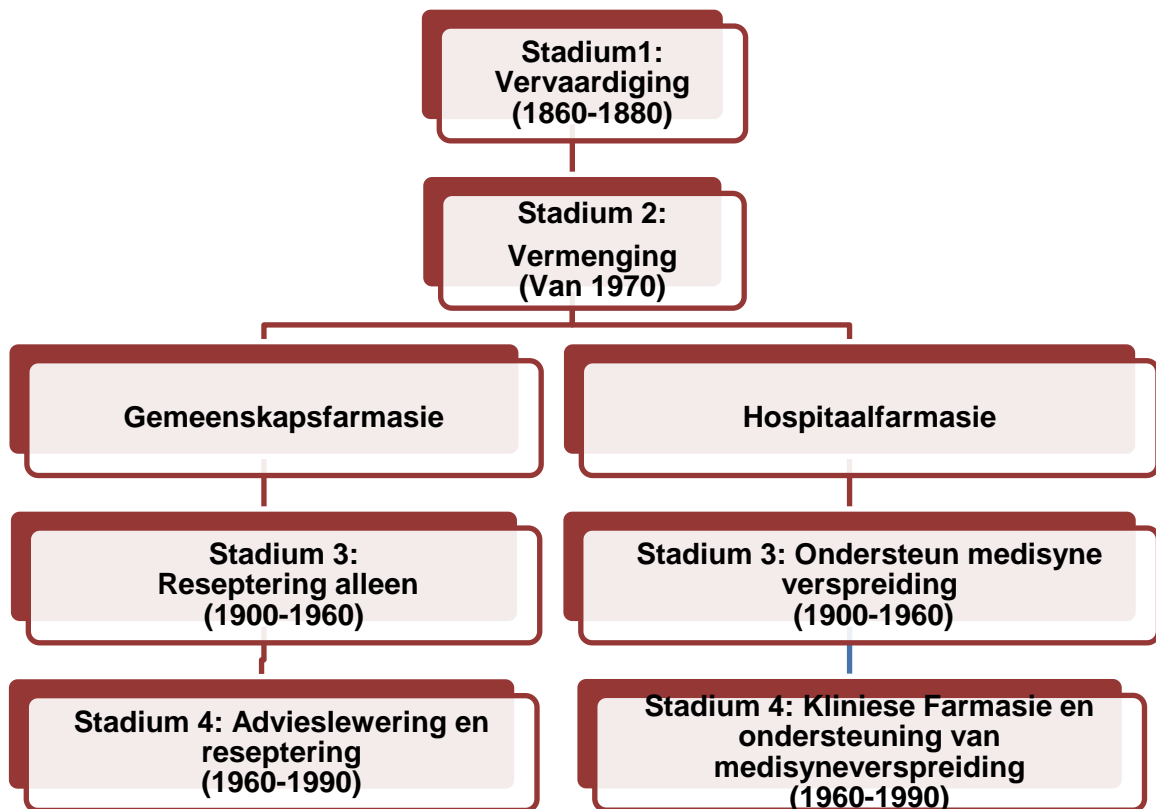
## 1. HISTORIESE ONTWIKKELING VAN FARMASIEPRAKTYK VOOR FARMASEUTIESE SORG

'n Ontleding van die geskiedenis van die praktyk van die apteker in Suid-Afrika toon aan dat die fokus van Farmasiepraktyk indrukwekkend vanaf die 18de na die 20ste eeu verander het (Holland & Nimmo, 1999:1758; Abramowitz, 2009:1437; Zellmer, 2010:1199).

Industrialisering, grootskaalse vervaardiging van medisyne, mediese spesialisering en verbeterde mediese tegnologie het bygedra tot die verandering van 'n produkgerigte na meer pasiëntgerigte praktykfokus. Figuur 1 toon die historiese ontwikkeling van Farmasiepraktyk, voor die ontwikkeling van farmaseutiese sorg.

### Stadium 1

Die historiese ontwikkeling van Farmasiepraktyk, **1860 tot 1880s**, voor die ontwikkeling van farmaseutiese sorg, toon aan dat die selfvervaardiging van medisyne die primêre verantwoordelikheid van die apteker was (Holland & Nimmo, 1999:1758). Pasiënte het beide die vervaardigingsproses en die produk waardeur en het die apteker geraadpleeg vir advies met betrekking tot die keuse van die medisyne



**Figuur 1** Historiese ontwikkeling van Farmasiepraktyk voor die ontwikkeling van Farmaseutiese Sorg

### Stadium 2

Met die ontwikkeling van die farmaseutiese industrie vanaf die **1870s**, het verskeie aptekers die self-vervaardiging van medisyne verminder, en het meer betrokke geraak by die vermenging van klaarvervaardigde medisyne. Gedurende hierdie stadium het pasiënte nog steeds die apteker vertrou as adviseur met betrekking tot die keuse van die medisyne. Die

apteker het nog steeds 'n besondere sosiale waarde in die oë van die gemeenskap gehad (Holland & Nimmo, 1999:1759).

### Stadium 3

In die loop van die jare **1900 tot 1960** het die fokus van die hospitaalapteker en *veral die* van die gemeenskapsapteker baie verander. Meer klaarvervaardigde medisyne het op die mark verskyn en die geneesheer het in 'n al groter mate medisyne voorgeskryf (Hepler & Strand, 1990:533). Die gemeenskapsapteker het in 'n mindere mate self geneesmiddeltherapie voorgestel en was grotendeels by die fisiese reseptering van geneesheer se voorskrifte betrokke. Die gemeenskapsapteker het meestal opgetree as 'n medisyneverspreider vir die farmaseutiese industrie. Die hospitaalapteker was tydens hierdie tydperk slegs in 'n ondersteunende rol betrokke in die bestuur van medisyneverspreiding (Holland & Nimmo, 1999:1759). Gedurende hierdie tydperk het die sosiale waarde van die gemeenskapsapteker geweldig gedaal.

### Stadium 4

Vir die duur van **1960s tot 1990s** het daar internasionaal verskeie veranderinge in die praktyk van die gemeenskapsapteker plaasgevind aangesien hulle meer betrokke geraak het by advieslewering bykomend tot hul resepteringsfunksie. Die meerderheid gemeenskapsaptekers was nog steeds baie produkgeoriënteerd. Internasionaal was die sosiale waarde van die gemeenskapsapteker nog steeds baie laag (Holland & Nimmo, 1999:1759).

Suid-Afrika was ook nie uitgesluit uit hierdie veranderinge nie. Etlieke verslae het tydens hierdie periode beklemtoon dat die toekoms van die gemeenskapsapteker sal afhang van sy vermoë om sy fokus te kan verander.

Alreeds in 1978 het die Steenkamp-kommissie (1978:51) verwys na die oormatige, ontoepaslike en onekonomiese voorskryf van medisyne. Hierdie kommissie het voorgestel dat die apteaker

- meer betrokke moet raak by die behandeling van siektetoestande; en
- 'n groter invloed moet hê op die voorskryfgewoontes van geneesheer.

Die Brown-Kommissie (1986) het in 1986 aanbeveel dat die apteaker, in die lig van sy spesifieke kennis, meer vryheid moet hê met betrekking tot die hantering van geskeduleerde medisyne. Die Kommissie het aanbeveel dat die Medisynebeheerraad die professionele rol van die apteaker moet erken as gesondheidsorgwerker en gesondheidsadviseur. Hierdie ondersoek en verslae het as motivering gedien vir verskeie belangrike vooruitgange in die praktykomgewing en opleiding van die apteaker.

Van die belangrikste pasiënt gerigte inisiatiewe in die gemeenskapsapteek-omgewing het ingesluit (Dreyer, 1994; Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling, 1990; Gilbert 1998; Suid-Afrikaanse Aptekersraad, 1994)

- Advieslewering betreffende minder ernstige siektetoestande.
- Apteker-geïnisieerde terapie.
- Implementering van siftings- en moniteringsdienste in apteke.
- Betrokkenheid by gesinsbeplanning, immunisering en ander primêre gesondheidsorgdienste.
- Primêre sorg geneesmiddeltherapie en die uitreiking van Artikel 22Aa (15)-permitte.

Internasionaal het die hospitaalapteker tydens die periode **1960s tot 1990s** kliniese farmasie bykomend bygevoeg tot hulle medisyneverspreidingsfunksie.

In ooreenstemming met die bekende outeurs, Helper en Strand, (1990:534) is die kliniese farmasie- periode 'n belangrike oorgangstydperk waartydens die hospitaalapteker probeer het om hulle professionele potensiaal ten volle te benut. Terwyl geneeshere vir die uitkomst van medisyne terapie verantwoordelik was, het die apteker 'n waardevolle ondersteunende rol vervul deur hulle gespesialiseerde kennis van die werking en gebruik van medisyne. Kliniese farmasie was hoofsaaklik gesetel in hospitale en akademiese instellings waar aptekers as deel van die gesondheidspan pasiënte se medisyne terapie gemoniteer en aanbevelings gemaak het.

Kliniese farmasie het bygedra tot die ontwikkeling van 'n verskeidenheid van wetenskaplike tegnieke en hulpmiddelle soos

- terapeutiese geneesmiddelmonitering;
- farmakokinetiese dosering;
- verskaffing van geneesmiddelinligting; en
- voedingsondersteuning (Strand *et al.*, 1992:9).

Dit het verder 'n besondere positiewe invloed gehad op die verbetering van die sosiale waarde van die hospitaalapteker.

Die chronologie van die hospitaalapteker se geskiedenis in Suid-Afrika kan ook verdeel word in die

- medisyneverspreidingsperiode gedurende 1960 en 1985; en
- die kliniese farmasie-periode wat gedurende die 1985s in Suid-Afrika ontwikkel het.

Gedurende hierdie periode bied universiteite soos Medunsa en ander instansies gereeld basiese Kliniese Farmasie voortgesette onderrigkoursusse vir hospitaalaptekers aan. Hierdie inisiatiewe bring stelselmatige aanpassing in die praktyk van die hospitaalapteker.

Internasionaal het Cipolle (1986) in 1986 'n rigtinggewende hoofartikel gepubliseer geskryf met die titel

*"Drugs don't have doses – people have doses!"*

In die artikel word die rol van die apteker omskryf as die kliniese probleemoplosser, wat direk betrekking het op die verandering van die praktykfilosofie van die apteker vanaf 'n produk- na pasiënt-georiënteerde benadering.

Toevallig was ek gedurende dieselfde periode besig met my MPharm-verhandeling met die titel.

*Medisyne verbruik deur lede van die Potchefstroomse Diens- en Dagsorgsentrum vir Bejaardes.* (Griesel, 1988)

Spesifieke bevindings en aanbevelings wat uit die studie gemaak is, het ingesluit:

- Bejaardes ervaar die geneesheer as hoofinligtingsbron vir voorskryfmedisyne.
- Bejaardes het aptekers gesien as die beste bron van inligting in verband met oor- die- toonbankmedisyne.
- Daar is duidelik aangetoon dat die apteker meer betrokke moet raak by die verskaffing van medisyne-inligting.
- Die bejaarde pasiënte het aangetoon dat hulle meer inligting benodig met betrekking tot die doel van die medisyne en die potensiële nuwe-effekte.
- Die bejaarders het ook aangetoon dat hulle meer geskrewe inligting benodig in verband met hulle medisyne.

Dit was dus duidelik dat daar spesifieke behoeftes was vir meer betrokkenheid van die apteker by advieslewering aan die bejaarde pasiënt.

## **2. ONTWIKKELING VAN FARMASEUTIESE SORG**

Internasionaal is Farmaseutiese sorg vir die eerste keer in 1975 deur Mikeal *et al.* (1975:567) gedefinieer as

*"the care that a given patient requires and receives which assures safe and rational drug usage."*

Hulle glo dat farmaseutiese sorg



- 'n onderafdeling van mediese sorg is; en
- dat dit nie uitsluitlik deur een gesondheidsvoorsiener voorsien word nie.

'n Paar jaar later, in 1980, stel Brodie *et al.* (1980:277) voor dat farmaseutiese sorg moet insluit:

*"the determination of the drug needs for a given individual and the provision not only of the drugs required but also of the necessary services (before, during, after treatment) to assure optimally safe and effective therapy".* (Brodie *et al.*, 1980:277).

Hulle beklemtoon ook die terugvoeringmeganisme deur gesondheidspersoneel as 'n metode om deurlopende sorg te verseker.

Hierdie voorstelle was deurslaggewend in die ontwikkeling van die aptekerprofessie vanaf 'n blote verspreider van medisyne tot 'n meer kliniese professie.

In 1987 het Hepler (1987:376) vir die eerste keer farmaseutiese sorg gedefinieer as die diens waartydens die vertrouingsverhouding tussen die apteker en die pasiënt na vore gekom het

Hy definieer farmaseutiese sorg as

*"a covenantal relationship between a patient and a pharmacist in which the pharmacist performs drug use control functions (with appropriate knowledge and skills) governed by the awareness and commitment to the patient's interest."* (Hepler, 1987:376).

Volgens hierdie definisie moet

- 'n een-tot-een verhouding tussen die apteker en pasiënt bestaan;
- die apteker se pogings gerig wees op die kontrole oor medisyneverbruik van die pasiënt en in die beste belang van die pasiënt; en
- beklemtoon word dat die apteker oor die toepaslike kennis en vaardigheid beskik.

Dit was eers in 1990 dat die praktykfilosofie van farmaseutiese sorg deur Hepler en Strand (1990:533) aan aptekers bekendgestel is.

Hulle beklemtoon dat Farmasiepraktyk

*"must restore what has been missing for years: a clear emphasis on the patient's welfare, a patient advocacy role with a clear ethical mandate to protect the patient from the harmful effects of .. 'drug misadventuring'."* (Hepler & Strand, 1990:533)

Sonder om die rol van die apteker te beperk tot slegs die voorsiening en monitering van geneesmiddeltherapie, ontwikkel hulle

*"a process in which a pharmacist co-operates with a patient and other health care professionals in designing, implementing and monitoring a therapeutic plan that will produce specific therapeutic outcomes for the patient". (Hepler & Strand, 1990:533).*

Die terapeutiese uitkomstes sluit in die

- herstel van siektetoestande;
- uitskakeling of vermindering van simptome;
- onderbreking van siekteprosesse; of
- voorkoming van siektetoestande of simptome.

Dit sluit in drie belangrike funksies:

- Identifisering van potensiële en werklike medisyne-gerelateerde probleme.
- Oplos van werklike medisyne-gerelateerde probleme.
- Voorkoming van potensiële verwante probleme.

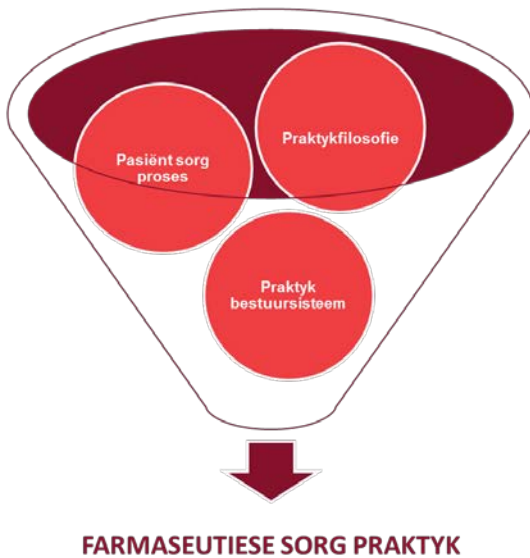
Leiers wêreldwyd het hierdie beskouing oor farmaseutiese sorg ondersteun en het dit gesien as 'n geleentheid om die professionele rol van die apteker te herwin.

Eers in 1998 het die wêreldleiers van farmaseutiese sorg, die Minnesota Farmaseutiese Sorg-navorsingsgroep onder leiding van Strand, Cipolle en Morley, die farmaseutiese sorg praktykmodel beskryf.

*"Pharmaceutical care is a practice in which the practitioner takes responsibility for a patient's drug related needs and is held accountable for this commitment" (Cipolle et al., 1998:13).*

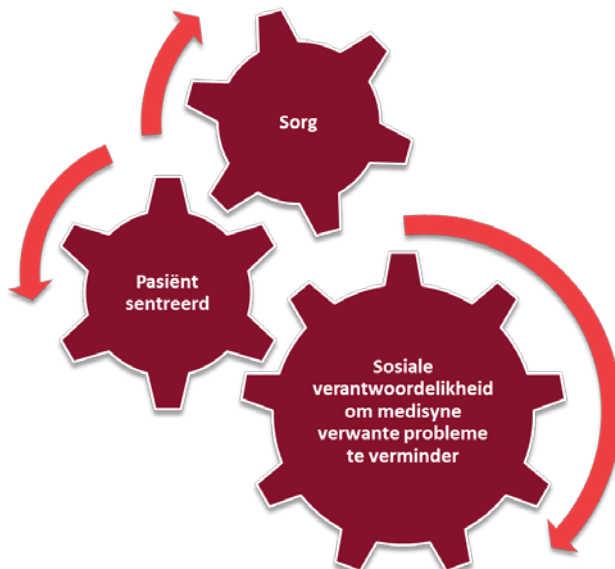
Volgens hierdie definisie (Cipolle et al., 1998:13; Tomechko et al., 1996:73; Tomechko et al., 1995:30)

- is farmaseutiese sorg 'n professionele praktyk op sy eie, soos die praktyke van ander gesondheidsorgpraktisyns, waar die praktisyn die verantwoordelikheid neem om aan die unieke medisyneverwante behoeftes van 'n pasiënt te voorsien;
- vervang hierdie praktisyn nie enige ander gesondheidsprofessie nie; en
- het die farmaseutiese sorgpraktyk 'n filosofie, 'n pasiëntsorgproses en 'n bestuursstelsel wat die praktyk ondersteun.

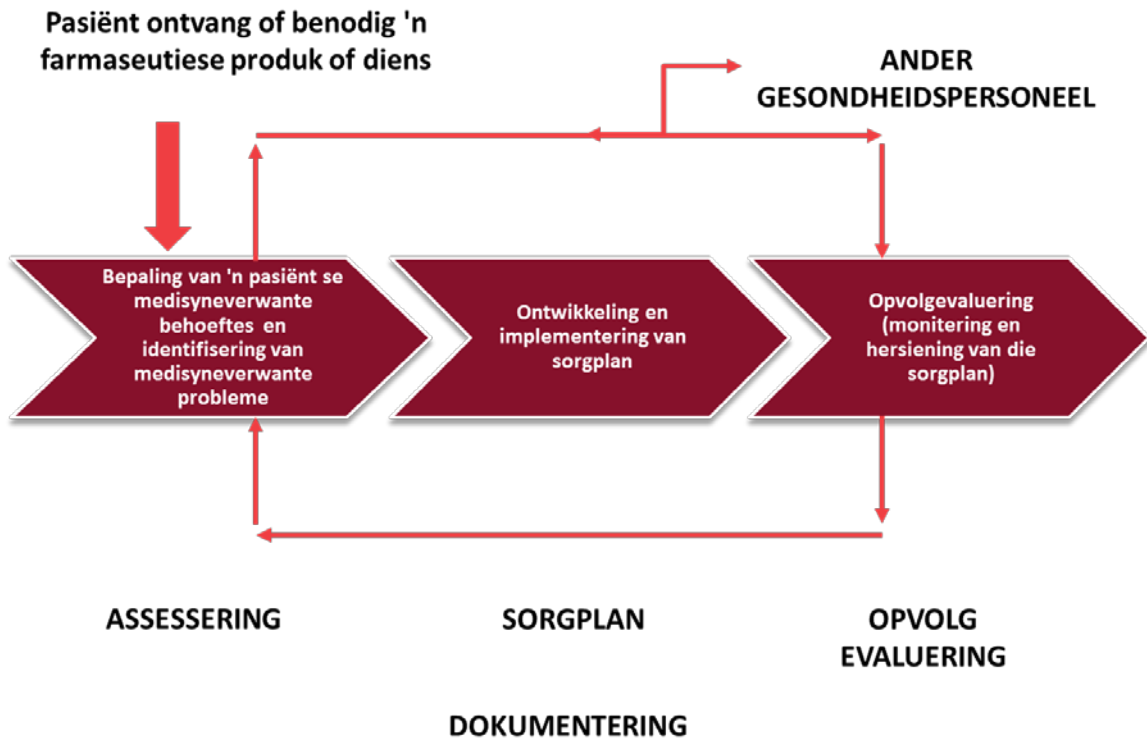


**Figuur 2 Farmaseutiese sorgpraktyk**

- Die filosofie van die farmaseutiese sorgpraktyk beskryf 'n pasiënt-gesentreerde benadering waar die praktisyn die sosiale verantwoordelikheid het om om te sien na 'n pasiënt se medisyneverwante behoeftes. 'n Ander belangrike aspek is die "sorg" - konsep. Die praktisyn sal werklik na die pasiënt se medisyneverwante behoeftes moet omsien.



**Figuur 3 Farmaseutiese sorg praktykfilosofie**



**Figuur 4 Pasiëntsorgproses van farmaseutiese sorg**

- 'n Sistematiese pasiëntsorgproses moet dus gevolg word gedurende die voorsiening van farmaseutiese sorg.
- Die pasiëntsorgproses verteenwoordig daardie gedeelte van farmaseutiese sorg wat werklik beskryf wat tussen die apteker en pasiënt of sy versorger moet gebeur.
- Die pasiëntsorgproses begin deurdat 'n voorskrif van 'n geneesheer by 'n apteek ingedien word; of indien die pasiënt die apteker raadpleeg in verband met 'n gesondheidsprobleem wat moontlik deur die apteker behandel kan word.
- Die pasiëntsorgproses moet bestaan uit die bepaling en assessering van die pasiënt se medisyneverwante behoeftes, die ontwikkeling en implementering van 'n sorgplan, en opvolg-evalueringstadium.
- Dokumentering van farmaseutiese sorg-aktiwiteite is noodsaaklik as bewys van watter pasiëntsorg-aktiwiteite plaasgevind het.
- Goeie interprofessionele verhoudinge tussen die apteker en ander gesondheidsprofessies is van kardinale belang in die voorsiening van farmaseutiese sorg.

Tydens die voorsiening van farmaseutiese sorg moet die apteker seker maak dat die pasiënt nie enige geneesmiddel terapie-probleme ervaar of in die toekoms gaan ervaar nie.

Geneesmiddel terapie-probleme sluit in enige aspek van 'n pasiënt se geneesmiddel terapie wat positiewe terapeutiese uitkomst negatief kan beïnvloed.

### **Geneesmiddel terapie-probleme**

Geneesmiddel terapie-probleme kan in die volgende kategorieë, soos aangetoon in Tabel 1, verdeel word (Cipolle *et al.*, 1998):

- Daar kan probleme wees met die **toepaslikheid** van die medisyne vir die spesifieke siektetoestand:
  - Pasiënt ontvang onnodige medisyne.
  - Pasiënt benodig nog bykomende medisyne.
- Daar kan 'n probleem wees met die **doeltreffendheid** van die medisyne:
  - Verkeerde medisyne word vir die spesifieke siektetoestand voorgeskryf.
  - Dosis is te laag.
- Daar kan 'n probleem wees met die **veiligheid** van die medisyne vanweë:
  - Dosis van die medisyne wat te hoog is; of
  - Ongewenste geneesmiddelreaksies of interaksies wat kan ontstaan.
- Daar kan probleme wees met die **meewerkendheid** van die pasiënt wat veroorsaak kan word deur verskeie oorsake, soos onder andere:
  - Die spesifieke produk nie beskikbaar is nie.
  - Pasiënt kan nie die medisyne bekostig nie.
  - Pasiënt kan nie die medisyne sluk of self toedien nie.
  - Pasiënt verstaan nie die instruksies nie.
  - Pasiënt verkies om dit nie te neem nie.

Tabel 1 Geneesmiddelverwante probleme

ASSESSERING	GENEESMIDDEL-VERWANTE PROBLEME	OORSAKE
<b>Indikاسie</b> <b>Onbehandelde siektetoestand</b>	Onnodige geneesmiddel terapie Benodig bykomende geneesmiddel terapie (Onbehandelde siektetoestand)	Geen mediese indikاسie nie Verslawing Nie-geneesmiddel-behandeling meer toepaslik Duplisering van terapie Onbehandelde siektetoestande Sinergistiese terapie Profilakse of voorkomende behandeling
<b>Doeltreffendheid</b>	Verkeerde medisyne (Ontoepaslike seleksie)  Dosis te laag (Subterapeutiese dosis)	Doseervorm is ontoepaslik Kontra-indikاسie teenwoordig Geneesmiddel is nie aangetoon vir siektetoestand nie Meer doeltreffende medisyne beskikbaar Geneesmiddel-interaksies Verkeerde dosis. Frekwensies ontoepaslik Ontoepaslike behandelingstydperk Verkeerde berging Verkeerde toediening Geneesmiddel-interaksies
<b>Veiligheid</b>	Ongewenste geneesmiddel reaksies Geneesmiddel-interaksies Dosis te hoog (Oordosis)	Onveilige geneesmiddel vir pasiënt Allergiese reaksie Verkeerde toediening Geneesmiddel-interaksies Dosis-verhoging of -verlaging te vinnig Ongewenste effek Verkeerde dosis Frekwensie ontoepaslik Ontoepaslike behandelingstydperk Geneesmiddel-interaksies
<b>Tabel 1 Geneesmiddelverwante probleme (vervolg)</b>		
<b>Meewerkendheid</b>	Ontoepaslike meewerkendheid	Medisyne nie beskikbaar nie Kan nie medisyne bekostig nie Kan nie sluk of toedien nie Verstaan nie instruksies nie Pasiënt verkies om nie medisyne te neem nie

## **Gemeenskapgerigte farmaseutiese sorg**

Die ontwerp van die farmaseutiese sorgpraktyk soos ontwikkel deur die Minnesota Farmaseutiese Sorg-Navorsingsgroep het wye erkenning gekry.

Gedurende die afgelope aantal jare het daar ook 'n ander dimensie met betrekking tot die implementering van farmaseutiese sorg na vore gekom, naamlik die aanbod van farmaseutiese sorg, nie net aan die individuele pasiënt, soos ek dit so pas beskryf het, maar ook aan die gemeenskap of gemeenskapsgebaseerde farmaseutiese sorg.

Beide die Wêreld Gesondheid Organisasie (WGO) en die *Internasionale Farmaseutiese Federasie* (FIP) ondersteun hierdie beginsel. FIP (1998:138) definieer farmaseutiese sorg as *“the responsible provision of pharmaco-therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve or maintain a patient’s quality of life”*.

Die WGO identifiseer dat aptekers, individueel of as lid van 'n professionele groep farmaseutiese sorg kan aanbied aan die gemeenskap deur betrokke te wees by die formulering van medisynebeleid, bestuur van medisyneverspreidingsisteme, sowel as by ander aspekte soos siftingsdienste, immuniseringsdienste en ander gesondheidsbevorderingsaktiwiteite (WGO, 1993:7).

Gemeenskapsgebaseerde farmaseutiese sorg word ook deur die WGO beskou as die apteker se betrokkenheid by "Pharmaceutical Public Health" of Farmaseutiese openbare gesondheid (WGO, 1993:9).

Die term Farmaseutiese openbare gesondheid word ook huidig in Suid-Afrika algemeen gebruik en dit verwys na die apteker se betrokkenheid by openbare gesondheid op beide die makro- en mikrovlak.

- Makrovlak aktiwiteite sluit onder andere in:
  - Opstel van medisynebeleid en regulasies.
  - Opstel van Essensiële Medisynelys, behandelingsriglyne en -protokolle.
  - Farmako-epidemiologie studies / Bestuur van medisynevoorsiening.
  - Rationele medisyne gebruik.
- Mikrovlak-aktiwiteite sluit onder ander in
  - Primêre siftings- en moniteringsdienste / Immuniserings.
  - Dwelmmisbruik bewustheidsveldtogte / Noodkontrasepsie.
  - MIV/VIGS- en TB-bewustheidsveldtog/toetsing/advisering

Dit is duidelik dat rigtinggewende internasionale organisasies die apteker se verantwoordelikheid ten opsigte van die lewering van farmaseutiese sorg aan die individuele pasiënt ondersteun, maar ook die toepassing op gemeenskapsvlak erken.

Die WGO is ook in besonder sensitief vir die moontlikheid dat die apteker se lewering van farmaseutiese sorg op gemeenskapsvlak in konflik kan kom met sy rol ten opsigte van die lewering van farmaseutiese sorg op die individuele pasiënt-vlak. Volgens die WGO kan aptekers se pogings in lande met beperkte hulpbronne eerder aangewend word in aktiwiteite waarmee hulle die grootste aantal persone kan bereik, maar dit sal dan die lewering van farmaseutiese sorg aan die individuele pasiënt kan ondermyn.

Met hierdie agtergrond in verband met die internasionale ontwikkeling van Farmasiepraktyk en die apteker se verantwoordelikheid ten opsigte van die lewering van pasiënt- en gemeenskapsgerigte farmaseutiese sorg is dit belangrik om die vraag te vra:

**Wat is die huidige situasie met betrekking tot die implementering van farmaseutiese sorg in Suid-Afrika?**

### **3. IMPLEMENTERING VAN FARMASEUTIESE SORG IN SUID-AFRIKA**

Die Suid-Afrikaanse Aptekersraad het in 1995 'n werkgroep gestig om na die moontlikheid van die implementering van Farmaseutiese Sorg in Suid-Afrika te ondersoek. Gedurende 1998 was ek bevoorreg om saam met Prof Serfontein en 'n afvaardiging van die Suid-Afrikaanse Aptekersraad, die *Peters Institute for Pharmaceutical Care* aan die Universiteit van Minnesota te besoek.

Hierdie besoek het in besonder die

- Suid-Afrikaanse Aptekersraad van die nodige agtergrond voorsien om sekere wetlike veranderinge aan te bring ter bevordering van die implementering farmaseutiese sorg; en
- dit het my gehelp om die navorsingmetodiek van my PhD-studie af te rond.

Die titel van my proefskrif was:

*Managed pharmaceutical care: A South African perspective* (Lubbe, 2000)

In my proefskrif ondersoek ek die moontlikheid van die implementering van farmaseutiese sorg in gemeenskapsapteker in Suid-Afrika.

Die navorsingsprojek maak 'n besondere bydra tot die ontwikkeling van die professionele rol van die gemeenskapsapteker op beide nasionale en internasionale vlak. Verskeie



praktykgerigte uitdagings in verband met die implementering van farmaseutiese sorg is geïdentifiseer en waar moontlik aangespreek.

Vanaf 1995 het daar verskeie positiewe ontwikkelings plaasgevind met betrekking tot die implementering van farmaseutiese sorg in Suid-Afrika. Ek gaan in besonder fokus op die beleid en statutêre raamwerk wat geskep is

Beide die 1996-Nasionale Medisynebeleid van Suid-Afrika (Departement van Gesondheid, 1996) en die Suid-Afrikaanse Aptekersraad ondersteun in beginsel die implementering van Farmaseutiese Sorg. Soos gestel in die doelwitte van die Suid-Afrikaanse Aptekersraad het die Raad huidige 'n wetlike verantwoordelikheid om die implementering van Farmaseutiese Sorg in beide die privaat en openbare gesondheidstelsel te bevorder.

Die Suid-Afrikaanse apteker se verantwoordelikheid om farmaseutiese sorg te lewer word beklemtoon in die

- Handeling wat by uitstek by die omvang van die praktyk van die apteker tuishoort.
- Praktykbestek van die Apteker.
- Uittreevlakuitkomstes sowel as die Kritiese kruisveld-uitkomstes van die BPharm kurrikulum wat in 2013 in Farmasieskole geïmplementeer word.
- Pre-registrasie-dokument van die apteker-interns, en ook
- In die Goeie Apteekpraktyk-dokument van die Suid-Afrikaanse Aptekersraad.

Dit blyk uit die Goeie Apteekpraktyk-dokument dat die Aptekersraad ook verwys na die aanbod van beide pasiënt- en gemeenskapsgerigte farmaseutiese sorg. Die Aptekersraad het in 2010 reëls gepubliseer met betrekking tot die heffing van 'n professionele fooi vir verskeie professionele dienste in beide gemeenskap- en hospitaalapteke. Hierdie fooie is bedoel om die resepteerfooie aan te vul en die maandelikse kostes te dek met die lewering van professionele dienste soos kliniese farmasiedienste, siftingstoetse, ens. Daar is tans onsekerheid oor hoeveel aptekers wel 'n professionele fooi vra en hoeveel mediese fondse daarvoor betaal. Dit is seker een van die belangrikste stappe wat die SAAR geïnisieer het om die implementering van farmaseutiese sorg in die praktyksituasie moontlik te maak. Ek was ook bevoorreg om deel van hierdie proses te wees.

## **Nuwe BPharm-kurrikulum**

Volgens die uittreevlak uitkomstes van die nuwe BPharm-kurrikulum wat van 2013 in Farmasieskole in Suid-Afrika geïmplementeer gaan word, is daar verskeie van die uittreevlak-uitkomstes wat gerig is op pasiënt- en /of gemeenskapsgerigte farmaseutiese sorg. Al die Kritiese Kruisvelduitkomstes is van toepassing op beide pasiënt-gerigte, sowel as

gemeenskapgerigte farmaseutiese sorg. Dit is dus duidelik dat die Aptekersraad die raamwerk geskep het en dat dit van die individuele Farmasieskole afhang hoe doeltreffend hulle hierdie kurrikulum gaan implementeer.

### **Handelinge wat by uitstek by die praktyk van die apteker tuishoort**

Indien ons die handelinge wat by uitstek by die praktyk van die apteker tuishoort ondersoek, sal ons sien dat die lewering van farmaseutiese sorg een van die belangrikste funksie is wat die apteker moet uitvoer.

Volgens hierdie handeling moet die apteker die verantwoordelikheid aanvaar vir die pasiënt se medisyneverwante behoeftes en aanspreeklikheid aanvaar vir die bevrediging van hierdie behoeftes, wat die volgende funksies insluit, maar nie daartoe beperk is nie:

- (a) Die evaluering van 'n pasiënt se medisyne-verwante behoeftes.
- (b) Die reseptering van enige medisyne of geskeduleerde stof.
- (c) Die verskaffing van inligting en advies.
- (d) Die bepaling van 'n pasiënt se meewerkendheid met die terapie.
- (e) Die verskaffing van apteker-geïnisieerde terapie.

Hierdie is as 't ware 'n omskrywing van die begrip farmaseutiese sorg. Al die handelinge, ook die fisiese resepteringsaksie, wentel om die pasiënt. Die derde aktiwiteit, naamlik die verskaffing van inligting sluit egter ook ander persone, soos ander lede van die gesondheidsprofessies, in.

Hierdie is rigtinggewende veranderinge in die aptekerspraktyk vergeleke met die vroeër-voorgeskrewe handelinge, waar die woord "pasiënt" nêrens voorgekom het nie en waar die klem grotendeels op die produk, die medisyne, geval het.

### **Praktykbestek van die apteker**

Indien al die handelinge wat aangetoon word in die praktykbestek van die apteker bestudeer word, is dit baie duidelik dat daar spesifieke handelinge is wat verband hou met

- pasiëntgerigte farmaseutiese sorg soos; en
- gemeenskapgerigte farmaseutiese sorg.

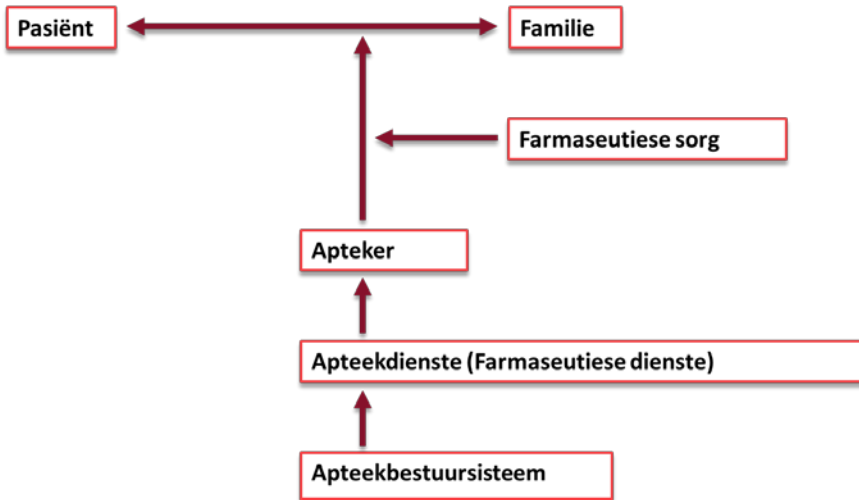
Dit is dus duidelik dat die Suid-Afrikaanse Aptekersraad 'n leiersrol vervul in die bevordering en implementering van die beginsels van farmaseutiese sorg en daardeur vir aptekers die omgewing skep om die uitdaging te aanvaar.

## 4. ONDERLINGE VERBAND TUSSEN FARMASEUTIESE SORG EN ANDER DIENSTE

Om die implementering van farmaseutiese sorgpraktyk in die Suid-Afrikaanse konteks reg te verstaan, is dit noodsaaklik om die onderlinge verband tussen pasiënt-gebaseerde farmaseutiese sorg en ander dienste of handeling van die apteker te verstaan .

### 4.1 Farmaseutiese dienste

Die eerste diens waarna ons gaan verwys is die verband tussen farmaseutiese sorg en farmaseutiese dienste. Farmaseutiese dienste sluit in alle apteekdienste wat die apteker mag benodig om farmaseutiese sorg te lewer. Waar farmaseutiese sorg die skakeling tussen die apteker en die pasiënt is, voorsien farmaseutiese dienste die nodig ondersteuning aan die apteker om farmaseutiese sorg te lewer. Die apteekbestuursisteem verseker dat die nodige hulpbronne beskikbaar is om die apteker te ondersteun om farmaseutiese sorg te lewer (Strand *et al.*, 1991: 547).



(Strand *et al.*, 1991:547)

Figuur 5 Verband tussen farmaseutiese dienste en farmaseutiese sorg

### 4.2 Professionele dienste

Professionele dienste word tans gedefinieer as daardie dienste waarvoor 'n apteker 'n professionele fooi mag vra. Enkele voorbeelde word aangetoon in Figuur 6

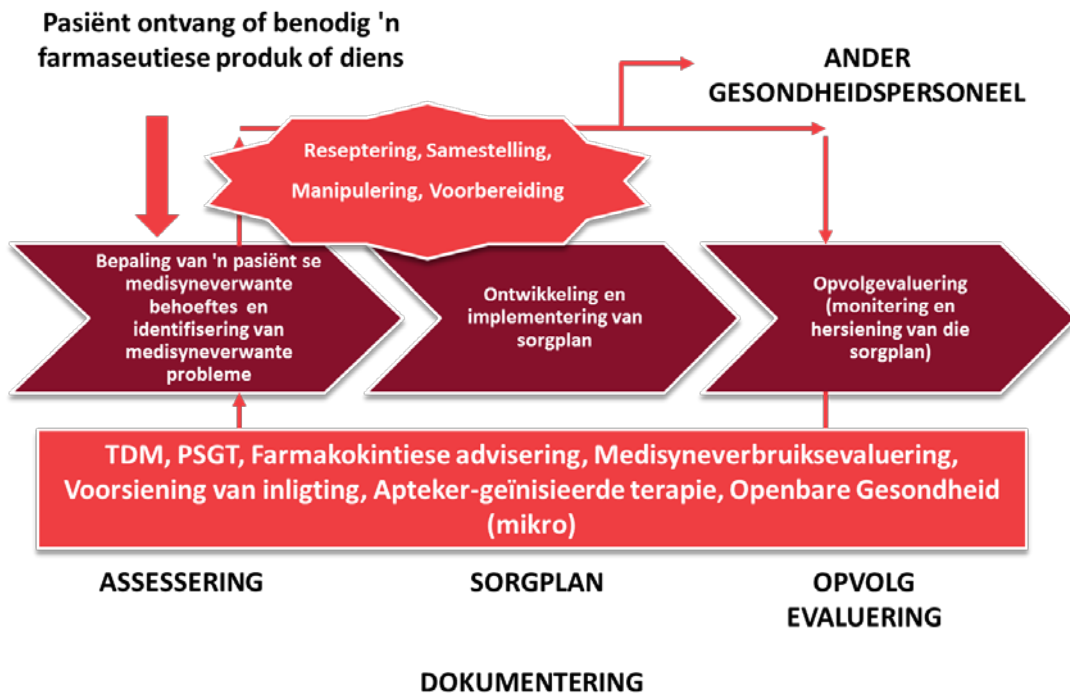


**Figuur 6 Farmaseutiese dienste en professionele dienste**

Al hierdie professionele dienste word tydens die pasiëntsorgproses gebruik as intervensies om aan 'n spesifieke pasiënt se medisyneverwante behoeftes te voldoen.

Professionele dienste kan verrig word tydens die

- aanvanklike assesseringstadium van die pasiënt se medisyneverwante behoeftes;
- ontwikkelings- en implementeringstadium van die sorgplan om seker te maak dat die verwagte uitkomst met die terapie verkry gaan word; sowel as
- tydens die opvolg-evalueringstadium (verwys na Figuur 7).



**Figuur 7 Verband tussen farmaseutiese sorg en professionele dienste**

### **4.3 Artikel 22a (15)-permithouers**

Aptekers wat tans bekend staan as Artikel 22a (15)-permithouers is aptekers wat, nadat hulle die voorgeskrewe kwalifikasie suksesvol voltooi het en die nodige permit by die Departement van Gesondheid ontvang het, in staat is om sekere siektetoestande by 'n pasiënt te diagnoseer en bykomend tot Skedule 1- en 2-medisyn ook sekere gespesifiseerde Skedule 3- en 4-medisyn te kan voorskryf.

Artikel 22a (15)-permithouers is betrokke by die totale pasiëntsorgproses, vanaf die assesseringstadium tot en met die opvolg-evalueringstadium. Die toekomstig gemagtigde aptekervoorskrywer gaan op dieselfde wyse betrokke wees by die pasiëntsorgproses as die Artikel 22a (15)-permithouers.

### **4.4 Toekomstige spesialiste**

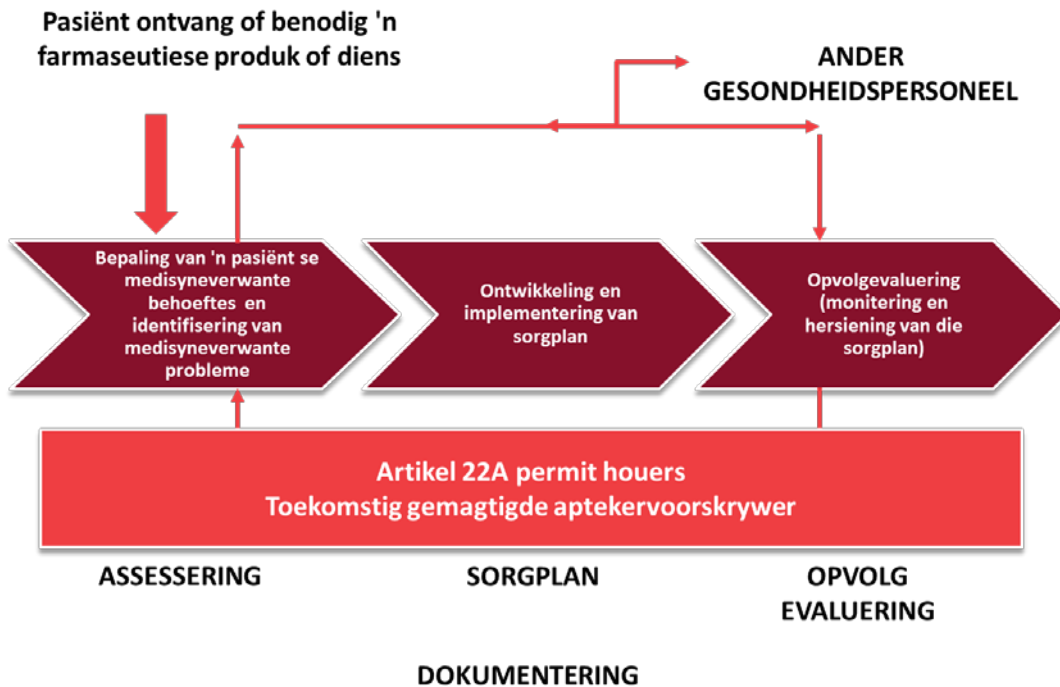
In die praktyk van die apteker, soos in alle gesondheidspraktyke, is spesialisering van uiterste belang vir optimale pasiëntsorg. Daar is huidig twee spesialiteitsrigtings geregistreer by die SAAR, naamlik:

- Radiofarmasie
- Kliniese Farmakokinetika

Die afgelope aantal jare is die SAAR besig om nog drie bykomende spesialiteitsrigtings te ontwikkel, naamlik

- Industriële farmasie
- Kliniese Farmasie
- Apteker wat spesialiseer in bestuur en openbare gesondheid

Veral die spesialisareas Kliniese Farmakokinetika, Kliniese Farmasie en die apteker wat spesialiseer in bestuur en openbare gesondheid sal besondere bydraes kan lewer tot die bevordering van farmaseutiese sorg op beide pasiënt- en gemeenskapsgerigte vlak.

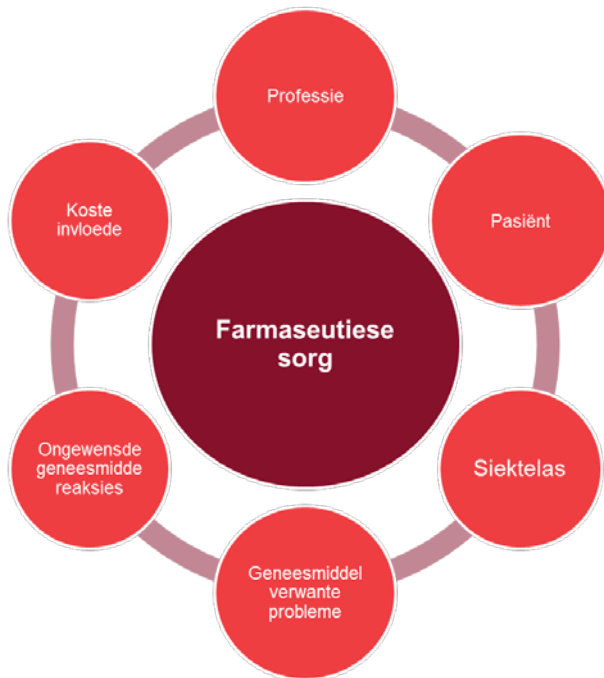


**Figuur 8 Verband tussen farmaseutiese sorg en die aktiwiteite van Artikel -22a(15)-permithouers en toekomstige gemagtigde aptekervoorskrwyer**

Dit is duidelik dat die statutêre en beleidraamwerk 'n belangrike ondersteuningsbasis skep vir die lewering van farmaseutiese sorg in Suid-Afrika. Daar is huidig verskeie faktore wat as motivering dien vir die lewering van farmaseutiese sorg.

## 5. HUIDIGE MOTIVERINGS VIR DIE LEWERING VAN FARMASEUTIESE SORG.

Daar is verskeie redes wat as motivering kan dien vir bevordering van farmaseutiese sorg as praktykfilosofie vir aptekers in Suid-Afrika. Dit sluit onder andere in motiverings wat verband hou met die profesie, pasiënt, toename in die siektelas, die hoë voorkoms van medisyneverwante probleme en ongewenste geneesmiddelreaksies en die koste verbonde aan die medisyneverwante probleme en ongewenste geneesmiddelreaksies (Figuur 9).



**Figuur 9 Motiverings vir die lewering van farmaseutiese sorg**

### 5.1 Profesie-verwante faktore

Die aanvaarding van Farmaseutiese sorg as praktykfilosofie voorsien 'n praktykmodel met duidelike gedefinieerde rolle aan aptekers om hulself te handhaaf tussen ander gesondheidsprofesies. Dit verbeter die professionele beeld van die apteker en die aanvaarding van die apteker deur die pasiënt.

Farmaseutiese sorg is fundamenteel tot die Aptekersprofesie se doel om te verseker dat die pasiënt die beste waarde uit sy medisyne kry. Farmaseutiese sorg is 'n samebindende begrip. Dit kan deur alle aptekers in alle praktykomgewings toegepas word.

## 5.2 Pasiënt-verwante faktore

Farmaseutiese sorg is belangrik vir die gemeenskap omrede dat pasiënte lankal nie meer slegs passiewe deelnemers is aan besluite wat deur gesondheidspersoneel gemaak word rakende hulle geneesmiddel terapie nie, maar aktiewe verbruikers van aptekers se dienste is, en dus sekere verwagtinge het. Die gemeenskap het ook 'n toenemende belangstelling in hulle eie gesondheid en verlang dus meer toegang tot gesondheid- en mediese inligting. Aptekers is in 'n unieke posisie om aan hierdie behoeftes te voldoen en moet poog om hierdie gerespekteerde status te behou deur die toepassing van farmaseutiese sorgbeginsels.

## 5.3 Siektelas

Suid-Afrika word gekonfronteer deur vier duidelike gesondheidsprobleme waarna daar in die Lancet-verslag verwys word as die vierledige siektelas (Mayosi *et al.*, 2009:934). Hierdie siektetoestande sluit in MIV/VIGS en TB, moeder, baba en kind mortaliteit, beserings en geweld, nie-oordraagbare siektetoestande, soos onder andere chroniese siektetoestande.

Die siektelas kan in SA bepaal word deur die voorkoms van chroniese siektetoestande en die kompleksiteit daarvan (McLeod, 2009). Daar word ook bereken dat Suid-Afrika 'n groter wordende siektelas sal ervaar, bloot as gevolg van die bevolkingsgroei, die veroudering van die bevolking en die erns van die siektetoestande en die kompleksiteit.

## 5.4 Voorkoms van medisyne-verwante probleme

Ontoepaslike voorskryf en gebruik van medisyne is algemeen in beide ontwikkelde en ontwikkelende lande wêreldwyd. (Hogerzeil, 1995:1; Holloway, 2000:9). Volgens die Wêreld-Gesondheidsorganisasie word meer as 50% van alle medisyne ontoepaslik voorgeskryf, geresepteer en verkoop, terwyl nog 'n verdere 50% van pasiënte nie hulle medisyne korrek gebruik nie. Een uit twaalf medisyne word ontoepaslik vir bejaardes voorgeskryf. (Goulding, 2004). Volgens 'n vorige Direkteur-Generaal van die Wêreld-Gesondheidsorganisasie, Dr Brundland (1999), word 75% van antibiotika ontoepaslik voorgeskryf, ook in akademiese hospitale in ontwikkelende lande. Verskeie studies toon aan dat pasiëntmeewerkendheid met chroniese medisyne so laag soos 50% kan wees (Sabaté, 2003; Haynes *et al.*, 1979; DiMatteo; 2004).



## 5.5 Voorkoms van ongewenste geneesmiddelreaksies

Ongewenste geneesmiddelreaksies dra betekenisvol by tot morbiditeit en mortaliteit en word beskou as een van die top 10 oorsake van dood in die Verenigde State van Amerika (White *et al.*, 1999:445; Lazarou *et al.*, 1998;120). Ongewenste geneesmiddelreaksies (ADRs) is verantwoordelik vir tussen 3.2 en 7% van akute hospitaaltoelatings (Pouyanne *et al.*, 2000:1036; Wasserfallen *et al.*, 2001); ongeveer 17% van hospitaaltoelatings vir pasiënte ouer as 70 jaar (Cruikshank, 2003:53). Hierdie ongewenste geneesmiddelreaksies kan die duur van hospitalisasie verleng (Classen *et al.*, 1997) en ook 'n verhoging in hospitalisasiekostes meebring (Su *et al.*, 2000).

## 5.6 Koste-invloed

Die laaste faktor waarna ons gaan kyk is die koste-implikasies van ontoepaslike medisyne gebruik. Ongelukkig is die koste geassosieer met ontoepaslike medisyne gebruik deur pasiënte in Suid-Afrika nog nie ten volle geïdentifiseer nie. Johnson en Bootman (1995:1949) het bereken dit kos die Verenigde State jaarliks \$76.6 biljoen vir medisyneverwante morbiditeit en mortaliteit van pasiënte wat nie in hospitale opgeneem is nie. Die grootste gedeelte hiervan is vir medisyneverwante hospitalisasie. In 'n latere verslag deur dieselfde navorsers is gevind dat ongeveer 60% van die \$76.6 biljoen voorkom kon gewees het indien aptekers ingegryp en die medisyneverwante probleme aangespreek het.

Dit is dus duidelik dat daar verskeie faktore is wat dit noodsaaklik maak dat aptekers deur middel van farmaseutiese sorg betrokke raak by die voorkoming en hantering van medisyneverwante probleme.

Hoewel die behoefte aan farmaseutiese sorg noodwendig gaan varieer van pasiënt tot pasiënt en van een kliniese situasie tot die ander, gaan die voorsiening van farmaseutiese sorg op beide die individuele pasiëntsorg en gemeenskapsvlak verskeie belangrike probleme in ons land se gesondheidsstelsel doeltreffend aanspreek.

Daar is huidig 'n paar uitdagings wat toekomstige lewering van farmaseutiese sorg in Suid-Afrika kan beïnvloed

## 6. SPESIFIEKE UITDAGINGS VIR DIE LEWERING VAN FARMASEUTIESE SORG

Een van die regering se belangrikste doelwitte gestel in die Medium-Termyn Strategiese Raamwerk (MRSF) vir 2009-2014 (Departement van Handel en Nywerheid, 2011) is die verbetering van die gesondheidsprofiel van alle Suid-Afrikane. Hierdie doelwit word verfynd

in die 10-Puntplan van die Gesondheidsektor vir 2009-2014 (Departement van Gesondheid, 2009) met die hoofdoel om 'n goed funksionerende gesondheidsstelsel daar te stel.

In dié plan word daar gefokus op 10 prioriteite waarvan die volgende drie in die toekoms 'n belangrike invloed gaan hê op die praktyk van die apteker:

- Implementering van die Nasionale Gesondheidsversekeringsplan.
- Die verbetering van die kwaliteit van gesondheidsdienste.
- Die hersiening van die Medisynebeleid.

Ek verwys ook kortliks na hierdie drie aspekte en hul invloed op die praktyk van die apteker en die implementering van farmaseutiese sorg.

Verder gaan ek kyk na die

- herontwerp van primêre gesondheidsorg in Suid-Afrika;
- menslike hulpbronbehoefte in Aptekerswese;
- die Verbruikersbeskermingswet (68 van 2008) se invloed op die lewering van farmaseutiese sorg; en
- farmasiepraktyknavorsing.

## **6.1 Implementering van die Nasionale Gesondheidsversekeringsplan**

Die belangrikste beleid wat in die toekoms die posisie van die apteker in die gesondheidstelsel en sy rol in die lewering van farmaseutiese sorg gaan bepaal, is die beplande Nasionale gesondheidsversekeringsplan waarvan die konsep-Groenskrif alreeds gepubliseer is (Departement van Gesondheid, 2011a). Hoewel dit slegs 'n konsep is, gee dit tog 'n beeld van die algemene beginsels wat tydens die implementering in 2025 gevolg gaan word.

Vir die doeleindes van hierdie bespreking wil ek net na een enkele leemte in die Groenskrif verwys, naamlik die feit dat daar nêrens na die rol van die apteker verwys word nie. Nie in die Nasionale Versekeringsplan, in die medisynevoorsieningsstelsel of in die kliniese bestuur as deel van die Distrikgesondheidsaanslagstruktuur se verantwoordelikheid in 'n distrik nie.

Hoewel daar in verskeie voordragte deur woordvoerders van die Departement van Gesondheid, o.a. Dr Anban Pillay, verwys word na die apteker se rol by die lewering van openbare gesondheid op beide die mikro- en makrovlak, is daar op hierdie stadium geen duidelikheid oor die presiese rol van die apteker nie.

## 6.2 Verbetering van die kwaliteit van gesondheidsorgdienste

Daar is deurlopende pogings aan die gang om gesondheidsorgfasiliteite voor te berei vir die implementering van die Nasionale gesondheidsversekeringsplan. Die verbetering van die kwaliteit van gesondheidsorg is die sentrale doel van die Departement van Gesondheid se inisiatief met die ontwikkeling van die Nasionale Kernstandaarde vir Gesondheidsinstellings in Suid-Afrika. Hierdie Kernstandaarde het ook 'n invloed op die lewering van farmaseutiese dienste in beide die openbare en private gesondheidstelsel en ook in alle vlakke van sorg (Departement van Gesondheid, 2011b).

Daar is sewe domeine in die Nasionale Kernstandaarde geïdentifiseer waarvan die eerste vier, naamlik pasiëntregte en -veiligheid, kliniese bestuur en -sorg, kliniese ondersteuningsdienste en openbare gesondheid fokus op die kernbesigheid van die gesondheidsstelsel, naamlik die lewering van kwaliteit-gesondheidsorg aan gebruikers en aan pasiënte (Departement van Gesondheid, 2011b).

### Sewe domeine van die Nasionale Kernstandaarde



### Figuur Sewe domeine van die Nasionale Kernstandaarde

Hierdie Nasionale Kernstandaarde is besonder waardevol vir die apteker en vir opleidingsinstansies (Bradley *et al.*, 2011:42):

- Dit dien as hulpmiddel om leemtes te identifiseer, en regstellende aksies te implementeer om die doeltreffendheid te verbeter.
- Dit verskaf riglyne en instrumente vir die evaluering van praktyke volgens 'n standaardmetode.

- Dit verbeter doeltreffendheid.
- Dit ondersteun praktykgerigte navorsing deur leemtes in die huidige gesondheidstelsel te identifiseer.
- Dit bemagtig aptekers.
- Dit fasiliteer die voldoening aan wetlike vereistes.
- Dit help Farmasieskole om belangrike praktykvereistes te identifiseer.

### **6.3 Hersiening van die 1996-Medisynebeleid**

Daar is huidig 'n dringende behoefte dat die 1996-Medisynebeleid van Suid-Afrika (Departement van Gesondheid, 1996) hersien moet word. Die Departement van Gesondheid (2009) het die hersiening van die Medisynebeleid as een van die prioriteite gestel in die 10-Puntplan vir Gesondheid vir 2009-2014.

Hoewel werklike sigbare pogings om die beleid te hersien nog nie openbaar gemaak is nie, is daar wel aandag gegee aan aspekte van Medisyneverkryging in die openbare gesondheidstelsel.

Hersiening van die Nasionale Medisynebeleid is besonder belangrik in die lig van ontwikkelings met betrekking tot die Gemagtigde Aptekervoorskrywer. Die 1996-Medisynebeleid onderskei spesifiek tussen die voorskryf en die resepteerfunksie; en daar word duidelik beklemtoon dat toestemming tot voorskrywing op primêre gesondheidsorgvlak gebaseer sal wees op vaardigheid en nie op grond van die beroep nie. Die 1996-Medisynebeleid het ook spesifiek verwys na die prioriteit-opleidingsbehoefte van die apteker waarvan farmaseutiese sorg as 'n prioriteit uitgewys is.

Dit is nie duidelik wat die rol van die apteker gaan wees in die nuwe medisynebeleid nie en of die beleid enigsins gaan verwys na die lewering van farmaseutiese sorg en die rol van die apteker daarin nie.

### **6.4 Herontwerp van primêre gesondheidsorg**

'n Belangrike strategiese beleidsdokument wat ontwikkel het uit die 10-Puntplan van die Departement van Gesondheid is die Herontwerpte strategie vir Primêre gesondheidsorg (Naledi *et al.*, 2011:24).

Die hooffokus van die strategie is om:

- Distrikgesondheidsorgdienste te versterk deur basiese dienste te verbeter.
- Die fokus meer te plaas op bevolkingsgebaseerde sorg en uitkomst.

- Die fokus meer op gesondheid te plaas met die hoofsaaklike doel die vermindering van mortaliteit en morbiditeit as gevolg van die belangrikste siektetoestande.
- Die ontwikkeling van goed ondersteunende primêre gesondheidsorgspanne wat ook gemeenskapsgesondheidswerkers insluit (Naledi *et al.*, 2011:24).

In die hele strategiese dokument word daar slegs verwys na die rol wat die na-basiese aptekerassistent speel met betrekking tot die reseptering van medisyne en voorsiening van inligting onder die indirekte toesig van 'n apteker.

As ons na die fokuspunte van die sisteem kyk, blyk daar vele geleenthede vir aptekers te wees om deur middel van pasiënt- sowel as gemeenskapsgerigte farmaseutiese sorg 'n besondere bydrae te kan lewer om die uitkomst van primêre gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika te kan verbeter.

## **6.5 Menslike hulpbronne**

Die voorsiening van farmaseutiese sorg vereis 'n doeltreffende arbeidsmag bestaande uit toepaslik opgeleide aptekers en apteekondersteuningspersoneel.

Die Aptekersprofessie word tans gekonfronteer met verskeie uitdagings rakende die produksie en behoud van toepaslik opgeleide aptekers en apteekondersteuningspersoneel, veral in die openbare gesondheidstelsel (George *et al.*, 2009; Departement van Gesondheid, 2011c). Verder is daar ook 'n wanverspeiding van aptekers. Die Suid-Afrikaanse Aptekersraad het gevind dat die verhouding tussen die aantal aptekers en die populasie deurgaans die laagste is in ekonomies-benadeelde provinsies.

Daar word verder ook bereken dat die behoefte aan gesondheidswerkers dramaties gaan verhoog met die implementering van die Nasionale Gesondheidsversekeringsplan.

Hierdie besondere behoeftes gaan in die toekoms spesifieke uitdagings stel aan Farmasieskole ten opsigte van infrastruktuur, laboratoriums, en menslike en finansiële hulpbronne.

## **6.6 Verbruikerbeskermingswet (68 van 2008)**

Die nuwe Verbruikerbeskermingswet (68 van 2008) plaas 'n belangrike verantwoordelikheid op die apteker en ander gesondheidsberoepes. Die bedoeling van die Verbruikerbeskermingswet is *"to promote a fair, accessible and sustainable marketplace for consumer products and services ... and establish national norms and standards"*. Medisyne en mediese toebehore word ingesluit by hierdie wetgewing, tensy dit spesifiek uitgesluit is. Gesondheid voorsieners soos geneeshere en aptekers kan verantwoordelik gehou word indien 'n pasiënt 'n ongewenste effek van 'n medisyne ervaar wat deur hom of haar voorgeskryf of geresepteer is.

Die vervaardiger of die invoerder kan egter ook medeverantwoordelik of alleen verantwoordelik daarvoor gehou word.

Dit is belangrike wetgewing wat deur elke apteker in gedagte gehou moet word tydens die lewering van farmaseutiese sorg.

## **6.7 Farmasiepraktyknavorsing**

Die fokusverandering van die apteker na meer pasiënt- en gemeenskapsgerigte farmaseutiese sorg bied ook besondere geleentheid vir Farmasiepraktyknavorsing in Suid-Afrika. Aangesien beide pasiënt- en gemeenskapsgerigte farmaseutiese sorg uitkomsgerig is, moet daar in die toekoms meer gebruik gemaak word van uitkomsgerigte navorsingstegnieke om die doeltreffendheid van die apteker se ingryping te evalueer op ekonomiese, humanitêre; en op kliniese vlak.

Resultate van uitkomsgerigte navorsing kan dus gebruik word om sistematies farmaseutiese sorgprosesse te verbeter.

Om hierdie doelwit te bereik is beter samewerking tussen universiteite, statutêre rade, professionele verenigings en die Departement van Gesondheid op beide nasionale en provinsiale vlak nodig.

Ten slotte wil ek dit beklemtoon dat ons Professie, in die lig van die toekomstige gesondheidsversekeringplan, nou die geleentheid het om 'n leierskaprol te vervul ten opsigte van die verbetering van medisyne gebruik in Suid-Afrika deur die verantwoordelikheid te aanvaar vir die lewering van beide pasiënt- en gemeenskapgerigte farmaseutiese sorg, om sodoende medisyne-uitkomst te optimaliseer tot voordeel van elke pasiënt en die gemeenskap as geheel.

Moenie dat hierdie geleentheid by ons verby gaan nie!

## VERWYSINGS

- Abramowitz, P.W. 2009. The evaluation and metamorphosis of the pharmacy practice model. *American journal of health-system pharmacy*, 66:1437-1446.
- Bradley, H., Putter, S. & Johnson, Y., Von Zeil, M. 2011. Improving the quality of pharmaceutical services. *South African pharmaceutical journal*, 78(4):42-44.
- Brodie, D.C., Parish, P.A. & Poston, J.W. 1980. Societal needs for drugs and drug-related services. *American journal of pharmaceutical education*, 44:276-278.
- Brundtland, G. H. 1999. Keynote address. Ninth international conference on drug regulatory authorities (ICDRA). Geneva: World Health Organisation.
- Cipolle, R.J. 1986. Drugs don't have doses .....people have doses. *Drug intelligence and clinical pharmacy*, 20:881-882.
- Cipolle, R.J., Strand, L.M. & Morley, P.C. 1998. Pharmaceutical care practice. New York: McGraw-Hill Health Professions Division.
- Classen, D.C., Pestotnik, S.L., Evans, R.S., Lloyd, J.F. & Burke, J.P. 1997. Adverse drug events in hospitalised patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *Journal of the American Medical Association*, 277:301-306.
- Cruikshank, M. 2003. Learning to be old: gender, culture, and aging. Lanham, Md: Rowman & Littlefield Publishers. 244 p.
- Departement van Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling sien Suid-Afrika. Departement van Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling.
- Departement van Handel en Nywerheid sien Suid-Afrika. Departement van Handel en Nywerheid.
- DiMatteo, M.R. 2004. Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical care*, 42:200-209.
- Dreyer, A.C. 1994. Pharmacotherapy in practice. *South African pharmaceutical journal*, 61: 188.

- Goulding, M.R. 2004. Inappropriate medication prescribing for elderly ambulatory care patients. *Archives of Internal Medicine*, 164:305-312.
- Griesel, M.S. 1988. Medisynegebruik deur lede van die Potchefstroomse Diens- en Dagsorgsentrum vir Bejaardes. Potchefstroom : NWU (MPharm – verhandeling)
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sacjett, D.L. 1979. Compliance in health care. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Hepler, C.D. 1987. The third wave in pharmaceutical education and clinical movement. *American journal of pharmaceutical education*, 51:369-385.
- Hepler, C.D. & Strand, L.M. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American journal of hospital pharmacy*, 47:533-543
- Hogerzeil, H.V. 1995. Promoting rational prescribing: an international perspective. *British Journal of clinical pharmacology*, 39(1):1-6.
- Holland, R.W. & Nimmo, C.M. 1999. Transitions in pharmacy practice. Part 1. Beyond pharmaceutical care. *American journal of health-system pharmacy*, 56:1758-1764.
- Holloway, K. 2000. Who contributes to misuse of antimicrobials? *Essential drugs monitor*, 9: 28-29.
- International Pharmaceutical Federation. 1998. FIP statement of professional standards: Pharmaceutical care. *International pharmacy journal*, 12:138.
- Johnson, J.A. & Bootman, J.L. 1995. Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. *Archives of internal medicine*. 155:1949-1956.
- Johnson, J.A. & Bootman, J.L. 1997. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *American journal of health-system pharmacy*, 54:554-558.
- Lazarou, J., Pomeranz, B.H., Corey, P.N. 1998. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. A meta-analysis of prospective studies. *Journal of the American Medical Association*, 279(15):120-125.
- Lubbe, M.S. 2000. Managed pharmaceutical care: A South African perspective. Potchefstroom: NWU. (Proefskrif – PhD).



McLeod, H. 2009. The impact of chronic diseases on a future NHI. Pretoria: IMSA :

Mikeal, R.L., Brown, T.P., Lazarus, H.L. & Vinson, M.C. 1975. Quality of pharmaceutical care in hospital. *American journal of hospital pharmacy*, 32:567-574.

Naledi, T, Barron, P., Schneider, H. 2011. Primary health care in SA since 1996 and implications of the new vision of PHC re-engineering. (In Padarath, A., Enslin, R., eds. South African Health Review, Durban: Health System Trust).

Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Green, C., Scott, A.K., Walley, K.F., Park, B.K. & Breckenridge, A.M. 2004. Adverse drug reactions as a cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *British medical journal*, 329:15-19, 3 Jul.

SA see Suid-Afrika.

Sabaté, E. 2003 Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: Wêreld Gesondheid Organisasie.

Strand, L.M., Cipolle, R.J.& Morley, P.C. 1992. Pharmaceutical care: an introduction. Current concepts. Kalamazoo, MI: The Upjohn Company.

Strand, L.M., Cipolle, R.J., Morley, P.C. & Perrier, D.G. 1991. Levels of pharmaceutical care: a needs-based approach. *American journal of hospital pharmacy*, 48:547-550.

Suid-Afrika. 1965. Medicines and Related Substances Control Act, No. 101 of 1965, as amended. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1967. Medical Schemes Act, No. 72 of 1967. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1974. Pharmacy Act, No. 53 of 1974, as amended. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 2008. Consumer Protection Act., No. 68 van 2008. Pretoria : Staatsdrukker.

Suid-Afrika. Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling. 1990. The role and place of the pharmacist in health services in the RSA. Departement van Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling. Pretoria.

Suid-Afrika. Departement van Gesondheid. 1996. National Drug Policy. Pretoria: Staatsdrukker

Suid-Afrika. Departement van Gesondheid. 2009. Department of Health – Strategic Plan 2009/10 – 2011/12. Pretoria: Departement van Gesondheid

Suid-Afrika. Departement van Gesondheid. 2011a. National Health Insurance in South Africa. Policy Paper. (Government notice No. R. 657, 2011) *Government Gazette*, 34523, Aug 12.

Suid-Afrika. Departement van Gesondheid. 2011b. National core standards of health establishments in South Africa. Pretoria: Departement van Gesondheid.

Suid-Afrika. Departement van Gesondheid. 2011c. Human resources for health. South Africa 2030. Draft HR Strategy for the health sector: 2012/2013 – 2016/2017. Departement van Gesondheid: Pretoria.

Suid-Afrika. Departement van Handel en Nywerheid. 2011. The Dti Medium-Term strategic plan 2011-2014. Departement van Handel en Nywerheid: Pretoria.

Suid-Afrika. 2011. Scope of practice and qualifications for authorised pharmacist prescriber. (Government notice No. R. 34428, 2011) *Government Gazette*, 553, Jul 1. (Regulation Gazette No. 3770.).

Suid-Afrika. Kommissie van ondersoek na Gesondheidsdienste. 1986. Pretoria: Staatsdrukker. 46 p. (RP 63/1986.) (Browne Kommissie)

Suid-Afrika. Kommissie van ondersoek na die Farmaseutiese industrie. 1978. Pretoria: Staatsdrukker. (RP 38/1978.) (Steenkamp Kommissie).

Suid-Afrikaanse Aptekersraad. 1994. Historical developments in primary care drug therapy (PCDT). *Pharmaciae*, 15.

Suh, D.C., Woodall, B.S., Shin, S.K. & Hermes-De Santis, E.R. 2000. Clinical and economic impact of adverse drug reactions in hospitalised patients. *Annals of pharmacotherapy*, 34:1373-1379.

Tomechko, M.A., Morley, P.C. & Strand, L.M. 1996. Comprehensive pharmaceutical care. An overview of an evolving practice model. *Journal of pharmacy teaching*. 5(1/2):73-84.

Tomechko, M.A., Strand, L.M., Morley, P.C. & Cipolle, R.J. 1995. Q and A from the pharmaceutical care project in Minnesota. *American pharmacy*, N535(4):30-39.

Van Niekerk, C.M. 1995. Focus on patients' rights, self-care, education. *Pharmaciae*: 13, April – Julie

Wasserfallen, J., Livio, F., Buclin, T., Tillet, L., Yersin, B. & Biollaz, J. 2001. Rate, type and cost of adverse drug reactions in emergency department admissions. *European journal of Internal medicine*, 12:442-447.

Wêreld Gesondheid Organisasie. 1988. The role of the pharmacist in the health care system. WHO/PHARM/94.569. New Delhi, India, 13-16 December 1988.

Wêreld Gesondheid Organisasie (WGO). 1993. World Health Organization: second meeting on the role of the pharmacist: quality pharmaceutical services - benefits for governments and the public. WHO/Pharm/94.569. Tokyo, Japan, 31 Augustus - 3 September 1993.

Wêreld Gesondheid Organisasie. 1997. The role of the pharmacist in the health care system. WHO/PHARM/97/599. Vancouver, Canada, 27-29 Augustus 1997.

Wêreld Gesondheid Organisasie. 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization, soos aangepas deur die Internasionale Gesondheid konferensie, New York, 19-22 Junie, 1946. Geteken op 22 Julie 1946 in die teenwoordigheid van 61 State (Amptelike rekord van die Wêreld Gesondheid Organisasie, No. 2, p. 100).

White, T.J., Araekelian, A., Rho, J.P. 1999. Counting the cost of drug related adverse events. *Pharmacoeconomics*, 15(5):445-458.

Zellmer, W.A. 2010. Pharmacy future: Transformation, diffusion and imagination. *American journal of health-system pharmacy*, 67:1199-1204.