

## 67. ŚWIATOWY KONGRES FARMACJI I NAUK FARMACEUTYCZNYCH

*dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI*

W dniach od 31 sierpnia do 6 września 2007 r. odbył się w stolicy Chin, Pekinie LXVII Światowy Kongres Farmacji i Nauk Farmaceutycznych Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP), który zgromadził rekordową liczbę ponad 3000 uczestników. Wzięły w nim udział, niestety, tylko 4 osoby z Polski: prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego prof. dr **Janusz Pluta** wraz z małżonką (która jest farmaceutką), prof. dr **Krystyna Olczyk**, również reprezentująca PTFarm, oraz piszący niniejsze sprawozdanie, jako przedstawiciel Naczelnej Izby Aptekarskiej.

### UROCZYSTOŚĆ OTWARCIA KONGRESU

Uroczystość otwarcia kongresu miała miejsce w Hali Ludowej na Placu Tiananmen, a udział

w niej wzięli m.in. przedstawiciele władz państwowych Chińskiej Republiki Ludowej z panią **Wu Yi** – wicepremierem Rady Krajowej na czele. Prezes FIP, prof. dr **Kamal Midha**, w swoim wystąpieniu programowym dokonał podsumowania pierwszego roku swojej prezesury i przedstawił wizję przyszłej działalności FIP. Tekst tego wystąpienia publikujemy oddzielnie.

Stałym elementem uroczystości otwarcia Kongresów FIP jest wręczenie nagród federacji szczególnie zasłużonym farmaceutom z całego świata, nadawanych przez Komisję Nauk Farmaceutycznych i Komisję Praktyki Farmaceutycznej FIP. W 2007 r. Komisja Nauk Farmaceutycznych uhonorowała Medalem Hřst-Madsena dr. **Patricka Couvrea** z Francji. Medal ten jest najwyższym wyróż-

nieniem naukowym federacji, które jest nadawane co dwa lata najwybitniejszym naukowcom farmaceutycznym, ufundowanym przez Duńskie Stowarzyszenie Aptekarzy dla uczczenia pamięci nieżyjącego już prezesa FIP, dr. Hřst-Madsena. Z kolei Komisja Praktyki Farmaceutycznej przyznała dwie nagrody w uznaniu wybitnych indywidualnych osiągnięć w praktyce farmaceutycznej: pani **Jane Nicholson** z Wielkiej Brytanii została wyróżniona dyplomem *The Distinguished Practice Award* za wieloletni wkład i entuzjazm we wdrażaniu nowych dziedzin praktyki farmaceutycznej w Wielkiej Brytanii oraz na całym świecie, natomiast prof. dr **Zoltan Vincze** z Węgier (nb. członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego) otrzymał dyplom *Lifetime*

► *Achievement Award for Pharmaceutical Practice* w uznaniu wieloletniego poświęcenia się sprawom związanym z postępowaniem i doskonaleniem praktyki farmaceutycznej oraz działań przyczyniających się do zwiększenia społecznego prestiżu zawodu farmaceuty. Ponadto kilka osób zostało wyróżnionych zaszczytnym tytułem Członka FIP (*FIP Fellow*).

Uroczystość otwarcia kongresu zakończyła część artystyczna, w czasie której Chińczycy gospodarze zaprezentowali w wielkim skrócie bogaty folklor Państwa Środka.

### PROGRAM NAUKOWY KONGRESU

Program kongresu w Pekinie, podporządkowany głównemu tematowi *Od anegdoty do dowodów: jak farmaceuci pomagają pacjentom wykorzystywać jak najlepiej leki*, był najbogatszy ze wszystkich dotychczasowych kongresów i obejmował 32 akredytowane sesje obejmujące szeroki zakres specjalistycznych tematów przygotowane przez Komisję Nauk Farmaceutycznych i Komisję Praktyki Farmaceutycznej oraz również przez poszczególne sekcje tematyczne FIP. Sesje te uzupełniały liczne warsztaty robocze, sesje satelitarne oraz dyskusje okrągłego stołu dotyczące kształcenia farmaceutycznego i wpływu farmaceutów na społeczeństwo. Wiele tych sesji pozwalało na uzyskanie punktów w ramach ciągłego szkolenia, po potwierdzeniu uczestnictwa w nich przez American Society of Health-System Pharmacists.

Sesje kongresowe cieszyły się bardzo dużą frekwencją i uczest-

nicy kongresu szczerze wypełniali sale, w których się odbywały, by skorzystać z możliwości udziału w dyskusjach na temat technicznych, naukowych i opartych na dowodach źródeł informacji o lekach, ciągłego szkolenia i rozwoju zawodowego, bezpieczeństwa leków i ich fałszowania – by wymienić tylko kilka z tych tematów. Dużym zainteresowaniem cieszyły się też przeprowadzone wspólnie z WHO warsztaty na temat leku roślinnego i sesja na temat przyszłości leków konwencjonalnych, uzupełniających i alternatywnych, a także sesja poświęcona kształceniu i szkoleniu farmaceutów zorganizowana przez Sekcję Akademicką FIP.

Sekcja Aptek Ogólnodostępnych, bodaj najżywotniejsza sekcja FIP, zorganizowała lub współorganizowała aż 10 sesji. Wymienię tylko kilka tematów tych sesji, by uzmysłowić Czytelnikowi ich znaczenie dla praktyki farmaceutycznej: „Leki a środowisko”, „Kontakty z pacjentami”, „Tendencje w aptekarstwie – dyskusja nad przyszłością zawodu: forum dla określających politykę w praktyce farmaceutycznej”, „Jak zapewnić jak najlepsze efekty terapeutyczne produktów leczniczych”. Sekcja Aptek Ogólnodostępnych była też organizatorem tradycyjnego już (bo prowadzonego od 1992 r.) półrocznego kursu ciągłego kształcenia, który poświęcony był tematowi: *Od badań naukowych do codziennej praktyki – wdrażanie idei „Apteki rodzinnej” – nowatorska strategia i model biznesu*.

Swój dzień miała też w programie kongresu młodzież, a mia-

nowicie Międzynarodowa Federacja Studentów Farmacji, która przygotowała sesję pt. *Spoleczny wymiar rozwoju zawodu farmaceuty*, oraz Grupa Młodych Farmaceutów FIP, która przygotowała sesję *Finansowanie opieki zdrowotnej*.

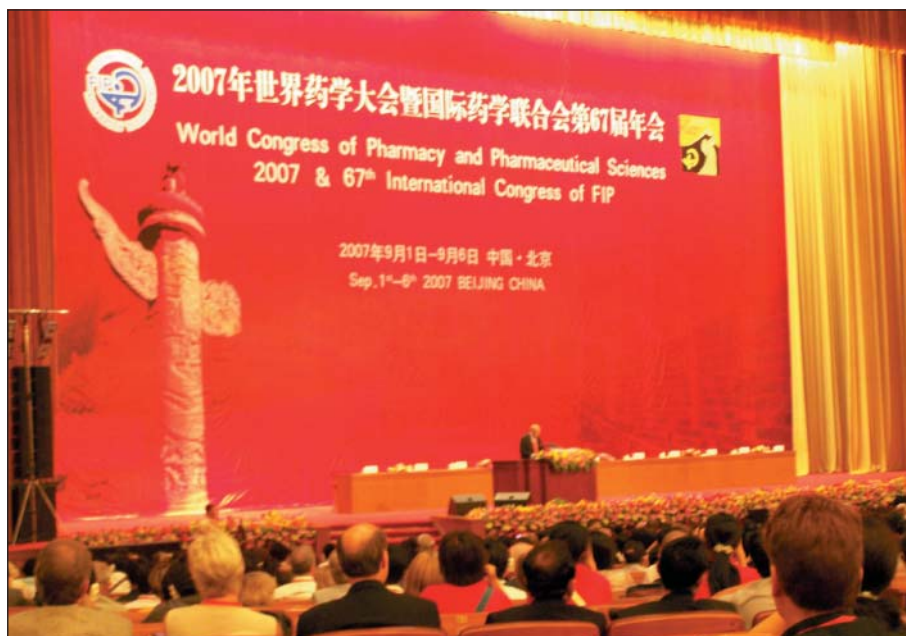
Program naukowy kongresu uzupełniały liczne sesje doniesień jego uczestników (w ramach sesji organizowanych przez poszczególne sekcje FIP) oraz sesja plakatowa, w trakcie której zaprezentowano ponad 650 plakatów.

Tak bogaty program uniemożliwia bardziej szczegółowe omówienie poruszanych tematów. Dlatego chciałbym zreferować dokładniej jedynie 2 sesje, zdając sobie sprawę z ograniczeń, jakie wiążą się z osobistym wyborem omawianej tematyki. Pierwsza z tych sesji, poświęcona tematowi *Leki a środowisko*, była zorganizowana przez Sekcję Aptek Ogólnodostępnych oraz Sekcję Farmacji Przemysłowej, druga: *Przeglądy używanych leków – od doradzania o stosowaniu leków do zapewniania usług* (organizatorzy: Sekcja Informacji Farmaceutycznej FIP oraz Światowa Federacja Studentów Farmacji).

### LEKI A ŚRODOWISKO

Z uwagi na to, że pacjenci nie przestrzegają zaleceń, nie reagują na przepisaną im farmakoterapię, doznają działań niepożądanych i wielu innych. Z niezbyt dokładnie znanych powodów wiele też z zakupionych przez nich leków (Rx i OTC) nigdy nie zostaje spożytych. Co robić z tymi lekami? Z prawnego punktu widzenia

odpowiedzialność za ich wykorzystanie nie jest na ogół wyraźnie określona: kto ma je usuwać, jak postępować w sposób ekologiczny i kto powinien za to płacić? (*A. Niquille* – Francja). Często są one po prostu wyrzucane przez pacjentów do kanalizacji. Poza tym należy pamiętać, że leki i ich metabolity wydalają się z organizmu głównie z moczem i kałem i również trafiają do ścieków. Jednak, jak się okazuje, nie są one w pełni eliminowane w procesie ich oczyszczania i mogą przedostawać się w różnym stopniu do wody wypływającej ze stacji oczyszczania ścieków i dalej do wód powierzchniowych (*A. Wennmalm* – Szwecja). W ciągu ostatniego dziesięciolecia wykryto w ściekach, wodach powierzchniowych, wodach gruntowych i w wodzie pitnej pozostałości różnych grup leków: antybiotyków, hormonów, leków cytotoksycznych, regulujących gospodarkę lipidową, antydepresantów, leków rozkurczowych, przeciwbólowych i wielu innych, a także środków diagnostycznych i dezynfekujących. W badaniach laboratoryjnych okazało się, że większość tych środków nie ulega degradacji w procesie oczyszczania ścieków i dostaje się do wody pitnej. Ich stężenia w tej wodzie mieszczą się w granicach od 1 do 50  $\mu\text{g/L}$ . Mogą więc przedostawać się do organizmów ludzkich, chociaż uważa się, że są to zbyt małe stężenia, by mogły wywierać jakiegokolwiek szkodliwe skutki zdrowotne (*K. Kümmerer* – Niemcy), także gdy są przyjmowane w bardzo małych dawkach przez wiele lat. Wiadomo jednak, że takie związki chemiczne (a



Uroczyste otwarcie 67. Światowego Kongresu FIP

przecież leki są związkami chemicznymi) jak ftalany, polichlorowane bis-fenole, toluen i inne substancje zanieczyszczające środowisko mogą przyczynić się do rozwoju otyłości, zacho-

rowań na cukrzycę, słabego rozwoju męskich narządów płciowych oraz zaburzeń behawioralnych. To, czy pozostałości leków mogą po przewlekłym ich spożyciu w wodzie pitnej wywierać



Część artystyczna z otwarcia Kongresu

▶ podobne efekty lub przyczyniać się do znanych efektów innych chemikaliów, nie wiadomo. Jednak mając na uwadze stały globalny wzrost spożycia leków, można zakładać, że poziom pozostałości leków w wodach powierzchniowych zwiększy się trzykrotnie w ciągu najbliższych 25 lat. W związku z tym pozostałości leków w środowisku, łącznie z innymi środkami zanieczyszczającymi środowisko, stanowią duże wyzwanie dla globalnego dążenia do rozwoju nienaruszającego równowagi ekologicznej postępu (*A. Wennmalm*).

Na szczególną uwagę zasługują leki cytotoksyczne, gdyż często są muta- i karcynogenne, antybiotyki przyczyniające się do rozwoju antybiotykodporności, a także hormony, które są farmakologicznie czynne w bardzo małych dawkach (*K. Kümmerer*).

Obecnie brak jest oficjalnych norm klasyfikacji leków lub oceny zagrożenia z punktu widzenia środowiskowego, tak międzynarodowych jak i krajowych. Ogólnie rzecz biorąc, dostępne są różne metody oceny wpływu na środowisko produktów chemicznych, które można także zastosować do leków. Dostępne są dwa różne środki dla tej oceny: identyfikacja zagrożenia i ocena ryzyka. W identyfikacji zagrożenia identyfikuje się dwie nieodłącznie związane ze sobą cechy: właściwości fizyczno-chemiczne substancji leczniczej, np. trwałość i jej możliwości bioakumulacji. Na podstawie tych danych i informacji określa się właściwe ryzyko, jakie stanowi dana substancja. W Szwecji Apoteket AB i Rada Powiatu Sztokholmskiego opracowały

wspólnie roboczy model (Model Sztokholmski), w którym zagrożenie dla środowiska jest oceniane na podstawie biodegradacji, potencjalnej bioakumulacji i toksyczności dla organizmów wodnych. Szwedzkie Stowarzyszenie Przemysłu Farmaceutycznego we współpracy z Apoteket AB i innymi partnerami opracowało inny model, który, jak można się spodziewać, będzie stanowił normę szwedzką (Model Szwedzki). Różni się on od Modelu Sztokholmskiego w 2 ważnych punktach. Polega na kombinacji oceny niebezpieczeństwa i zagrożenia dokonanej wśród trzech różnych grup docelowych: pacjentów, lekarzy i farmaceutów. Zagrożenie jest oceniane przez obliczanie współczynnika przewidywanego stężenia środowiskowego w wodzie powierzchniowej i przewidywanego braku efektu stężenia danej substancji. Ideą tego systemu klasyfikacji jest umożliwienie bardziej przyjaznych środowisku decyzji o zarządzaniu lekami na kilku poziomach: producentów leków w procesie opracowywania nowych leków, komitetów terapeutycznych zalecających leki, lekarzy przepisujących te leki i pacjentów je zakupujących (*B. Gunnasson* – Szwecja).

Należy jeszcze zwrócić uwagę na to, że od połowy lat 1980 niezużyte leki z państw zachodnich były zbierane i przekazywane potrzebującym je ubogim populacjom. Szybko jednak stało się sprawą oczywistą, że produktem tym nie można zapewnić dobrej jakości z powodu trudności w ich sortowaniu, przechowywaniu i rutynowym zarządzaniu. Ponadto zebrane leki

często nie odpowiadają specyficznym potrzebom medycznym kraju docelowego i nie sprzyjają jakiegokolwiek polityce rozwoju (*A. Niquille*).

Zarządzanie niezużyтыми lekami zależy od polityki krajowej, natomiast rola aptekarzy z aptek ogólnodostępnych jest bardzo pozytywnie oceniana w zakresie przeciwdziałania nadużywaniu leków. Dwa ostatnio przeprowadzone badania, jedno w Szwajcarii i jedno we Francji, polegały na obserwacji zwracania leków do aptek przez pacjentów. Potwierdziły one realia marnotrawstwa leków, a także pozwoliły na określenie czynników określających to zjawisko (np. polipragmazja, nieprzestrzeganie zaleceń, rodzaj refundacji leków etc.) Większość leków można traktować jako podstawowe dobro. Zarządzanie niezużyтыми lekami jest więc sprawą medyczną, ekologiczną i polityczną. Wszyscy uczestniczący w tym procesie partnerzy w systemach opieki zdrowotnej, od opracowujących leki do pacjentów, powinni dzielić koszty i odpowiedzialność w procesie ich utylizacji. W wielu przypadkach farmaceuci powinni przeciwdziałać marnotrawstwu leków przez wprowadzanie usług farmaceutycznych, mających na celu propagowanie przestrzegania zaleceń oraz poprawę skuteczności leczenia, współpracując w tym względzie z lekarzami (*A. Niquille*).

## PRZEGLĄDY UŻYWANYCH LEKÓW

Od czasu pojawienia się w latach 1960 i 1970 farmacji klinicznej ujawniła się ogólnoświa-

towa tendencja do rozwijania, wdrażania i oceny profesjonalnych poznawczych usług farmaceutycznych. Zwiększająca się rola farmaceutów w systemach opieki zdrowotnej pobudziła liczne dyskusje, tak w obrębie samego zawodu farmaceuty jak i wśród innych zawodów zapewniających tę opiekę i kierujących nią rządów. Podstawowa rola farmaceutów wiąże się przede wszystkim z zarządzaniem w stosowaniu leków (*drug use management*), w związku z ich dogłębną wiedzą na ten temat. Przeglądy te mają istotną wartość poznawczą i są jedną z form zarządzania stosowaniem leków. Rządy dopingowane przez stale rosnące koszty i coraz większą złożoność procesu stosowania leków coraz bardziej wykorzystują farmaceutów w realizacji strategii zapewniania dobrej jakości farmakoterapii i kontroli jej kosztów. W wielu krajach farmaceuci są wynagradzani za wdrażanie i prowadzenie usługi **przeglądu używanych leków** (*medication reviews*), ale w opinii niektórych decydentów jest to proces zbyt wolny i niejednorodny, mimo iż wcześniej przeprowadzone badania wskazywały, że jeżeli farmaceuta będzie za tę usługę wynagradzany, będzie ona szybko wdrożona. Ostatnio przeprowadzone badanie wykazało jednak, że szerokie wdrażanie usługi przeglądu używanych leków jest o wiele bardziej złożone i trudne, niż początkowo przypuszczano. Choć przygotowanie kliniczne farmaceutów oraz sposób i wysokość wynagrodzenia za indywidualne poznawcze usługi farmaceutyczne odgrywa bardzo ważną rolę, to



Uczestnicy Kongresu – w środku prof. Zoltan Vincze

w opracowywaniu programów tej usługi nie uwzględnia się wielu innych ważnych czynników warunkujących skuteczne jej wdrażanie. W wielu z tych programów zapewnia się farma-

ceutom tylko niezbędną wiedzę kliniczną i z zakresu komunikowania się, nie zapewniając im bardziej holistycznej pomocy uwzględniającej specyficzne wewnętrzne i zewnętrzne zawodowe



Wnętrze apteki w Szanghaju



Joseph Oddis – Honorowy Prezydent FIP  
i dr Jerzy Łazowski

oraz biznesowe cechy charakterystyczne środowiska, w jakim farmaceuta pracuje.

Brak ogólnego planu zarządzania na wszystkich szczeblach: indywidualnego farmaceuty, apteki i organizacji zawodowej, jaki mógłby zostać przedstawiony wewnętrznym i zewnętrznym partnerom, jest poważną przeszkodą w dalszym rozwoju i akceptacji poznawczych usług farmaceutycznych (*prof. S.I. Benrimoj* – Australia). Wynika to m.in. stąd, że istniejące w kilku państwach programy lub modele znacznie różnią się między sobą pod względem zakresu, minimalnej edukacji farmaceutów przeprowadzających przeglądy, zakresu współpracy z innymi fachowcami opieki zdrowotnej (głównie lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej), kryteriów włącza-

nia pacjentów do takich przeglądów, jak też materiałów i narzędzi wykorzystywanych przez dokonujących przeglądów, miejsca ich przeprowadzania, oceny wyników i wynagradzania za tę usługę (*K.M.E. Hakkarainen* – Finlandia).

W Australii rząd Związku Australijskiego finansuje usługę nazwaną „domowym przeglądem używanych leków” (*Home Medication Review* – HMR), zapoczątkowaną w 2001 r. Proces HMR obejmuje wspólne, sku-

piające uwagę na pacjencie podejście, którego celem jest osiągnięcie wysokiej jakości stosowania leków. Wymaga to bliskich kontaktów roboczych między odpowiednio przeszkolonymi farmaceutami i lekarzami opieki podstawowej, którzy przy współudziale swoich pacjentów współpracują w formułowaniu indywidualnego planu zarządzania stosowaniem leków. To ostatnie wymaga, by farmaceuci mieli stale aktualną wiedzę z zakresu farmakoterapii opartej na dowodach. Równie ważne są ich umiejętności komunikowania się, niezbędne w prowadzeniu rozmów z pacjentami (również w ich domach) i przekazywaniu uzyskanych informacji o używanych lekach lekarzom opieki podstawowej. Oprócz wiedzy „technicznej” farmaceuci i lekarze muszą tworzyć silne i dobre

związki zawodowe, budować wzajemne zaufanie, by móc zapewnić jakościowo dobre efekty wynikające z HMR. Farmaceutów wspierają ich organizacje zawodowe: Australijskie Towarzystwo Farmaceutyczne i Australijski Cech Aptek (odpowiednik izby aptekarskiej). Zapewniają one, poza innymi usługami, wspieranie praktyki zawodowej i programy szkoleniowe, jak również służą pomocą w realizowaniu usług HMR na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym. Udział farmaceutów w HMR jest bardzo ważny, gdyż służy wykazaniu unikalnych korzyści wynikających ze świadczenia przez nich profesjonalnych usług wykorzystujących ich specjalistyczną wiedzę i jest doceniany przez australijskie władze zdrowia (*T. Chen* – Australia).

Z kolei w Finlandii opracowywanie modelu wszechstronnego przeglądu używanych leków zapoczątkowano jako część plany drugiego etapu projektu TIPPA (informatycznego programu o lekach i ich stosowaniu) w 2003 r. Pierwszym krokiem przygotowującym do wprowadzenia tego modelu w życie było rozpoczęcie długoterminowego kursu ciągłego szkolenia, zorganizowanego przez Ośrodek Szkolenia i Rozwoju Uniwersytetu w Kuopio. Kurs ten został tak zaprogramowany, by możliwe było rozwinięcie umiejętności wymaganych do współpracy z lekarzami i w prowadzeniu przeglądów. Trzema głównymi celami kursu były: pomoc farmaceutom w osobistym rozwoju zawodowym, nawiązanie i wzmocnienie współpracy

w opiece zdrowotne, opracowanie planu usługi „przeгляд używanych leków” proponowanego przez apteki, zgodnego z fińskim systemem opieki zdrowotnej. Kurs ten obejmuje konieczność uzyskania 35 punktów edukacyjnych (1 punkt odpowiada 26 godzinom roboczym) i trwa półtora roku. Składa się z 5 różnych modułów: racjonalnej farmakoterapii i stosowania leków, farmacji klinicznej i farmakoterapii, narzędzi do prowadzenia przeglądów używanych leków, współpracy interdyscyplinarnej i dodatkowych badań. Kurs jest prowadzony na zasadach korespondencyjnych i wspierany e-learningiem, jego program obejmuje też 20 dni seminaryjnych. Istotę szkolenia stanowią praktyczne przypadki i prawdziwe przypadki pacjentów, co

znakomicie ułatwia naukę sztuki prowadzenia przeglądów używanych leków.

Pierwszych 26 farmaceutów ukończyło kurs w maju 2006 r. Obecnie prowadzone są jednocześnie cztery kursy w różnych częściach kraju, w których uczestniczy około 80 farmaceutów. Tak więc w końcu maja 2008 r. będzie w Finlandii około 100 farmaceutów, którzy będą wyspecjalizowani w przeprowadzaniu przeglądu używanych leków w różnych środowiskach opieki zdrowotnej: szpitalach i opiece ambulatoryjnej (*L. Tuomainen* – Finlandia).

Kongresowi towarzyszyła duża wystawa firm farmaceutycznych (głównie chińskich) oraz powszechnie znanych anglojęzycznych wydawnictw farmaceutycznych.

Doskonałą okazją do nieformalnych spotkań uczestników były imprezy towarzyskie: przyjęcie powitalne, obiady sekcyjne i pożegnalny obiad galowy na Wielkim Murze Chińskim. To ostatnie wydarzenie było szczególnie atrakcyjne z uwagi na miejsce, w którym się odbywało.

W 2008 r. kolejny, LXVIII Światowy Kongres Farmacji i Nauk Farmaceutycznych FIP powraca po czteroletniej przerwie do Europy i odbędzie się w dniach od 29 sierpnia do 4 września w szwajcarskiej Bazylei. Można mieć nadzieję, że będzie w nim uczestniczyła znacznie liczniejsza reprezentacja farmaceutów polskich. Każdy światowy kongres jest bowiem bardzo ważnym wydarzeniem w naszym zawodzie i nie może na nim nas zabraknąć. ■