

O OPIECE FARMACEUTYCZNEJ NA KRAKOWSKIEJ KONFERENCJI

dr farm. Jerzy ŁAZOWSKI

Wszelkie wydarzenia i działania mające na celu przedstawianie oraz propagowanie właściwie pojmowanej opieki farmaceutycznej zasługują na uwagę i szerokie poinformowanie o nich całego środowiska farmaceutycznego: aptekarskiego i akademickiego. Za szczególnie cenne należy uznać wydarzenia organizowane przez samorząd aptekarski. Wszak jedną z najważniejszych trosk tego samorządu powinna być nieustanna troska o rozwój zawodu i przygotowywanie aptekarzy do nowej roli, jaką będą musieli podjąć, która jest bezwzględny warunkiem swojej dalszej egzystencji jako zawodu zaufania publicznego.

Takim wydarzeniem była w końcu 2007 r. Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa nt. Opieki Farmaceutycznej, zorganizowana w dniach od 4 do 6 listopada w Krakowie przez tamtejszą Okręgową Izbę Aptekarską przy bezprecedensowym zaangażowaniu jej inicjatora prezesa mgr. **Piotra Józwiakowskiego**. Wzięło w niej udział około 200 farmaceutów z całego kraju, w tym także wielu prezesów okręgowych rad aptekarskich oraz pracowników naukowych wydziałów farmaceutycznych. Wśród gości konferencji obecni byli m.in. główny inspektor farmaceutyczny



Wykładowcy i organizatorzy przed rozpoczęciem obrad. Od lewej: dr Mark Kozioł, dr Karen Peachey, mgr Elita Poplavska, prof. dr Linda Strandt, mgr Piotr Józwiakowski, prof. dr. Kiraly Arpadne i dr J.W. Foppe van Mill

mgr **Zofia Ulz**, inspektor farmaceutyczny WP ppłk. mgr **Róża Newska** dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia dr **Roman Danielewicz**, dziekan Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UJ w Krakowie prof. dr **Joanna Szymura-Oleksiak**, krajowy specjalista w dziedzinie farmacji aptecznej prof. dr hab. **Renata Jachowicz** oraz redaktor naczelny „Czasopisma Aptekarskiego” **Wiktor Szukiel**.

Z UDZIAŁEM ŚWIATOWYCH AUTORYTETÓW

W trakcie trzydniowych obrad uczestnicy krakowskiej konferencji mieli możliwość zapoznania się na trzech sesjach plenarnych z genezą opieki farmaceutycznej i praktyczną jej realizacją w Australii, Holandii, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii oraz w wybranych państwach Europy Wschodniej: Litwie, Łotwie i na Węgrzech. Mogli też wziąć udział w jednym z dwóch



Uczestnicy obrad

Arpadne z Węgier. Obrady prowadził bardzo sprawnie i kompetentnie dr **Mark Koziol**, były wiceprezes Królewskiego Towarzystwa Farmaceutycznego Wielkiej Brytanii, aktualnie prezes Stowarzyszenia Obrony Aptek, który był twórcą programu konferencji i dzięki któremu w jej obradach uczestniczyli wymienieni powyżej wykładowcy zachodni. Patronat medialny i edukacyjny nad konferencją sprawowało „Czasopismo Aptekarskie”, uznawane w naszym środowisku za niekwestionowanego lidera w kreowaniu i upowszechnianiu opieki farmaceutycznej.

OPIEKA FARMACEUTYCZNA W USA

Prof. Strand podzieliła się swoimi ponad 20-letnimi doświadczeniami we wdrażaniu opieki farmaceutycznej w Stanach Zjednoczonych. Podkreśliła, że koncepcja ta rozwija się w tym kraju bardzo powoli, a jedną z największych przeszkód w jej wdrażaniu stanowi to, że tak naprawdę to tylko około 10% farmaceutów rzeczywiście chce się opiekować pacjentami. W ciągu wspomnianych 20 lat zespół, w którym pracuje, opracował standardy opieki farmaceutycznej, wystandaryzował i ujednolicił system prowadzenia dokumentacji, przeszkolił ponad 300 farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych, kilka tysięcy studentów farmacji oraz pomógł w stworzeniu ponad 150 ośrodków zapewniających opiekę farmaceutyczną przede wszystkim w stanach Minnesota i Dakota, ale też i w innych stanach. Zgromadzono i przeanalizowano dokumentację obejmującą ponad 25.000

► kursów prowadzonych przez pracowników naukowych Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UJ: prof. dr **Jerzego Brandysa**, prof. dr **Barbarę Filipek** i dr **Agnieszka Skowron**. Tematem pierwszego kursu było wykonywanie opieki farmaceutycznej w cukrzycy, a drugiego postępy farmakoterapii nadciśnienia tętniczego oraz choroby wieńcowej w 2006 r.

Wykładowcami na sesjach plenarnych byli wybitni specjaliści w dziedzinie opieki farmaceutycznej w skali światowej: prof. dr **Linda Strand** z College of Pharmacy Uniwersytetu Minnesota w Stanach Zjednoczonych, współtwórczyni (razem z prof. **Ch. Heplerem**) koncepcji opieki farmaceutycznej, współautorka podstawowego w tej opiece podręcznika metodycznego *Pharmaceutical Care Practice – The Clinician's Guide*, oraz gorący propagator tej koncepcji w Europie – dr **J.W. Foppe van Mil** z Holandii, dobrze znany uczestnikom corocznych międzynarodowych konferencji

naukowo-edukacyjnych „Czasopisma Aptekarskiego” organizowanych od 1996 r.

Doświadczeniami związanymi z wprowadzaniem opieki farmaceutycznej do praktyki aptek ogólnodostępnych w Australii podzieliła się dr **Karen Peachey**, wiceprezes i krajowy doradca Cechu Aptek Australijskich (*The Pharmacy Guild of Australia*), natomiast sytuację w Wielkiej Brytanii przedstawili: **Alistair Buxton** – przedstawiciel Komitetu Negocjującego Usługi Farmaceutyczne (*Pharmaceutical Services Negotiating Committee*) i zarazem szef usług NHS (Narodowych Usług Zdrowotnych), prof. dr **Bill Scott** – naczelny farmaceuta Szkocji i prof. dr **Alison Strath** – główny farmaceuta rządu szkockiego. Z kolei kraje Europy Wschodniej reprezentowali: prof. dr **Eduardas Tarasevicius** – prezes Litewskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, mgr **Elita Poplavska** – przedstawicielka Łotewskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i prof. dr **Kiraly**

pacjentów i 65.000 kontaktów z tymi pacjentami w ramach zapewnianej im opieki farmaceutycznej. Ten tak bogaty materiał pozwolił w znacznym stopniu udoskonalić system szkolenia w zakresie opieki farmaceutycznej, który polega przede wszystkim na praktycznej nauce opartej na konkretnych przypadkach. Od 2000 r. wszystkie uczelnie farmaceutyczne prowadzą nauczanie w zakresie opieki farmaceutycznej, a od 2006 r. aptekom praktycznie realizującym opiekę farmaceutyczną zapewnione jest wynagrodzenie za związane z nią usługi.

JAK ROZPOCZĄĆ OPIEKĘ FARMACEUTYCZNĄ W APTECE?

Prof. Strand powiedziała, że dla wdrożenia opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej niezbędne jest wprowadzenie w dotychczasowej praktyce daleko idących zmian. Przede wszystkim muszą nastąpić zasadnicze zmiany w myśleniu o tej praktyce, w odpowiedzialności, którą należy zaakceptować, a nawet w sposobach komunikowania się z pacjentami i innymi zawodami medycznymi. Konieczne są też konkretne zmiany w strukturze samej praktyki zawodowej w celu zapewnienia opieki opłacalnej liczbie pacjentów. Ten strukturalny wymiar praktyki ma poważne implikacje ekonomiczne, bo bez tzw. masy krytycznej opłacalność ekonomiczna jest wątpliwa.

Farmaceuci, którzy chcą podjąć praktykę opieki farmaceutycznej, często nie wiedzą, od czego zacząć, jakie informacje są im najbardziej potrzebne. Naj-

częściej uważają, że najbardziej potrzebna jest im lepsza znajomość farmakologii i farmakoterapii. Chociaż pogląd ten często jest prawdziwy, nie od niego należy rozpoczynać. Pierwszy krok powinien mieć charakter poznawczy i koncepcyjny. Przede wszystkim farmaceuci powinni w pełni zrozumieć, zaakceptować i przyswoić sobie istotę filozofii opieki farmaceutycznej w taki sposób, by była ona jednoznacznie pojmowanym paradygmatem opieki. Filozofia opieki farmaceutycznej wyraźnie mówi, że obowiązkiem osoby ją sprawującej jest zapewnienie skutecznego i bezpiecznego stosowania leków. Ten obowiązek musi być w odniesieniu do każdego pacjenta poprzez przyjęcie przez farmaceutę odpowiedzialności za identyfikowanie, rozwiązywanie i zapobieganie wszelkim indywidualnym jego problemom związanym z farmakoterapią. Odpowiedzialność ta jest realizowana przez przestrzeganie paradygmatu opieki, która

jest skupiona na pacjencie. Filozofia opieki farmaceutycznej znajduje swoje urzeczywistnienie w standardach zawodowych opracowanych dla tej opieki.

Kolejną sprawą w programie uczenia się jest opanowanie procesu opracowywania farmakoterapii (*Pharmacotherapy Workup*), jako podstawy do racjonalnego procesu podejmowania decyzji. Z uwagi na to, że tradycyjne kształcenie farmaceutów nie zajmuje się tymi zagadnieniami praktyki zawodowej, sprawą zasadniczą jest przekonanie ich, że właśnie te sprawy, a nie farmakologia, czy farmakoterapia są początkiem opieki farmaceutycznej.

W trakcie dyskusji padło pytanie jednego z uczestników konferencji, czy wdrażania opieki farmaceutycznej nie powinno się rozpoczynać od jej prawnego usankcjonowania odpowiednim rozporządzeniem administracyjnym lub zapisem ustawowym. Prof. Strand odpowiedziała, że jest to absolutne nieporozumienie. Najpierw należy wykazać



© Wiktor Szukiel

Uczestnicy obrad



Prof. dr hab. Renata Jachowicz w rozmowie z mgr. farm. Piotrem Józwiakowskim i prof. dr Kiraly Arpadne

► wartość opieki farmaceutycznej w praktycznej realizacji, a dopiero potem myśleć o jej prawnym zalegalizowaniu. Przedwczesne uregulowania prawne mogą tylko zaszkodzić całej koncepcji. Powiedziała też, że nikt nie może zakazać działań, które mają na celu dobro pacjenta.

Kontynuując temat wdrażania opieki farmaceutycznej, prof. Strand powiedziała, że w szkoleniu farmaceutów w zakresie opieki farmaceutycznej szczególnie ważny jest mocny nacisk na to, by odpowiedzialność w zapewnianiu tej opieki polegała na stałym przestrzeganiu tych samych standardów w przypadku każdego pacjenta, bez względu na jego stan zdrowia, chorobę, wiek, płeć, stosowane leki lub takie zmienne czynniki jak wielkość dochodów, status społeczny czy wykształcenie.

Prof. Strand zwróciła też uwagę na to, że farmacja jako zawód nie wypracowała dotychczas wyraźnego stanowiska w kwestii swojej roli w zapewnianiu opieki

pacjentom. Mimo wysiłków licznych stowarzyszeń zawodowych stale utrzymuje się powszechny pogląd, że produkty lecznicze i ich dyspensowanie stanowią główny sens istnienia farmacji. Takie przekonanie jest bardzo trudne do przełamania, tymczasem farmaceutyci mogą zostać uznani za pełnowartościowych specjalistów w opiece zdrowotnej tylko wtedy, gdy podejmą kolektywne działania mające na celu zapewnianie opieki pacjentom. Opieka farmaceutyczna wiąże się z zupełnie odmiennym od dyspensowania leków zakresem obowiązków i odpowiedzialności i jako taka nie może być dodatkiem do dyspensowania, musi być działaniem niezależnym od niego i nie powinna być zapewniana przez te same osoby. Obie usługi powinny też być świadczone w różnych miejscach apteki. Idealem byłoby, gdyby opieka farmaceutyczna mogła być sprawowana w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. W środowisku farmaceutycznym

brak jest nawyków opiekowania się – takich, jakie wykształcił zawód lekarza czy pielęgniarki. Wykształcenie takich nawyków jest niezbędne dla zapewniania wartościowej opieki farmaceutycznej, ale jest też bardzo czasochłonne. Trudno oczekiwać, by starsi farmaceutyci byli w stanie opanować te nawyki i dlatego wdrażanie opieki farmaceutycznej jest przede wszystkim sprawą młodych pokoleń.

Na pytanie, kiedy rozpocząć wdrażanie opieki farmaceutycznej przez indywidualnego farmaceutę, prof. Strand powiedziała, że można rozpocząć w każdej chwili, od pierwszego pacjenta, jaki się pojawi w naszej aptece. Należy ją rozpoczynać od pojedynczych pacjentów i dopiero w miarę zdobywania doświadczenia stopniowo zwiększać ich liczbę. Do takiej opieki nie są potrzebne jeszcze kosztowne programy komputerowe, a dokumentację takiej opieki można prowadzić na kilku kartkach.

UWARUNKOWANIA EUROPEJSKIE

Dr van Mil mówił z kolei o uwarunkowaniach związanych z wdrażaniem opieki farmaceutycznej w Europie. Zwrócił uwagę, że na proces ten ma wpływ wiele czynników, które nie zawsze sprzyjają rozwojowi opieki farmaceutycznej. Są to odmiennie systemy opieki zdrowotnej i różne role farmaceutów w poszczególnych państwach, a także różne terminologie. Istotną przeszkodą jest również to, że wiele publikacji na temat opieki farmaceutycznej ukazuje się w narodowych językach, niedostępnych dla farmaceutów w in-

nych państwach, często publikacje te nie są też cytowane w bazach danych, takich jak Medline lub inne. Utrudnia to bardzo upowszechnianie koncepcji opieki farmaceutycznej na naszym kontynencie.

Inne, nie mniej ważne przeszkody wiążą się z tym, że farmaceuci europejscy tak w rzeczywistości nie myślą o pacjentach, nie są przygotowani do rozmów z nimi i obawiają się, że ich urażą. Dlatego niezbędne jest wprowadzenie do programów nauczania na wydziałach farmaceutycznych zagadnień związanych z farmacją społeczną i umiejętnością komunikowania się. Jest to ważne zadanie dla Europejskiego Stowarzyszenia Wydziałów Farmaceutycznych.

Dr van Mil podał przykłady programów opieki farmaceutycznej realizowanych w różnych krajach europejskich, a także wskazał na najważniejsze, anglojęzyczne publikacje dotyczące jej wdrażania w Europie. Scharakteryzował też działalność istniejącej od 1993 r. Europejskiej Sieci Opieki Farmaceutycznej (*Pharmaceutical Care Network Europe – PCNE*), jako organizacji zajmującej się śledzeniem badań naukowych w zakresie opieki farmaceutycznej i jej wdrażania. PCNE koordynuje też prowadzenie programów opieki farmaceutycznej.

Konkludując swoje wystąpienie, dr Mil stwierdził, że dla przyspieszenia rozwoju opieki farmaceutycznej w Europie niezbędny jest lepszy wgląd w stan wdrażania tej opieki w poszczególnych państwach (w tym względzie pomocą może służyć EuroPharm Forum), konieczne jest publikowanie wyników ba-

dań i przykładów programów opieki farmaceutycznej w ogólnie dostępnych czasopismach międzynarodowych, pilną sprawą jest też dostosowanie programów nauczania farmaceutów w wielu państwach europejskich do nauki umiejętności niezbędnych w praktyce zawodowej skupionej na potrzebach pacjenta oraz współpraca z organizacjami pacjentów i lekarzy, a także pomiędzy organizacjami farmaceutycznymi w różnych państwach, jako kluczowy warunek dalszego rozwoju opieki farmaceutycznej w Europie.

POZAZDROŚCIC AUSTRALIJSKIM APTEKARZOM

Australia jest państwem, w którym istnieje bardzo przyjazny aptekarzom układ pomiędzy Cechem Aptek Australijskich (PGA) a rządem Wspólnoty Australijskiej. Podstawą tego układu są odnawiane, począwszy od 1995 r., pięcioletnie porozumie-

nia między obiema stronami, które określają funkcjonowanie sektora aptecznego i uzgadniają zasady wynagradzania aptek i aptekarzy za świadczone przez nich usługi. Sprawy te przedstawiła, z konieczności w dużym skrócie, **dr K. Peachey**. Warto tu przytoczyć trzy punkty ze wstępu do IV Porozumienia z 2005 r., obowiązującego do 2010 r.:

1. Apteki ogólnodostępne stanowią istotny element infrastruktury systemu opieki zdrowotnej dzięki swojej roli w podstawowej opiece zdrowotnej, polegającej na świadczonych przez nie usługach.
2. Rząd Wspólnoty i PGA mają wspólny interes w tym, by aptekarze byli sprawiedliwie i godziwie wynagradzani za świadczone przez nich usługi farmaceutyczne oraz by aptekom ogólnodostępnym było zapewnione stałe środowisko umożliwiający długotrwałe korzyści dla wszystkich Australijczyków.



Dyskusjom nie było końca również w kulkarach Konferencji



© Wiktor Szukiel

Prof. dr hab. Barbara Filipek w otoczeniu uczestników kursu z zakresu opieki farmaceutycznej w cukrzycy i nadciśnieniu tętniczym, który odbył się w ramach konferencji

3. Rząd Australijski i PGA mają również wspólny interes w tym, by pozytywne efekty zdrowotne były dostępne całemu społeczeństwu przez sprawne realizowanie przez apteki ogólnodostępne ogólnokrajowych programów opieki zdrowotnej.

Tego rodzaju sformułowań możemy aptekarzom australijskim tylko pozazdrościć.

W obowiązującym obecnie IV Porozumieniu określono następujące priorytety w działalności aptek ogólnodostępnych:

- prowadzenie przeglądu stosowanych leków (*Medication Management Review*), którego celem jest poprawa procesu stosowania leków oraz zmniejszenie liczby działań niepożądanych u ludzi wieku podeszłym i innych pacjentów leczonych jednocześnie kilkoma lekami poprzez zapewnienie im pomocy w lepszym korzystaniu z tych leków. Na program ten przeznaczono kwotę

150 mln AUD (1 AUD \approx 2,45 PLN). Kwota jest przeznaczona przede wszystkim na prowadzenie przeglądu leków stosowanych w ośrodkach opieki, w domu pacjenta oraz jako zachęta do akredytacji i na pokrycie kosztów środków ułatwiających świadczenie tej usługi;

- pomoc finansowa dla aptek wiejskich. Celem tego programu jest utrzymanie i poprawa dostępu do dobrych jakościowo usług aptek dla społeczeństw wiejskich, a także w słabo zaludnionych obszarach Australii oraz zwiększenie liczby fachowego personelu farmaceutycznego podejmującego pracę na tych terenach i pozostającego na nich przez okres co najmniej 5 lat. Na ten cel przeznaczono 111 mln. AUD;

- ułatwienie dostępu do usług farmaceutycznych ludności tubylczej (aborigenom). Cel ten jest realizowany przez uwzględnianie kwestii kulturowych tej ludności i w ten sposób zaspokajanie jej potrzeb zdrowotnych;

- realizacja programu Lepsze Zdrowie Społeczeństwa. Jest to nowy projekt, który będzie finansował nowatorskie programy apteczne stanowiące element podstawowej opieki zdrowotnej. Jest on prowadzony we współpracy aptek z rządem i innymi fachowcami opieki zdrowotnej. Na jego realizację przeznaczono kwotę 192 mln. AUD.

Na powyższy projekt składa się kilka programów, które z konieczności omówię tu bardzo skrótowo. Są to: programy opieki nad chorymi na astmę i cukrzycę, program pomocy w podawaniu leków (którego celem jest zmniejszenia liczby hospitalizacji spowodowanych niewłaściwym stosowaniem leków oraz zmniejszenie częstości występowania ich działań niepożądanych poprzez poprawę zdyscyplinowania pacjentów w przyjmowaniu leków), program zapobiegania chorobom zakaźnym polegający na prowadzeniu działalności edukacyjnej i uświadamiającej, program Dobrej Jakościowo Praktyki Opieki Farmaceutycznej (*Quality Care Pharmacy Practice – QCPP*), którego zadaniem jest utrzymywanie wysokiego poziomu jakości świadczonych usług przez indywidualne apteki w całej Australii, oraz usługa prowadzenia indywidualnych wykazów leków stosowanych przez pacjenta, która ma na celu zmniejszenie ryzyka występowania działań niepożądanych poprzez edukację i angażowanie pacjentów w sprawy związane z prawidłowym stosowaniem używanych przez nich leków.

Chciałbym tutaj poświęcić nieco więcej uwagi programowi QCPP. Jest on unikatowym zestawem 18 minimalnych wymogów (standardów), do jakich musi być

dostosowana apteka, by uzyskać akredytację do udziału w tym programie. Podstawą tej akredytacji jest audyt przeprowadzony przez niezależnego, licencjonowanego rzeczoznawcę i jest ona udzielana przez organ akredytujący, gdy audyt wykaże zgodność ze wszystkimi wymaganymi standardami. Należy zauważyć, że akredytacja dotyczy apteki, a nie indywidualnego farmaceuty.

Dla farmaceutów Australijskie Towarzystwo Farmaceutyczne opracowało Aptekarskie Standardy Zawodowe, które zostały wprowadzone w życie w latach 1990. Standardy te m.in. zobowiązują każdego farmaceutę zatrudnionego w aptece ogólnodostępnej do dokonywania przynajmniej raz w roku samooceny własnej praktyki zawodowej pod kątem zaspokajania wymogów wspomnianych standardów. Porozumienie idzie jeszcze dalej i wymaga, by właściciel lub kierownik apteki potwierdzał w co roku składanym oświadczeniu, że każdy farmaceuta zatrudniony w jego aptece dokonał takiej samooceny i jest on z niej zadowolony. Apteka, która nie dostarczy takich oświadczeń organowi akredytującemu, jest skreślana z listy aptek akredytowanych. Jeżeli z kolei apteka nie w pełni spełnia wymogi standardów, co zostaje wykazane w okresowo przeprowadzanym audycie, zostaje zobowiązana do przeprowadzenia działań naprawczych wraz ze wskazaniem, co należy zrobić, by uzyskać zgodność, w jakim terminie i jak należy udowodnić, że nakazane działania zostały zrealizowane.

Mimo pełnej dobrowolności uczestnictwa w programie QCPP bierze w nim udział 86% wszyst-

kich aptek australijskich (z ogólnej liczby około 5000), co świadczy o tym, że program ten jest dla nich bardzo atrakcyjny.

KONTRAKT NA USŁUGI W APTEKACH PO BRYTYJSKU

W 2005 r. w Wielkiej Brytanii zawarty został kontrakt między Krajową Służbą Zdrowia a Komitetem Negocjującym Usługi Farmaceutyczne. Szczegóły tego kontraktu omówił **A. Buxton**. PSNC jest organizacją reprezentującą interesy aptek ogólnodostępnych w NHS. Jest finansowana przez lokalne Komitety Aptekarskie i właścicieli aptek, a jej głównym zadaniem jest zapewnianie możliwie najlepszego wynagrodzenia, terminów i warunków aptekom działającym na terenie Anglii i Walii (Szkocja i Irlandia Północna rządzą się odmiennymi regulacjami).

Kontrakt, o którym mowa, przewiduje 3 rodzaje (lub raczej

poziomy) usług świadczonych w aptekach ogólnodostępnych: usługi podstawowe, zaawansowane i rozszerzone.

Usługi podstawowe to oczywiście przede wszystkim dyspensowanie leków i sprzętu medycznego na recepty NHS wraz z udzielaniem właściwych informacji i porad ułatwiających pacjentowi bezpieczne i skuteczne ich stosowanie oraz prowadzenie odpowiedniej dokumentacji. W skład usług podstawowych wchodzi też powtarzane dyspensowanie leków w porozumieniu z pacjentem i prowadzącym go lekarzem (dotyczy to w szczególności chorych przewlekle), promocja zdrowego stylu życia, zbieranie i utylizacja nieużytych lub niepotrzebnych leków, kierowanie pacjentów do innych specjalistów opieki zdrowotnej, jeżeli odpowiedniej informacji lub pomocy nie można zapewnić w aptece, a także wspieranie samoleczenia łagodniejszych dolegliwości, których leczenie nie wymaga



Uczestnicy kursu z zakresu opieki farmaceutycznej w cukrzycy i nadciśnieniu tętniczym w czasie wykładu

► interwencji lekarza, oraz doskonalenie świadczonych usług.

Usługi zaawansowane to głównie prowadzenie indywidualnych przeglądów stosowanych leków (*Medication Use Review – MUR*), których celem końcowym jest zwiększenie wiedzy pacjenta o używanych przez niego lekach poprzez identyfikację, omówienie z pacjentem i rozwiązanie problemu niestosowania zaleconego mu leku lub niedostatecznego jego stosowania, identyfikację działań niepożądanych i interakcji lekowych mogących wpływać na zachowanie pacjenta, poprawę efektywności klinicznej i kosztowej przepisanych leków i ograniczenie ich marnotrawstwa.

MUR powinien być prowadzony przez odpowiednio przeszkolonego farmaceutę (akredytowanego) w wydzielonym miejscu apteki, by rozmowa farmaceuty z pacjentem nie była słyszana przez inne osoby obecne w aptece. W przypadku chorób przewlekłych MUR powinien być przeprowadzany nie rzadziej niż co 12 miesięcy, a jego dokumentacja przechowywana w aptece. Skrót tej dokumentacji wraz ze wszelkimi zaleceniami farmaceuty powinien być przekazywany lekarzowi prowadzącemu tegoż pacjenta. Za każdy przeprowadzony MUR farmaceuta otrzymuje wynagrodzenie w wysokości 27 GBP.

Na usługi rozszerzone składa się nadzorowanie zażywania leków oraz uzupełniające wystawianie recept przez farmaceutę. Pierwsza z tych usług ma na celu zapewnienie, że każda dawka nadzorowanego leku (np. metadonu w uzależnieniu opiumowym oraz niektórych leków sto-

sowanych chorobach psychicznych, a także w gruźlicy) została rzeczywiście zażyta. Ma to zmniejszyć ryzyko niedostatecznego lub nadmiernego stosowania leków, przenikania leków na receptę na nielegalny rynek leków oraz przypadkowej ekspozycji na nadzorowane leki.

Z kolei usługa uzupełniającego wystawiania recept przez farmaceutę opiera się na dobrowolnym partnerstwie między niezależnym lekarzem a farmaceutą we wdrażaniu uzgodnionego z pacjentem klinicznego planu leczenia. W związku z tym farmaceuta powinien mieć dostęp do karty medycznej pacjenta. Farmaceuta zapewniający tę usługę musi mieć co najmniej 2-letni podyplomowy staż pracy w aptece, ukończony akredytowany kurs i być zarejestrowany w Royal Pharmaceutical Society of Great Britain jako osoba upoważniona do wystawiania recept uzupełniających. Podobnie jak w przypadku usług zaawansowanych obie powyższe usługi powinny mieć prowadzoną dokumentację określoną w wytycznych tych usług oraz mieć miejsce w wydzielonym miejscu apteki.

Na wszystkie wymienione usługi ustalono taryfikator gwarantujący farmaceutom wynagrodzenie za ich świadczenie, niezależny od liczby zrealizowanych recept.

JAK TO ROBIAĄ APTEKI W SZKOCJI?

O tym, jak jest wdrażana opieka farmaceutyczna w Szkocji, mówili prof. prof. **B. Scott** i **A. Strath**. Prof. **Scott** powiedział, że głównymi przeszkodami w użytkowaniu pozytywnych efektów farmakoterapii w Szkocji są dzia-

łania niepożądane leków (występujące u 1,7-28,2% pacjentów), inne problemy lekowe, przekonania pacjentów, marnotrawstwo leków (ok. 47.000 kg rocznie przy koszcie około 15 mln. GBP). Skutkiem tego jest słabe zdyscyplinowanie pacjentów, epidemia chorób jatrogennych, niepotrzebne hospitalizacje, suboptymalna terapia, marnotrawstwo środków i narastająca spirala kosztów leków. Dla zaradzenia tym problemom w 2002 r. opracowano w Szkocji, przy współudziale NHS, strategię wdrażania opieki farmaceutycznej, którą szeroko upowszechniono w środowisku farmaceutycznym dzięki publikacji zatytułowanej „Właściwy lek” (*The Right Medicine*). Warto w tym miejscu podkreślić, że w Szkocji, w odróżnieniu od Anglii i Walii, funkcjonuje termin „opieka farmaceutyczna” zgodny z Heplerowską filozofią tej opieki.

W nowym kontrakcie pomiędzy NHS a aptekami wskazuje się cztery rodzaje podstawowych usług, które powinny być zapewniane zarówno w aptekach ogólnodostępnych jak i szpitalnych. Są to:

- usługi dotyczące leczenia łagodniejszych dolegliwości (*Minor Ailment Service – MAS*),
 - publiczne usługi zdrowotne (*Public Health Service – PHS*),
 - usługi związane ze stosowaniem leków w stanach ostrych (*Acute Medication Service – AMS*),
 - usługi związane z przewlekłym stosowaniem leków (*Chronic Medication Service – CMS*).
- Dla wszystkich tych usług opracowano drukowane foliery dla ludności informujące, jakie korzyści zdrowotne można

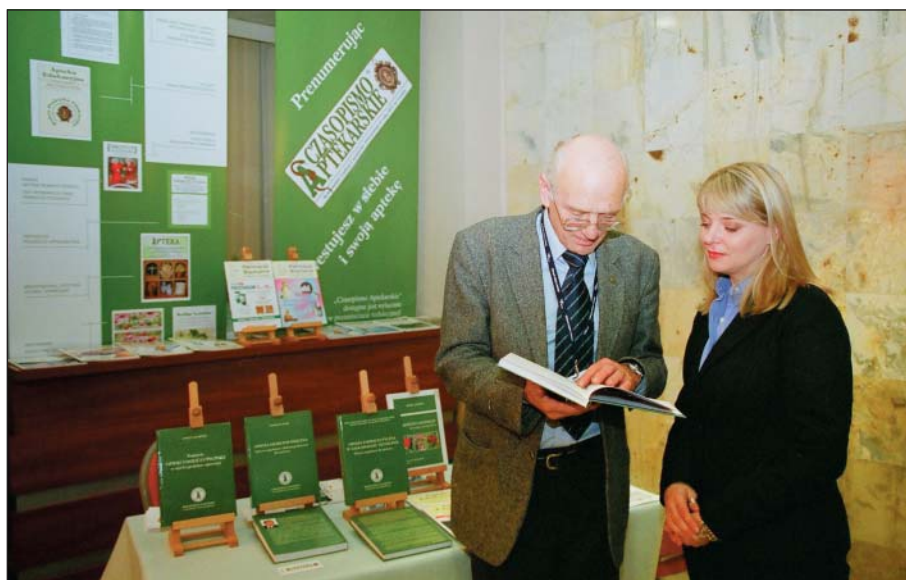
odnieć z korzystania z nich, a także materiały zawierające metodyczne wskazówki dla farmaceutów.

Programy MAS, AMS i CMS wymagają zarejestrowania się pacjenta w jednej, wybranej aptece. MAS wiąże się z doradzaniem pacjentom w samodzielnym leczeniu łagodniejszych dolegliwości wraz z doradzaniem i sprzedażą najwłaściwszego leku. Usługa ta spotkała się z bardzo dużym zainteresowaniem ludności, o czym świadczy to, że w połowie 2007 r. w aptekach było zarejestrowanych ponad 900.000 pacjentów, a co miesiąc udziela się w nich około 70.000 porad.

PMS to usługi związane z zapewnianiem przez apteki publicznej informacji zdrowotnej oraz wspieranie krajowych kampanii zdrowotnych, m.in. przez ekspozycję materiałów promujących zdrowie, a także tworzenie tzw. okien promujących zdrowie.

W AMS wprowadzono elektroniczny przekaz recept dla maksymalnego przyspieszenia zaopatrzenia pacjenta w pilnie potrzebne mu leki.

Z kolei CMS to system indywidualnej opieki farmaceutycznej zapewnianej pacjentom z chorobami przewlekłymi, mający na celu uzyskanie maksymalnych korzyści terapeutycznych ze stosowanych leków i zminimalizowanie wszelkich przewidywalnych niepożądanych zdarzeń związanych z ich używaniem. Podstawowym zadaniem farmaceuty jest opracowanie planu opieki farmaceutycznej dla każdego pacjenta przy jego współudziale, a następnie monitorowanie jego realizacji, ocena uzyskiwanych efektów, a w razie potrzeby wprowadzenie koniecznych zmian w planie opie-



© Wiktor Szukiel

Redaktor Naczelny kwartalnika Opieka Farmaceutyczna dr Jerzy Łazowski w rozmowie z dr Karen Peachey

ki, no i oczywiście prowadzenie pełnej dokumentacji, czyli wszystko to, co wynika z filozofii opieki farmaceutycznej.

Z kolei A. Strath podała podstawowe informacje o aptekarstwie w Szkocji i przedstawiła szczegóły wynagradzania aptek i farmaceutów za świadczone usługi. W zakresie MAS, AMS i CMS przewidywane jest dodatkowe, indywidualne wynagradzanie farmaceutów, uzależnione od liczby zarejestrowanych pacjentów, natomiast w przypadku PAS jest to kwota 950 GBP za udział apteki w każdej kampanii zdrowotnej (rocznie 3771 GBP), a za działalność związaną z zapewnianiem publicznej informacji zdrowotnej 718 GBP miesięcznie (8620 GBP rocznie).

IN STATU NASCENDI W KRAJACH NASZEGO REGIONU

Informacje, jakie przekazali przedstawiciele Litwy, Łotwy i Węgier, wskazują, że opieka

farmaceutyczna w tych krajach stale jeszcze, podobnie jak w naszym kraju, znajduje się *in statu nascendi*. I wiąże się przede wszystkim z prowadzeniem programów pilotażowych, realizowanych we współpracy z EuroPharm Forum.

Dokonując podsumowania konferencji, można ocenić, że było to bardzo ważne wydarzenie, dające pogląd na to, jaki jest stan opieki farmaceutycznej w różnych krajach na różnych kontynentach. Bardzo cenne były wskazówki prof. Strand dotyczące wdrażania opieki farmaceutycznej oraz uwagi dr. Miła o potrzebie integracji działań na rzecz opieki farmaceutycznej w Europie.

Należy też zauważyć bardzo dobrą stronę organizacyjną konferencji i sprawne prowadzenie jej obrad, co należy zawdzięczać pomysłodawcy konferencji – dr M. Koziol oraz Komitetowi Organizacyjnemu pod kierownictwem prezesa ORA w Krakowie – mgr. Piotra Józwiakowskiego. ■