

Problemy związane z wdrażaniem opieki farmaceutycznej w Polsce

Magdalena Waszyk-Nowaczyk¹, Marek Simon²

¹ Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Pracownia Farmacji Praktycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

² Katedra i Zakład Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

Adres do korespondencji: Magdalena Waszyk-Nowaczyk, Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Pracownia Farmacji Praktycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Collegium Stomatologicum, ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań, tel. 061 854 72 06, e-mail: mwaszyk@ump.edu.pl

Apteki ogólnodostępne określa się mianem drzwi frontowych służby zdrowia, a służącego fachową pomocą aptekarza traktuje się jako przedstawiciela zawodów medycznych, do którego dostęp jest nieograniczony. Wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów i utrudniony dostęp do leczenia ambulatoryjnego wymusiły konieczność wprowadzenia do aptek opieki farmaceutycznej [1], która jednocześnie podwyższa pozycję społeczną zawodu farmaceuty, chroniąc przed łączeniem apteki tylko z biznesem wydawania leków. Dla zawodu farmaceuty nie ma żadnej przyszłości w zwykłym dyspensowaniu leków, a ten rodzaj działalności z powodzeniem mogą zastąpić: internet, maszyny i/lub kiepsko wyszkolony technik [2].

Proces wdrażania opieki farmaceutycznej jest długotrwały, dlatego farmaceuci powinni już teraz rozpocząć tworzenie jej podstaw i zasad [3]. Wprowadzanie zmian nie może odbywać się indywidualnie w poszczególnych aptekach, dlatego powstał Zespół ds. Wdrażania Opieki Farmaceutycznej do Praktyki Aptecznej. W skład zespołu wchodzi przedstawiciele Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Grupa ta opracowała definicję opieki farmaceutycznej w Polsce. Na jej podstawie farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z innymi zawodami medycznymi, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii, w celu uzyskania określonych jej efektów.

Zasadnicze zadania farmaceuty obejmować mają:

- rozpoznawanie rzeczywistych lub potencjalnych problemów lekowych,

Problems with implementation of pharmaceutical care in

Poland · Pharmacist is often the first person who is faced with the medical problems of the patients. He is also the last stage of the health care system which is contacted by the patient prior to the beginning of the therapy. The increase of health awareness and difficult access to ambulatory treatment should be associated with implementation of the pharmaceutical care to the pharmacy. This may succeed in an increase in the social status of the pharmacists; however, there are several difficulties in introduction of the pharmaceutical care into routine therapy. The most important problems therefore are the lack of statute of pharmacist as health care professional, inappropriate attitude of pharmacists towards the work as well as the need for organizational changes in the practice. The implementation of the pharmaceutical care into practice is a long term process and requires establishing of appropriate proceeding standards. Therefore, a special expert group was appointed, which consist of Members of Polish Pharmaceutical Chamber and Polish Pharmaceutical Society. The changes initiated by this group are a big challenge for the pharmacists and will result soon in an increase in the quality of work as well as the personel and patient satisfaction.
Keywords: community pharmacy, pharmaceutical care, self-treatment, pharmacist.

© Farm Pol, 2009, 65(10): 713-716

- rozwiązywanie rzeczywistych problemów lekowych,
- zapobieganie, aby problemy potencjalne nie przekształciły się w problemy rzeczywiste.
Istotne dla prawidłowej realizacji opieki są także zasady dokumentowania zbieranych informacji, dokonywanych ocen oraz podejmowanych decyzji i ich

skutków. Rola farmaceuty w tym zakresie ma polegać na monitorowaniu używania leków przez pacjentów, co ma przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa chorych stosujących różne leki. Pacjent powinien być partnerem lekarza i farmaceuty, mieć prawo głosu we wszystkich sprawach związanych ze swoim zdrowiem [4]. W Polsce wizyta u lekarza polega na badaniu, postawieniu diagnozy oraz wyborze metody leczenia. Rzadko dokonuje się kontroli sposobu i ilości zażywanych leków, co wobec łatwego dostępu do specjalistów sprawia, że chory narażony jest na ryzyko polipragmazji [5].

Bąbelek [6] wymienił i podzielił warunki, które powinny być spełnione podczas wdrażania opieki farmaceutycznej na: ogólne, techniczne i logistyczne.

Do warunków ogólnych zaliczył:

- 1) opracowanie ogólnokrajowej strategii,
- 2) zmianę wizerunku aptek ogólnodostępnych,
- 3) pozytywne nastawienie do koncepcji opieki farmaceutycznej,
- 4) umiejętność porozumiewania się z pacjentem,
- 5) umiejętność współpracy z lekarzami i innymi zawodami zapewniającymi opiekę zdrowotną.

Do warunków technicznych i logistycznych zaliczył:

- 1) dostęp do danych,
- 2) komputerowe programy planowania, realizacji i dokumentowania opieki farmaceutycznej,
- 3) stworzenie warunków umożliwiających poufne komunikowanie się z pacjentem,
- 4) optymalizację wykorzystania personelu aptecznego i toku pracy w aptece,
- 5) wynegocjowanie systemu wynagradzania za usługi opieki farmaceutycznej.

Realia wdrażania opieki farmaceutycznej odbiegają jednak znacznie od powyższych założeń. Istnieje wiele przeszkód utrudniających wprowadzenie opieki farmaceutycznej. Jedną z najważniejszych jest brak ustawy o zawodzie farmaceuty/aptekarza, co sprawia, że żaden akt prawny nie reguluje praw pacjenta w odniesieniu do zawodu farmaceuty [7]. Ponadto brak źródła wynagrodzenia za prowadzenie dodatkowych usług w aptece, gdyż żaden z dokumentów regulujących finansowanie opieki zdrowotnej nie przewiduje wypłacania środków pieniężnych za prowadzenie opieki farmaceutycznej. Mało prawdopodobne jest także wprowadzenie opłat za wizyty.

Wydaje się, że sprzymierzeńcem farmaceutów są zakłady ubezpieczeń, które podejmą działalność ubezpieczeniową w zakresie dobrowolnego,

dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Termin wejścia ustawy planowany był na rok 2009 [8].

Tu warto przypomnieć, że w Stanach Zjednoczonych wprowadzenie opieki farmaceutycznej było wynikiem ekonomicznego kryzysu systemu zdrowotnego, który pojawił się już w XVIII wieku [9].

Przeszkodą są również wygodnictwo i niechęć do zmian samych farmaceutów [6]. Potwierdzeniem powyższego są m.in. badania przeprowadzone przez Duliana, z których wynika, że tylko 41% badanych farmaceutów wyrażało potrzebę zmian organizacyjnych w aptece [10], 49% nie wykazywało zainteresowania zbieraniem informacji o lekach stosowanych podczas wywiadu terapeutycznego, a 38,5% uważało, że osobami powołanymi do rozwiązywania problemów lekowych są wyłącznie lekarze [11]. Wprowadzenie zmian, czyli opieki farmaceutycznej, wymaga zaangażowania ze strony aptekarza i ich przekonania, że rozszerzenie zawodowej roli stanowić będzie istotny wkład w lepsze i korzystniejsze, chociażby z ekonomicznego punktu widzenia, usługi zdrowotne [12].

Często farmaceuta nie jest przygotowany do pracy z chorym, brak mu umiejętności komunikowania, nie korzysta z dostępnych na rynku narzędzi wspomagających pracę z chorym, odpowiednich baz danych o lekach, narzędzi oceny interakcji [5]. Według Bąbelka zauważalny jest także brak przekonania do własnych możliwości realizowania zadań, wynikających z filozofii opieki farmaceutycznej [6]. Jednak Jankowski w swoich badaniach wykazuje, że aż 84% badanych farmaceutów deklaruje znajomość i zrozumienie zasad opieki farmaceutycznej, z czego 36% uznaje, że pełną opieką farmaceutyczną obejmuje około 15% swoich pacjentów, a 16% spośród badanych uważa, że realizuje opiekę przez wydawanie leków i udzielanie pacjentowi informacji [11]. Badania przeprowadzone w 2003 r. wykazały, że farmaceuci w większości są zdolni do pełnienia opieki farmaceutycznej [10]. W 2004 r. Panas [13], po przebadaniu przygotowania farmaceutów do udziału w programach promocji zdrowia na przykładzie prewencji palenia tytoniu, stwierdził, że aptekarz profesjonalnie potrafi udzielić porady pacjentom, którzy chcą przestać palić. Także ponad połowa pacjentów badanych przez Martyniuka [14] wskazała, że apteka to miejsce, w którym można uzyskać poradę oraz informacje nie tylko o lekach, ale również na temat ochrony zdrowia i profilaktyki chorób.

Istotną przeszkodą utrudniającą wdrażanie opieki farmaceutycznej jest obawa przed pogorszeniem już i tak nie najlepszych kontaktów aptekarza z lekarzami [6]. Blisko połowa farmaceutów nie nawiązuje współpracy z lekarzami, a pozostali robią to sporadycznie [11]. Farmaceuci powinni promować swoją profesję, jako formę nowoczesnej opieki nad pacjentem, szczególnie wśród lekarzy [15]. Warto przytoczyć badania Smitha na temat oczekiwań lekarzy

W Polsce powstał Zespół ds. Wdrażania Opieki Farmaceutycznej do Praktyki Aptecznej. W skład zespołu wchodzi przedstawiciele Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Grupa ta opracowała definicję opieki farmaceutycznej, na podstawie której farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z innymi zawodami medycznymi, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii, w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta.

względem zawodu farmaceuty. Wynika z nich, że im dłużej lekarz pracował w zawodzie, tym mniejsze wymagania stawiał farmaceucie, cały potencjał drzemie zatem w młodszym pokoleniu medyków [16].

Kolejnym problemem jest zbyt mała liczba magistrów farmacji w Polsce. Według standardów stosowanych w ojczyźnie opieki farmaceutycznej – USA, jeden farmaceuta powinien przypadać na tysiąc mieszkańców [17], zatem wprowadzenie opieki farmaceutycznej do Polski wymaga podwojenia liczby magistrów farmacji [18]. Niewielka liczba personelu z wyższym wykształceniem w aptekach powoduje duże obciążenie pracą magistrów farmacji, w tym głównie niespecyficznymi obowiązkami administracyjnymi, które mogłyby być wykonywane przez osoby bez wykształcenia farmaceutycznego [5]. Z badań Jankowskiego wynika, że statystyczny czas poświęcony jednemu pacjentowi wynosi około 7 minut na terenie wiejskim, do około 9,5 minuty w mieście powiatowym. Ten ograniczony czas kontaktu z pacjentem jest jedną z podstawowych przeszkód dla prowadzenia pełnej opieki farmaceutycznej. Często również zła sytuacja ekonomiczna aptek zmusza do zmniejszenia zatrudnienia personelu fachowego [19].

Istotnym utrudnieniem jest konieczność uzyskania zgody chorego na zbieranie przez farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych danych osobowych oraz o stanie zdrowia. Duża konkurencja na rynku aptek ogólnodostępnych umożliwia choremu wybór dowolnej apteki w celu realizacji recepty, co prowadzi do rozproszenia danych chorego [5].

Problem organizacyjny tkwi także w samej aptece, gdzie należy przygotować osobne miejsce do spotkań z pacjentem. Z ankiety przeprowadzonej przez Jankowskiego wynika, że tylko 36% aptek ma możliwość wydzielenia specjalnych miejsc, zapewniających odpowiednie warunki do przeprowadzenia wywiadu [11]. Brak również wypracowanego systemu współpracy i przekazywania danych o chorym między instytucjami i pracownikami systemu zdrowotnego. Wynika to z braku jednostki zbierającej wszystkie informacje dotyczące stanu zdrowia chorego i stosownego leczenia zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym. Stąd potrzeba wdrożenia programu komputerowego, który oddzielałby proces wydawania leków od opieki farmaceutycznej i ułatwiałby planowanie, realizację i dokumentację tej opieki [20]. Według Plaza i Faus program powinien gwarantować poufność, a także świadczyć o odpowiedniej jakości opieki sprawowanej przez farmaceutę [21, 22]. W Polsce już od kilkunastu lat firma Kamsoft realizuje projekt informatyczny o nazwie Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia OSOZ, który udostępnia aptekom, przychodniom, szpitalom, a wraz z nim – Kartę Zdrowia Pacjenta. Karta spełnia funkcję identyfikacyjną i wspomaga

opiekę farmaceutyczną i medyczną. Karta nie jest źródłem informacji, ale zawiera numer identyfikacyjny, który pozwala na uzyskanie szczegółowych informacji na temat pacjenta. Powszechność kart jest jednak niewielka.

Proces wdrażania opieki farmaceutycznej jest bardzo trudny, a także według słów Piotra Bohatera, Koordynatora Departamentu Spraw Zagranicznych Naczelnej Rady Aptekarskiej, rozwija się lepiej w tych krajach, gdzie apteki nie walczą ze sobą o pacjenta promocjami, a farmaceuta nie poświęca większości swojego czasu na szukanie zniżek, rabatów, najtańszych hurtowni. Tam gdzie rynek apteczny jest stabilny i dobrze uregulowany, tam farmaceuta może lepiej realizować się zawodowo, służąc choremu swoją wiedzą.

Opieka farmaceutyczna stanowi wielkie wyzwanie dla naszego zawodu, ale otwiera też szerokie możliwości, które w przyszłości mogą dać satysfakcję z wykonywanej pracy i dlatego warto podjąć trud wprowadzania jej w Polsce.

Istotną przeszkodą utrudniającą wdrażanie opieki farmaceutycznej jest obawa przed pogorszeniem nienajlepszych już kontaktów aptekarzy z lekarzami. Blisko połowa farmaceutów nie nawiązuje współpracy z lekarzami, a pozostali robią to sporadycznie.

Otrzymano: 2009.07.22 · Zaakceptowano: 2009.08.10

Piśmiennictwo

1. Woś-Ponczonek M., Drozd M., Kijewska A.: Wizerunek aptek w województwie lubelskim. *Farmacja Polska*. 2004, 60(7), 20–325.
2. Van Mil J.W., Schulz M., Tromp T.F.: Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharmacy World and Science*. 2004, 26(6), 303–311.
3. Barber N.: Community pharmacy: alternative visions. *The Pharmaceutical Journal*. 2000, 264, 22–2.
4. Łazowski J.: Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej. Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Farmapress, 2005.
5. Brandys J., Skowron A.: Opieka farmaceutyczna. W: Jachowicz R. *Farmacja Praktyczna*. Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2007, 188–214.
6. Bąbelek T.: Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce. XI Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Edukacyjna Czasopisma Aptekarskiego „Opieka farmaceutyczna jako gwarancja skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii oraz jej wpływ na kondycję ekonomiczną aptek”. Warszawa, 24 kwietnia 2004 r.
7. Niewójt Z.: Opieka farmaceutyczna, jako kluczowy element w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta przy stosowaniu produktów leczniczych. *Czasopismo Aptekarskie*. 2008, 10(178), 8–15.
8. Jendryczko B.: Prawne aspekty wdrażania opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej. *Czasopismo Aptekarskie*. 2008, 10(178), 30–34.
9. Van Mil J.W. F.: Pharmaceutical care in community pharmacy in Europe, challenges and barriers. *Pharmaceutical Care Espana*. 2000, 2, 42–56.
10. Dulian K., Skrabalak M., Kamiński R., Stożkowska W.: Edukacyjna rola farmaceuty w farmakoterapii w świetle opinii pracowników aptek i pacjentów. *Farmacja Polska*. 2003, 59(17), 792–794.
11. Jankowski A., Bułaś L., Jaros K.: Ocena realizacji opieki farmaceutycznej w aptekach regionu Podbeskidzia. *Farmacja Polska*. 2007, 63(2), 57–61.
12. Karta Aptekarstwa Europejskiego, Biuletyn NIA. 5, 1, 2000.
13. Panas M., Brandys J.: Przygotowanie farmaceutów do udziału w programach promocji zdrowia na przykładzie prewencji palenia tytoniu. *Przegląd Lekarski*. 2004, 61(10), 1203–5.
14. Martyniuk P., Drozd M., Woś-Ponczonek M.: Apteka w oczach pacjenta – analiza pacjentów lubelskich aptek. *Farmacja Polska*. 2005, 61(14), 658–663.

15. Glover E.: The future of profession. *The Pharmaceutical Journal*. 2000, 264, 13–14.
16. Smith W.E., Ray MD, Shannon D.M.: Physicians' expectations for pharmacists. *Current Pharmacy*. 2002, 10(31), 3969–85.
17. Ffion L.: The effect of an intervention programme to improve health education leaflet uptake and distribution in community pharmacies. *Patient education and counselling*. 2003, 49, 27–33.
18. Magowska A. Ewaluacja opieki farmaceutycznej jako problem badawczy. *Opieka Farmaceutyczna*. 2008, 11(3–4), 80–87.
19. Sprawozdanie z działalności Lubelskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej za okres 12.10.2003–31.12.2004 *Biuletyn Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej*. 3, 2005, s. 17.
20. Cohen J.I., Kabat H.F., Koda-Kimble M.A., Rutledge C.O., Smith R.E.: Are we delivering on our promise to society to assure the safe use of medications? Educating pharmacists to continue adding value to health care. Report of the 2000–2001 Argus Commission. *Current Pharmacy*. 2001, 65, 6–8.
21. Plaza F.: Pharmaceutical Care. Actual state and pharmaceutic service's development: reason for the change. *Pharmaceutical Care Espana*. 1999, 1, 48–51.
22. Faus M.J., Martinez F.: Pharmaceutical in community pharmacies: evolution of the concept, training requirements, modalities and implementation strategies. *Pharmaceutical Care Espana*. 1999, 1, 52–61.