Poprzeczne sieciowanie – głos w dyskusji o opiece farmaceutycznej nad pacjentem hospitalizowanym

Sławomir Wileński

Apteka Szpitalna Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Adres do korespondencji: Sławomir Wileński, Apteka Szpitalna Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka, ul. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz, e-mail: wilenskis@co.bydgoszcz.pl; slawek.wi@wp.pl

Cross-linking – a voice in the discussion about pharmaceutical care for a hospitalized patient

Pharmaceutical care in a hospital can be exercised taking into account the pharmacotherapeutic division of patients and result from the ongoing analysis of the needs of a given center. The most important goal of the pharmacist's presence in the ward is pharmacovigilance supervision. Minimizing costs can only be an additional aim. The direct task of a clinical pharmacist may be the role of a consultant in a given field.

Keywords: pharmaceutical care, hospitalization.

© Farm Pol, 2019, 75 (5): 262–263

Opieka farmaceutyczna nad pacjentem hospitalizowanym stanowi cały czas wyzwanie dla farmaceutów klinicznych, którego zasady działalności nie zostały sprecyzowane ani w aktualnie obowiązujących aktach prawnych, ani nawet w rekomendacjach towarzystw naukowych czy zawodowych zajmujących się farmacją kliniczną. Dostępne opracowania czy też opisy działalności poszczególnych osób już znajdujących zatrudnienie na oddziałach szpitalnych (a takich osób w Polsce nadal jest bardzo niewiele) często zdają się wpisywać ogólną tendencję polegającą niejako na rekapitulacji wiedzy medycznej charakterystycznej dla lekarzy danej specjalności, w dalszej kolejności stając się audytorem kart zleceń lekarskich.

Wdrożenie działalności farmaceuty klinicznego w ramy istniejącego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności szpitala, powinno wynikać z bieżących potrzeb szpitala, a zakres obowiązków i obszar działalności zdefiniowany na podstawie analizy potrzeb. Najlepszym z punktu widzenia bezpieczeństwa farmakoterapii wydaje się być układ

jednego etatu farmaceuty na jeden oddział, aczkolwiek realia oddziałów są bardzo zróżnicowane, farmakoterapia na oddziale może być podstawową metodą leczenia i problemy lekowe stanowić mogą duże wyzwanie dla farmaceuty klinicznego. Z drugiej strony istnieją oddziały, gdzie farmakoterapia pacjentów zwykle nie jest obciążona ryzykiem nieprawidłowości.

W związku z tym opcją wartą do rozważenia stać się może odejście od istniejących podziałów wynikających ze struktury organizacyjnej szpitala, dalej zdefiniowanie potencjalnych problemów lekowych, którymi mogą zająć się farmaceuci kliniczni, np. antybiotykoterapia, leczenie bólu, farmakoterapia geriatryczna, interakcje międzylekowe, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa i zgodnie z tym, bardziej niejako farmakoterapeutycznym podziałem, wykazać słabsze strony ośrodka będące tym samym jego potrzebami. Po klinicznej ocenie potrzeb należy wskazać rolę farmaceuty klinicznego zajmującego się danym zagadnieniem nie w ujęciu oddziału, ale farmakoterapeutycznie homogennej grupy pacjentów. Dzięki takiemu podejściu tworzy się nowa jakość osoby kreującej farmakoterapię pacjentów, która nie jest ukierunkowana analogicznie jak lekarz na konkretny typ jednostki choroby podstawowej, ale skupia się na danym problemie z perspektywy farmakoterapii, wyciągając z niej to co w danym przypadku najważniejsze, a może łatwo być pominięte przez lekarza nastawionego na cel, jakim jest leczenie choroby podstawowej. Takie rozwiązanie jednak jeszcze bardziej wymusza na farmaceutce umiejętność sprawnego poruszania się w klinicznych tematach różnych problemów, które często stanowiąc będą – w odróżnieniu od pozycji lekarza prowadzącego – niejako tło do

właściwej działalności. W przedstawionej propozycji roli farmaceuty klinicznego dopełniony został opis roli „poprzącznego sieciowania” w procesie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii pacjenta hospitalizowanego.

Częstym argumentem uzasadniającym obecność farmaceuty na oddziale, podnoszonym przez różne grupy, jest minimalizacja kosztów. Warto jednak mieć na uwadze to, iż nie można dopuścić do sytuacji, kiedy celem wdrażania opieki farmaceutycznej na oddziale szpitalnym miało być stworzenie etatu dla farmaceuty – kontrolera zleceń, którego głównym zadaniem byłaby minimalizacja kosztów farmakoterapii. Paradoksalnie zakres kompetencji zawodowych farmaceuty (również klinicznego) jest na tyle okrojony karbami farmakoterapii, iż analiza kosztów leczenia bazująca jedynie na bezpośrednich kosztach farmakoterapii może prowadzić do fałszywych wniosków, o ile nie uwzględni się faktu, iż koszty farmakoterapii stanowią część kosztów w złożonej strukturze kosztów w ochronie zdrowia. Tym samym finansowy argument uzasadniający zatrudnienie farmaceuty na oddziale jest nie do końca właściwy.

W pełni uzasadnionym jest jednak obecność farmaceuty na oddziale w kontekście aktywnego nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Prowadzenie audytów lekowych w postaci kontroli kart zleceń lekarskich jest zapewne cenne i uzasadnione, jednak stanowić powinno jedynie podstawę do dalszej działalności. Celem kontroli kart zleceń lekarskich jest zdefiniowanie problemów lekowych, tym samym poznanie mocnych i słabych stron prowadzonej farmakoterapii. Tak prowadzona analiza retrospektywna pozwoli na zdefiniowanie problemu. W dalszej kolejności należy wdrożyć procedury niwelujące stosowane istniejące błędy. Z perspektywy farmaceuty może to odbywać się dwoma sposobami. Pierwszym z nich jest rozwiązanie miejscowe, które polega np. na szkoleniu

kadry, z działalności której wynika zaobserwowany błąd. Drugim, niewątpliwie bardziej skutecznym, jest podejście systemowe polegające np. na zmianach zapisów w obowiązujących instrukcjach, albo na reglamentowaniu wydań konkretnego leku wyłącznie na podstawie wypełnionego formularza podlegającego dodatkowej autoryzacji. Istnieje jednak ryzyko, iż taka procedura stanie się w oczach lekarza prowadzącego zbędną formalnością i okaże się źródłem nieporozumień. Jedynym właściwym rozwiązaniem z tej sytuacji wydaje się być właściwa ranga i przygotowanie osoby autoryzującej zlecenia, której rola polega na merytorycznej ocenie zaproponowanej terapii. Autoryzacja takiego zlecenia może być dokonywana właśnie przez farmaceutę klinicznego. Ponadto, ważna jest rola szpitalnej listy leków będącej częścią receptariusza szpitalnego. Aktualizacja listy leków wynikająca z bieżącej oceny skuteczności i bezpieczeństwa zaproponowanych leków powinna być przeprowadzana przez przygotowany merytorycznie zespół osób na czele z farmaceutą klinicznym. Owe działania formalizujące proces farmakoterapii stanowią fundament działalności farmaceuty na oddziale. W dalszej kolejności rola i znaczenie farmaceuty klinicznego polaryzuje się w kierunku konsultanta w danej dziedzinie, wspomagającego proces decyzyjny terapii konkretnego pacjenta swoją wiedzą i doświadczeniem.

Aby rola farmaceuty klinicznego była właściwie ugruntowana, jego ranga musi wynikać z odpowiedzialnego przygotowania i świadomości wagi podejmowanych decyzji, które bezpośrednio wpływają na zdrowie i życie pacjentów. Owa odpowiedzialność, mimo że formalnie przerzucona zwykle na lekarza prowadzącego, stanowi odpowiedzialność etyczną i zawodową farmaceuty postawionego w roli konsultanta.

Otrzymano: 2019.05.21 · Zaakceptowano: 2019.05.27