Zapotrzebowanie na usługi doradztwa w polskich aptekach, szczególna rola komunikacji z pacjentem

Magdalena Stępień¹, Małgorzata Chmielewska¹, Anna Kostrzewa-Itrych¹, Tomasz Hermanowski¹

¹Zakład Farmacji Kryminalistycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

Farmacja Polska, ISSN 0014-8261 (print); ISSN 2544-8552 (on-line)

Demand for Pharmaceutical Counseling in Pharmacies in Poland, the Specific Role of Patient-Pharmacist Communication

The aim of this paper was to assess the demand for pharmaceutical counseling in pharmacies in Poland, with a focus on the impact of patient-pharmacist communication on the efficacy and safety of pharmacotherapy. Additionally, the importance of and barriers to pharmacist involvement in health-related counseling were considered on an individual and systemic basis. The new Act of December 10, 2020, on the profession of the pharmacist was also discussed in the context of introducing real-term pharmaceutical care in Poland.

Pharmacists can significantly influence the health behavior of patients, and therefore the essential professional competencies of pharmacists include adequate social and communication skills. Patient management, including the continuation of prescribed therapy and follow-up of health problems and patient needs, as well as effective health education can only be implemented through individual interaction with patients.

The World Health Organization (WHO) identifies the lack of communication with healthcare professionals, including pharmacists, as one of the reasons for non-compliance with therapeutic recommendations, which is relatively common among patients. According to the WHO report, approximately half of all patients with chronic illnesses do not take medications as prescribed, which is why non-compliance is considered a global healthcare concern. Patients may fail to understand the information conveyed to them by healthcare professionals due to communication barriers in patient-doctor or patient-pharmacist interactions. In the relevant literature, it is generally accepted that pharmacists need to be continuously trained in order to broaden their professional knowledge, develop an appropriate attitude towards patients, and learn to communicate with them.

Pharmacists can increase patient compliance through personalized counseling and pharmaceutical care. The new Polish healthcare legislation, i.e. the Act of December 10, 2020, on the profession of pharmacist, opens a new chapter of pharmaceutical care in Poland. By using the potential of pharmacists and pharmacies as health care institutions, it increases patient's access to healthcare services not previously

Adres do korespondencji

Małgorzata Chmielewska, Wydział Farmaceutyczny,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki
i Wigury 81, 02-091 Warszawa, Polska;
e-mail: malgorzata.chmielewska@wum.edu.pl

Źródła finansowania

Nie wskazano źródeł finansowania.

Konflikt interesów

Nie istnieje konflikt interesów.

Otrzymano: 2021.03.16

Zaakceptowano: 2021.05.04

Opublikowano on-line: 2021.05.06

DOI

10.32383/farmpol/136369

ORCID

Magdalena Stępień (ORCID iD: 0000-0001-7967-9527)

Małgorzata Chmielewska

(ORCID iD: 0000-0002-6566-0902)

Anna Kostrzewa-Itrych

(ORCID iD: 0000-0002-4355-325X)

Tomasz Hermanowski

(ORCID iD: 0000-0002-1659-8719)

Copyright

© Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne

To jest artykuł o otwartym dostępie,
na licencji CC BY NC

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Wstęp

Intensywność starzenia się polskiego społeczeństwa w ostatnich kilkudziesięciu latach, długi czas oczekiwania na wizyty lekarskie w publicznej służbie zdrowia, wysokie koszty wizyt prywatnych, a także duża różnorodność leków i wszechobecność reklam to jedne z ważniejszych czynników, które powodują wzrastające zapotrzebowanie na usługi doradztwa w aptekach. Farmaceuci niestety rzadko udzielają porad proaktywnie, wychodząc z założenia, że lekarz przekazał pacjentowi wszystkie ważne informacje. Tymczasem rozmowa z pacjentem w aptece ma istotny wpływ na przebieg i kontynuację leczenia. Odpowiednio przekazana porada przyczynia się do osiągnięcia lepszych efektów terapeutycznych, przede wszystkim dzięki lepszemu stosowaniu się pacjenta do zaleceń, natomiast jej brak lub niewłaściwy sposób wyrażenia może prowadzić m.in. do niepowodzenia, narażenia bezpieczeństwa pacjenta oraz wzrostu kosztów terapii. Brak doradztwa, a tym samym luka w opiece nad pacjentem, jest poważnym problemem dla przebiegu leczenia, warunkując jednocześnie częste postrzeganie farmaceuty jako wysoce wyspecjalizowanego sprzedawcę niż doradcę pacjenta w zakresie farmakoterapii.

Komunikacja w zawodzie farmaceuty

Farmaceuci to jedna z grup zawodowych, dla których wysokie kompetencje społeczne są niezbędne w pracy, gdyż istotnie wpływają na zachowania zdrowotne pacjentów. Leczenie pacjenta, w tym także kontynuacja terapii rozpoczętej przez lekarza poprzez dalsze monitorowanie problemów i jego potrzeb, a także efektywną edukację jest możliwa głównie dzięki zindywidualizowanej rozmowie z pacjentem. Udzielanie informacji oraz porad w aptece wymaga oprócz profesjonalnej wiedzy medycznej również nieprzeciętnych umiejętności komunikacyjnych. Podczas przekazywania informacji, rozmówcy wchodzi we wzajemną relację. Sprzyja to tworzeniu atmosfery zaufania i budowaniu więzi, co ułatwia wzajemny kontakt z osobą oczekującą wsparcia.

W wielu wytycznych dotyczących pracy aptekarza wskazuje się na edukowanie pacjentów z zakresu prowadzenia zdrowego trybu życia, poprzez formułowanie i zalecanie porad higieniczno-zdrowotnych i profilaktyki zdrowotnej. Proces nabywania i trwania we właściwych zachowaniach zdrowotnych wspierany jest istotnie dzięki komunikacji [1].

practiced on a larger scale in pharmacies, such as drug check-ups, individual pharmaceutical care plans, and diagnostic tests. Implementing the specific stages of pharmaceutical care while maintaining its regularity, continuity and record-keeping provide for the best outcomes. Developing an individual pharmaceutical care plan, taking into account the patient's problems with pharmaceuticals, helps define therapeutic goals and indicate ways of solving the identified issues, with a focus on health education, promoting health and healthy lifestyle, and health prophylaxis. Pharmacy counseling and patient care according to the new Act provide an opportunity for wider cooperation with patients and medical doctors in terms of pharmacotherapy and change the professional role of pharmacists.

Keywords: pharmaceutical counseling, communication with patients, pharmacy, pharmaceutical care, compliance.

© Farm Pol, 2021, 77(4): 262–268

Warto przy tym zaznaczyć, że apteka ogólnodostępna jest nietypowym miejscem dystrybucji i świadczenia usług. Usługi farmaceutyczne różnią się od pozostałych tzw. usług profesjonalnych, np. bankowych, bezpośrednim uczestnictwem pacjenta w procesie ich świadczenia. Pacjent nie jest tylko odbiorcą, ale podmiotem mogącym wpływać na przebieg i rezultat usługi. Asymetria wiedzy pomiędzy specjalistą a pacjentem nie powinna być przeszkodą i tym bardziej wymaga od farmaceuty istotnej roli doradczej [2].

Prowadząc sprzedaż w aptece, nie powinno się namawiać pacjenta do zakupu niepotrzebnych preparatów, czyli być nastawionym wyłącznie handlowo. Nie powinno się wykorzystywać dużej tolerancji na nadmiar preparatów za cenę wyleczenia lub poprawy zdrowia. Zawód farmaceuty szczególnie wymaga postępowania zgodnie z zasadami etyki, bez nadużywania swojej pozycji.

W literaturze przedmiotu jako jedną z najważniejszych cech, jaką powinien odznaczać się farmaceuta w rozmowie z pacjentem wymienia się empatię, czyli „zdolność rozumienia innych ludzi, umiejętność wczuwania się w ich potrzeby i uczucia”. Nie należy jednak utożsamiać jej ze współczuciem. Nie musi również wiązać się z sympatią. Aptekarz w codziennej pracy regularnie spotyka się z chorymi ludźmi, stąd zdolność do współodczuwania wydaje się kluczowa i niesie ze sobą wiele korzyści. Przede wszystkim pacjent powinien mieć poczucie, że nie zostaje sam ze swoją chorobą. Poza tym, empatia ze strony aptekarza otwiera pacjenta na udzielaną poradę, co warunkuje, że rozmowa jest bardziej spersonalizowana, jak również warunkuje tworzenie wzajemnych relacji i zdobywanie zaufania, które znacząco ułatwia skuteczne porozumiewanie i współpracę [3].

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych konsekwencją braku doradztwa

Aby leczenie było skuteczne, bezpieczne, a także warunkowało efektywne wydanie środków pieniężnych, konieczne jest właściwe i regularne przyjmowanie leków, a to w dużej mierze zależy od komunikacji z pacjentem.

WHO jako jeden z powodów, dlaczego pacjenci nie stosują się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przepisanych leków, identyfikuje właśnie brak komunikacji z pracownikami służby zdrowia, w tym z farmaceutami. Również w dokumencie Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej dotyczącym m.in. aptekarzy i polityki zdrowotnej Unii Europejskiej, poruszono kwestie bezpośrednio związane z procesem skutecznego porozumiewania się [4]. Zauważono, że aptekarze powinni przyczyniać się do zrozumienia przez pacjenta istoty prawidłowego przyjmowania leków, aby uzyskać maksymalne korzyści terapeutyczne. Bez odpowiednich umiejętności komunikacyjnych, w zasadzie nie jest możliwa realizacja tego postulatu. Jedno z badań amerykańskich pokazało, że współczynnik przestrzegania zaleceń terapeutycznych dla populacji pacjentów przyjmujących antybiotyki, którzy otrzymali szczegółowe informacje na temat antybiotykoterapii wynosił 84,7%, w porównaniu z 63% w przypadku pacjentów, którzy otrzymali mniej informacji [5]. Świadczy to o dużym wpływie komunikacji na osiągane efekty terapeutyczne.

Skala zjawiska nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta, tzw. *non-compliance* jest bardzo duża. Jak wskazuje raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczy ono nawet połowy pacjentów przewlekle przyjmujących leki i zostało uznane jako ogólnoswiatowy problem [6, 7]. Statystyki WHO uwiadamiają, że 25% wszystkich hospitalizacji na świecie oraz 50% niepowodzeń leczenia każdego roku jest spowodowane brakiem lub nieodpowiednim stosowaniem się do harmonogramu leczenia [8]. Badania Kardasa [9] natomiast ujawniają, że w Polsce problem *non-compliance* może być częstszy niż w innych krajach zachodniej Europy czy USA, szczególnie w populacji chorych przewlekle – w grupie 63 221 pacjentów zanotowano brak stosowania się do zaleceń terapeutycznych przez ponad 83%. Ponadto, w przypadku chorych z nadciśnieniem tętniczym szczególnie niskie wskaźniki stosowania się do zaleceń terapeutycznych zaobserwowano w południowo-wschodniej części kraju.

Przyczyny niestosowania się do zaleceń terapeutycznych są bardzo różne i mogą obejmować np. długi czas leczenia, obawy przed wystąpieniem działań niepożądanych, schematy dawkowania

trudne do zapamiętania, wysokie koszty zaleconej farmakoterapii. W dalszej perspektywie wiąże się to z ogromnymi nakładami finansowymi, które z jednej strony są niepotrzebne, gdy nie osiąga się celów terapeutycznych, a z drugiej wynikają z potrzeby hospitalizacji pacjentów, u których wystąpiły działania niepożądane. Szacuje się, że na skutek nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, tzn. pominięcia dawki i nieprzestrzegania zaleceń lekarza dotyczących stosowania przepisanych leków, w Unii Europejskiej dochodzi do 194 500 zgonów rocznie. Wiążący się z tym sumaryczny koszt w krajach UE określa się jako kwotę rzędu 125 mld euro rocznie [10]. Warto zauważyć, że w szacunkach uwzględniono m.in. liczbę osób niewidomych, niedowidzących oraz stale rosnącą liczbę osób starszych, dla których, informacje zawarte w ulotkach oraz nadrukach na opakowaniach leków nie mają znaczenia w przestrzeganiu dawkowania. Wskazuje to na wagę bezpośredniej komunikacji z pacjentem. W warunkach polskich koszty związane z nieodpowiednim stosowaniem leków ocenia się na poziomie około 6 mld PLN rocznie [11].

Dlatego też, w literaturze zwraca się szczególną uwagę na potrzebę ciągłego szkolenia farmaceutów, nie tylko aby poszerzać ich wiedzę merytoryczną, ale przede wszystkim aby kształtować w nich odpowiednią postawę wobec pacjenta i uczyć prowadzenia z nim rozmowy. Należy nadmienić, że farmaceuci, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia [12] dotyczącego ciągłych szkoleń farmaceutów, są zobowiązani do nieustannego podnoszenia swoich kwalifikacji. Jednakże większość szkoleń wciąż jest skoncentrowana na poszerzaniu wiedzy specjalistycznej. Znacznie rzadziej przedmiotem szkoleń jest doskonalenie umiejętności skutecznej komunikacji i poszerzania wiedzy z zakresu oczekiwań i potrzeb emocjonalnych pacjentów.

Badanie potrzeb pacjenta

Podstawą obsługi pacjenta jest badanie jego potrzeb, a więc rozpoznanie problemu, z którym przychodzi do apteki [13, 14]. Nie można oczekiwać od pacjentów, że przychodząc do apteki opowiedzą np. o działaniach niepożądanych, jakich doświadczyli. To aptekarze powinni wychwycić w rozmowie z pacjentem ten problem, a następnie zebrać dokładne informacje. Każdy pacjent przychodzący do apteki jest inny. Różnice mogą wynikać zarówno z wieku, płci, cech charakteru, jak i z problemów zdrowotnych czy też celu wizyty w aptece. Dlatego też ważne jest, aby do każdego pacjenta podejść indywidualnie. Pierwszym krokiem jest określenie, jakich informacji oczekuje pacjent oraz w jakim stopniu jest

w stanie zrozumieć przekazywane informacje [15]. W przypadku leków na receptę zadawane pytania powinny sprawdzać, czy dany lek będzie właściwie przyjmowany, a pacjent będzie stosował się do zaleceń lekarza.

W literaturze podkreśla się, że pacjenci są bardzo podatni na sugestie farmaceutów, chcąc pozbyć się swoich dolegliwości [13, 14]. W 2000 r. zespół Katedry Strategii Marketingowych Akademii Ekonomicznej w Poznaniu przeprowadził badania ankietowe, których celem było m.in. określenie, jakie są uwarunkowania zachowań nabywców w procesie wyboru leku. W przeprowadzonych badaniach prawie połowa respondentów odpowiedziała, że przy zakupie leków bez recepty sugeruje się opinią farmaceuty [16].

Ponadto, w 2014 r. przeprowadzono badanie, którego celem było także określenie, jak komunikacja farmaceuta-pacjent wpływa na poczucie lojalności. Na podstawie wyników wyciągnięto wnioski, że kompetencje medyczno-farmakologiczne, wbrew powszechnemu mniemaniu, mają mniejsze znaczenie niż umiejętności społeczne. Większa koncentracja na aspektach psychospołecznych powoduje, że pacjenci chętniej wracają do tej samej apteki [17]. Dlatego też zdaniem wielu autorów bezpośrednia rozmowa prowadzona przez farmaceutę jest najważniejszym punktem obsługi pacjenta [18]. Teza ta znajduje również potwierdzenie w wynikach badań przeprowadzonych przez Roberts i Aruguete, z których wynika, że opinia pacjentów na temat usług medycznych oparta jest głównie na podstawie oceny umiejętności interpersonalnych specjalisty, w mniejszym stopniu na wynikach leczenia [19, 2]. Mając to na uwadze, farmaceuci powinni wykazywać szczególną dbałość o jakość komunikacji z pacjentem.

Utrudnienia indywidualne i systemowe w procesie komunikacji z pacjentem

Według danych statystycznych, miesięcznie w 2020 r. średnia liczba pacjentów odwiedzających

statystyczną aptekę w Polsce wyniosła 3500 [20]. Daje to ponad stu pacjentów dziennie. Przy tak dużej liczbie interakcji trudno, aby komunikacja na linii aptekarz-pacjent przebiegała bez zakłóceń. Utrata zdrowia powoduje, że chorzy czują niepokój i mają poczucie, że tracą kontrolę. Niektórzy pacjenci w mechanizmie obronnym strach zmieniają w gniew i przekierowują go na farmaceutę w aptece [21]. W efekcie prowadzi to do powstawania potencjalnie trudnych i konfliktowych sytuacji. Niejednokrotnie zdarza się także, że farmaceuta pracuje w aptece pod presją czasu, a kłopoty w komunikacji biorą się z braku umiejętności szybkiej analizy zaistniałego zdarzenia i konieczności właściwej reakcji. Każdy przypadek jest inny, dlatego tak ważne jest indywidualne podejście. Nie ze wszystkimi pacjentami łatwo nawiązuje się kontakt. Mając na uwadze, że komunikacja jest procesem złożonym, może to generować wiele problemów. Z jednej strony błędy w komunikacji mogą znacznie utrudniać zrozumienie porad, a z drugiej negatywnie wpływają na wzajemne relacje.

W **tabeli 1** wymieniono najczęstsze błędy w komunikacji z pacjentem.

Konsekwencje popełnianych błędów mogą być poważne. Źle traktowany pacjent, staje się nieufny i nie wraca do apteki, nie otrzymując tym samym, ważnej dla jego zdrowia porady.

Nie bez znaczenia są również bariery komunikacyjne występujące w rozmowie pacjenta z lekarzem lub farmaceutą, które powodują, że chory nie rozumie informacji, jakie są mu przekazywane. Wszystko to negatywnie przekłada się na stopień przestrzegania zaleceń lekarskich. Aby zwiększyć *compliance*, czyli „zakres, w jakim pacjent przestrzega dawki i czasu przyjęcia leku zgodnie z zaleconym schematem” [22], jedną z podstawowych strategii jest działanie na rzecz poprawy komunikacji między pacjentem a zespołem terapeutycznym, w skład którego wchodzi m.in. farmaceuta, oraz edukacja chorych [23].

Farmaceuci mogą zwiększać przestrzeganie zaleceń przez pacjentów poprzez zindywidualizowane

Tabela 1. Błędy w komunikacji wpływające na zrozumienie treści i relacje z pacjentem.

Table 1. Communication errors affecting the understanding of content and relationship with the patient.

Błędy wpływające na zrozumienie	Błędy wpływające na relacje
Przekazywanie zbyt skąpych informacji	Zbyt emocjonalna rozmowa
Przekazywanie zbędnych informacji	Nachalność przy proponowaniu dodatkowych preparatów
Nie pozwolenie wypowiedzieć się rozmówcy	Etykietowanie
Nielogiczne wypowiedzi	Osądzanie i krytykowanie
Przedstawianie porad w sposób mało zrozumiały	Lekceważenie problemu pacjenta
Przerywanie	Okazywanie zniecierpliwienia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [4].
Source: Own study based on [4].

doradztwo oraz objęcie chorych opieką farmaceutyczną. Warto zwrócić uwagę, że doradztwo farmaceutyczne nie jest tożsame z opieką farmaceutyczną. Zasadnicza różnica polega na długofalowym dbaniu i profilaktyce wobec pacjenta w opiece farmaceutycznej, przy czym farmaceuta jest partnerem lekarza i razem z nim uczestniczy w doborze schematu leczenia, oraz sporządza pisemną dokumentację stanu zdrowia i przyjmowanych leków przez pacjenta. W Polsce opieka farmaceutyczna, pomimo jej zdefiniowania w Ustawie o Izbach Aptekarskich z 19 kwietnia 1991 r., (przez 29 lat) nie była powszechnie implementowana. Główną przeszkodą stanowiły problemy legislacyjne, związane m.in. z brakiem powszechnych baz danych pacjenta, co z kolei uniemożliwiało dokumentowanie opieki i przekazywanie informacji pomiędzy personelem medycznym. Dodatkowo, system nie uwzględniał ani warunków lokalowych aptek zapewniających wizyty farmaceutyczne, ani wynagrodzeń dla farmaceutów za profesjonalne usługi doradcze.

Od roku 2021 opieka farmaceuty nad pacjentem w Polsce ma szansę ulec znacznej poprawie, dzięki wprowadzonej w życie ustawie o zawodzie farmaceuty, normującej zasady opieki farmaceutycznej.

Opieka farmaceutyczna przestrzeni dla doradztwa w aptece

Pierwsze pojawienie się pojęcia opieki farmaceutycznej w literaturze datowane jest na rok 1975 w Stanach Zjednoczonych, w artykule Mikeal'a i wsp. w *American Journal of Hospital Pharmacy*. Rozumiana jest wtedy jako opieka nad pacjentem, warunkująca bezpieczne i racjonalne stosowanie leków [24]. Jedną z najczęściej jednak przywoływanych definicji to opieka nad pacjentem ze strony farmaceuty, celem zapewnienia bezpieczeństwa farmakoterapii i podniesienia jakości życia, autorstwa Ch. Hepler'a i L. Strand z 1990 r. [25].

Gwarancją uzyskania najlepszego efektu opieki farmaceutycznej jest realizacja określonych jej etapów, przy zachowaniu ciągłości procesu, dokumentowania i cyklicznym przebiegu (tabela 2).

W procesie leczenia może pojawić się wiele sytuacji wpływających na bezpieczeństwo farmakoterapii lub brak efektu terapeutycznego, w których farmaceuta prowadzący opiekę farmaceutyczną, ze względu na kompleksową wiedzę może odegrać znaczną rolę wspomagającą członków zespołu medycznego i pacjentów [28].

Monitorowanie i nadzorowanie terapii przez farmaceutę pomaga określić występowanie problemów lekowych (ang. *drug related problem*, DRP), określanych jako ujawnienie podczas leczenia objawów negatywnych lub innych dolegliwości wskazywanych przez pacjenta. Według definicji opracowanej przez Europejską Sieć Opieki Farmaceutycznej (ang. *Pharmaceutical Care Network Europe*, PCNE), problemem lekowym jest zdarzenie lub okoliczność dotycząca leczenia farmakologicznego, która realnie lub potencjalnie zakłóca osiągnięcie pożądanego skutku zdrowotnego [29, 30].

Badania Rodriguez-Monguió'a [31] i Matusiewicz [32], a także analiza w ramach programu FONTIC [1] wykazały, że najczęściej notowanymi przez farmaceutów problemami lekowymi są: interakcje lekowe, działania niepożądane oraz nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjentów, w tym niewłaściwe dawkowanie leków.

Liczne badania światowe dostarczają dowodów na przydatność opieki farmaceuty nad pacjentem w osiąganiu skuteczności leczenia.

Jedno z amerykańskich badań ujawniło, że nadzorowanie terapii przez farmaceutów u około 3 tys. pacjentów pozwoliło na wykrycie ponad 9 tys. problemów lekowych [33]. Z kolei badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii [34] ujawniło, że okresowe interwencje obejmujące przegląd lekowy (ang. *medication use review*, MUR), wykonywany dla pacjentów aptek, ma znaczny wpływ na

Tabela 2. Etapy procesu opieki farmaceutycznej wg Strand i wsp. [26, 27].

Table 2. Stages of pharmaceutical care (acc. to Strand et al.) [26, 27].

1.	Nawiązanie profesjonalnego kontaktu farmaceuty z pacjentem
2.	Zebrańie, scalenie i interpretacja informacji o pacjencie, jego chorobie i stosowanych lekach
3.	Spisanie i uszeregowanie pod względem ważności wszystkich rzeczywistych i potencjalnych problemów lekowych pacjenta. Określenie, którymi z nich należy zająć się w pierwszej kolejności
4.	Wyznaczenie pożądanego efektu farmakoterapii dla każdego problemu lekowego
5.	Określenie dostępnych alternatyw farmakoterapeutycznych – spisanie możliwości terapeutycznych umożliwiających osiągnięcie pożądanego efektu
6.	Wybór optymalnego rozwiązania i indywidualizacja postępowania terapeutycznego (opracowanie planu opieki)
7.	Opracowanie planu monitorowania
8.	Wdrożenie zindywidualizowanego planu opieki i planu monitorowania
9.	Kontynuacja opieki i ocena uzyskanych efektów

wyniki leczenia poprzez osiągnięcie celów klinicznych i zmniejszenie hospitalizacji. Również badania przeprowadzone w Niemczech [35, 36] wykazały, że dzięki prowadzeniu przez farmaceutów opieki farmaceutycznej nad pacjentkami z nowotworem piersi lub jajników, znacznie zwiększyła się skuteczność leków przeciwnowotworowych włączonych w terapię przeciwnowotworową – 76% w grupie badanej, w porównaniu z 35,4% w grupie kontrolnej, tj. bez opieki farmaceutycznej. Zano- towano jednocześnie znaczną poprawę jakości życia chorych, dzięki redukcji bólu oraz zmniejszeniu częstości występowania nudności i wymiotów, a także utraty masy ciała [35, 36]. Istotne statystycznie wyniki uzyskano także w badaniach kanadyjskich, gdzie pacjentów objęto kompleksowym programem opieki farmaceutycznej. Wykazano, że ocena ryzyka sercowo-naczyniowego, kontrola parametrów laboratoryjnych, przepisywanie leków hipotensyjnych przez farmaceutów (ang. *non-medical prescribing*), samodzielnie lub w ramach kontynuacji farmakoterapii zleconej przez lekarza, obniża wartości ciśnienia tętniczego w porównaniu z grupą kontrolną [37, 38].

Nowe polskie prawodawstwo w zakresie systemu opieki zdrowotnej, tj. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, otwiera nowy rozdział opieki farmaceutycznej w kraju. Dzięki wykorzystaniu potencjału farmaceutów oraz aptek jako placówek ochrony zdrowia zwiększa się dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych dotychczas nie praktykowanych na większą skalę w aptekach, takich jak przegląd lekowy, indywidualny plan opieki farmaceutycznej i badania diagnostyczne.

Przepisy regulują zasady wykonywania zawodu farmaceuty oraz precyzują jego aktywności dotyczące profilaktyki i ochrony zdrowia pacjentów. Zapisy artykułu 4. przytaczanej ustawy wskazują wprost, że celem wykonywania zawodu farmaceuty jest ochrona zdrowia pacjenta oraz zdrowia publicznego poprzez sprawowanie opieki farmaceutycznej oraz udzielanie usług farmaceutycznych. Opiekę farmaceutyczną kwalifikuje się już jako świadczenie zdrowotne, które stanowi dokumentowany proces współpracy farmaceuty z pacjentem i jego lekarzem prowadzącym lub przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwając nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii.

Proces opieki farmaceutycznej ma objąć następujące etapy: prowadzenie konsultacji farmaceutycznych, wykonywanie przeglądów lekowych, opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywanie badań diagnostycznych oraz wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego. Należy zauważyć, że

prowadzenie konsultacji farmaceutycznych wiąże się nie tylko ze stosowaniem przez pacjenta produktów leczniczych i wyrobów medycznych, ale również środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta pomoże określić cele terapeutyczne możliwe do osiągnięcia przez pacjenta, stosującego farmakoterapię, oraz wskazać sposoby rozwiązywania wykrytych problemów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej.

Nowością będzie wykonywanie badań diagnostycznych w ramach opieki farmaceutycznej, na podstawie których zostanie oceniona skuteczność i bezpieczeństwo stosowanej przez pacjenta farmakoterapii [39].

Szczegółowa implementacja przedmiotowej Ustawy będzie wymagała wprowadzenia licznych zmian legislacyjnych w obowiązujących przepisach zarówno na poziomie ustawowym, jak też aktów wykonawczych. Niemniej jednak, istotnym zmianom uległo nie tylko poszerzenie zakresu dotychczasowej definicji opieki farmaceutycznej o spersonalizowaną opiekę nad pacjentem, ale określenie usługi jako świadczenia zdrowotnego udzielanego przez farmaceutów, co umożliwi finansowanie jej ze środków publicznych. Warte uwagi są również przewidziane pilotaże w wybranych aptekach, których celem ma być określenie efektywności poszczególnych czynności opieki farmaceutycznej oraz zebranie zgłoszonych przez pacjentów potrzeb, aby móc wprowadzić zmiany uwzględniające specyfikę polskiego systemu opieki zdrowotnej [40].

Podsumowanie

Problemem polskich aptek do roku 2020 był brak szczegółowych regulacji – aktów wykonawczych, umożliwiających implementację kompleksowego doradztwa dla pacjenta, powodując, że wpływ aptekarzy na proces leczenia był stosunkowo niewielki. W konsekwencji aptekarze częściej postrzegani byli jako wysoce wykwalifikowani sprzedawcy niż doradcy pacjenta w kwestiach zdrowia.

Nowe przepisy mogą wydatnie przyczynić się do rozwoju opieki farmaceutycznej. Stworzenie warunków do wykorzystania przez farmaceutów ich wiedzy o leku i umiejętności kompetencji społecznych, umożliwia znaczne podniesienie jakości świadczonych usług w aptece. Doradztwo w aptece i opieka nad pacjentem w zakresie rozszerzonym zapisami ustawy (np. wykonywanie

przeglądów lekowych, opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywanie badań diagnostycznych) stanowią przestrzeń dotąd nie zagospodarowaną. Jej zastosowanie daje szansę na szerszą współpracę z pacjentem, a także lekarzem w zakresie prowadzonej farmakoterapii oraz zmianę roli zawodowej farmaceuty.

Piśmiennictwo

- Skowron A. Model opieki farmaceutycznej dla polskiego systemu zdrowotnego. Wyd. Fall. Kraków: 2011.
- Krot K. Jakość i marketing usług medycznych. Wyd. Wolters Kluwer. Kraków: 2008.
- Doroszewski J, Kulus M, Markowski A. Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja. Wyd. Wolters Kluwer. Warszawa: 2014.
- Zygadło E. Komunikacja w pracy aptekarza. Wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa 2005.
- Kessler DA. A challenge for American pharmacists. *Am Pharm.* 1992; NS32(1): 33–36.
- World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action. 2003. 92 4 154599 2.
- Unni EJ, Sternbach N, Goren A. Using the Medication Adherence Reasons Scale (MAR-Scale) to identify the reasons for non-adherence across multiple disease conditions. *Patient Preference and Adherence* 2019; 13: 993–1004. doi:10.2147/PPA.S205359.
- Global Medication Adherence Market (2020 to 2030) – by Product and Medication. M2PressWIRE. November 2020. Dostępny w internecie: <http://search-1ebsohost-1com-10003e39k02e9.han3.wum.edu.pl/login.aspx?direct=true&db=nfh&AN=16PU2382775696&lang=pl&site=ehost-live>. Dostęp 07.04.2021.8.
- Kardas P. Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów leczonych z powodu wybranych schorzeń przewlekłych. *Pol. Merk. Lek.* 2011; 31(184): 215–220.
- MEGAVOICE IRELAND LTD. A Low Cost, Environmentally, Friendly Smart Packaging Technology to Differentiate European SME Suppliers to Service the Needs of the Blind, Illiterate and Europe's Aging Population. 2008. Dostępny w internecie: <http://cordis.europa.eu/search/index.cfm?fuseaction=proj>. Dostęp 07.04.2021.
- Kardas P. Rozpowszechnienie i i następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Podręcznik dla lekarzy i studentów kierunków medycznych. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań. red. Zbigniew Gaciąg, Przemysław Kardas. Warszawa: Index Copernicus; 2015.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. 2018 poz. 499). Dostępny w internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU2018000499/O/D20180499.pdf>. Dostęp 07.04.2021.
- Lennecke K., Aktywna sprzedaż w aptece: dodatkowe propozycje, dodatkowa sprzedaż. Wyd. MedPharm Polska. Wrocław 2006.
- Lennecke K. Rozmowa z pacjentem w aptece. Wyd. MedPharm Polska. Wrocław 2006.
- Chlabcz S, Marcinowicz L. Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2014.
- Mruk H. (red.). Marketing farmaceutyczny i apteczny. Materiały konferencyjne. Akademia Ekonomiczna. Poznań 2000.
- Patrícia Antunes L, Gomes JJ, Cavaco AM. How pharmacist-patient communication determines pharmacy loyalty? Modeling relevant factors. *Res Social Adm Pharm.* 2015;11(4): 560–570.
- Baralkiewicz T, Michalik M, Mruk H. Marketingowe zarządzanie apteką. Wyd. Wolters Kluwer. Warszawa 2013.
- Roberts CA, Aruguete MS. Task and socioemotional behaviors of physicians: a test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician-patient encounters. *Soc Sci Med.* 2000; 50(3): 309–315.19.
- Rynek apteczny w listopadzie 2020 wyżej niż rok wcześniej (+0.8%). Spadek względem października 2020 (-12.3%). Aptekarz Polski. 2020. Dostępny w internecie: <https://www.aptekarzpolski.pl/aktualnosci/rynek-apteczny-w-listopadzie-2020-wyzej-niz-rok-wczesniej-0-8-spadek-wzglem-pazdziernika-2020-12-3/>. Dostęp 22.02.2021.
- Higdon J. Using counselling skills to communicate more effectively. *Journal of the Malta College of Pharmacy Practice* 2005; 10: 36–37.21.
- Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value Health.* 2008; 11(1): 44–7.22.
- Jasińska M, Kurczewska U, Orszulak-Michalak D. Zjawisko non-adherence w procesie opieki farmaceutycznej. *Farm Pol.* 2009; 65: 765–771.
- Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1975; 32(6): 567–574.24.
- Hepler Ch, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1990; 47: 533–554.
- Strand LM, Guerrero RM, Nickman NA, Morley PC: Integrated patient-specific model of pharmacy practice. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1990; 47(3): 550–554.
- Łazowski J. Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej. Wyd. Farmapress, Warszawa: 2005.
- Jachowicz R (red.). Farmacja Praktyczna. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa: 2010: 195–200.28.
- Skowron A, Dymek J. Rola farmaceuty w wykrywaniu i rozwiązywaniu problemów lekowych wśród pacjentów ambulatoryjnych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013; 11(1): 44–58.
- Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. Classification for Drug related problems. Dostępny w internecie: https://www.pcne.org/upload/files/230_PCNE_classification_V8-02.pdf. Dostęp 22.02.2021.
- Rodriguez-Monguio R, Otero MJ, Rovira J. Assessing the economic impact of adverse drug effects. *Pharmacoeconomics* 2003; 9(21): 623–650.31.
- Matuszewicz W. Retrospektywna ocena kliniczno-ekonomiczna pacjentów hospitalizowanych z powodu działań niepożądanych leków w oddziale klinicznym Zakładu Farmakologii Klinicznej Akademii Medycznej w Łodzi w latach 1998–1999. *Farmakoekonomika* 2001; 2: 14–18.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice. The clinician's guide. McGraw-Hill, Washington 2004.
- Hatah E, Braund R, Tordoff J, Duffull SB. A systematic review and meta-analysis of pharmacist-led fee-for-services medication review. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2014; 77(1): 102–115.
- Liekweg A, Westfeld M, Braun M Zivanovic O. Pharmaceutical care for patients with breast and ovarian cancer. *Support Care Cancer* 2012; 20: 2669–2677.
- Burak J, Andersz Sz, Karpińska J, et al. Rola farmaceuty w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową. *Farmacja Współczesna* 2015; 8: 23–24.
- Tsuyuki RT, Houle SKD, Charrois TL, et al. Randomized trial of the effect of pharmacist prescribing on improving blood pressure in the community. *Circulation* 2015; 132: 93–100.
- Świeczkowski D, Krysiński J, Merks P. Rola farmaceuty i miejsce opieki farmaceutycznej w terapii nadciśnienia tętniczego. *Choroby Serca i Naczyni* 2016; 13(1): 23–27.
- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. Dostępny w internecie: http://orka.sejm.gov.pl/proc9.nsf/ustawy/238_u.htm. Dostęp 22.02.2021.
- Merks P, Krajewska E, Milkowski M, et al. Raport opieka farmaceutyczna: Kompleksowa analiza procesu wdrożenia. 2021. doi: 10.13140/RG.2.2.36010.54728.40.