



STRATEGIA WDRAŻANIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE

Opracowanie zatytułowane „Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce” zostało przygotowane przez Zespół powołany w wyniku realizacji zapisów umowy o współpracy zawartej w dniu 3 lutego 2005 r. w Warszawie pomiędzy Naczelną Izbą Aptekarską i Polskim Towarzystwem Farmaceutycznym. Zapisy umowy były podstawą utworzenia przez te organizacje m.in. wspólnego Zespołu koordynującego działania związane z wprowadzeniem opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej. Naczelna Rada Aptekarska swoich reprezentantów wchodzących w skład Zespołu oficjalnie powołała uchwałą NRA nr IV/37/2005 w dniu 23 lutego 2005 r.

Praca koncepcyjna Zespołu wspierana była równoległe prowadzonymi konferencjami szkoleniowymi stanowiącymi warsztaty pilotażowe prowadzonego przez Zespół projektu, które dostarczały danych zaczerpniętych bezpośrednio z praktyki. Warsztaty stanowiły podstawę weryfikacji koncepcji budowania strategii. Potwierdziły również wielkie zapotrzebowanie środowiska aptekarskiego na wprowadzenie do praktyki aptecznej nowej usługi – świadczenia opieki farmaceutycznej, która w znaczący sposób podnosi rangę naszego zawodu. W ten sposób z zakresu podstaw opieki farmaceutycznej przeszkolono już ok. pięciuset zainteresowanych farmaceutów z całego kraju.

Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej, na wniosek Zespołu, postanowiło, że „wszystkie działania samorządu aptekarskiego dotyczące opieki farmaceutycznej, rozumianej, jako proces, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych efektów poprawiających lub utrzymujących jakość życia pacjenta”, oznaczane będą jednolitym znakiem graficznym – logo zaproponowanym przez Zespół. Równocześnie postanowienie Prezydium NRA nr IV/11/2006 z dnia 10 maja 2006 r. zobowiązuje Prezesa NRA do podjęcia działań zmierzających do nabycia praw autorskich oraz zarejestrowania znaku opieki farmaceutycznej w celu uzyskania ochrony prawnej.

Naczelna Rada Aptekarska czyni także starania, aby zakres wiedzy teoretycznej, dotyczący zagadnień z obszaru opieki farmaceutycznej znalazł się w ramowym programie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. W tym celu NRA zaproponowała wprowadzenie zmian w projekcie nowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 25 czerwca 2003 r. Uzgodnienia trwają.

Wyniki dwuletniej pracy Zespołu NIA-PTFarm zostały zaprezentowane podczas posiedzenia Naczelnej Rady Aptekarskiej w dniu 24 stycznia 2007 r. i przyjęte przez aklamację.

Zespół, w prezentowanym opracowaniu, wyznaczył kierunki niezbędnych działań, które należy podjąć przy realizacji strategii, zaproponował i przyporządkował podział zadań do wykonania różnym poziomom organizacji samorządowej oraz podkreślił wagę instytucji naukowych w procesie budowania zaplecza szkoleniowego dla wdrażania strategii.

Słuszność przyjętej strategii zweryfikują działania praktyczne, będące przedmiotem zaplanowanego monitoringu, co pozwoli na dalsze doskonalenie przedstawionych w niniejszym opracowaniu idei.

Joanna T. Marczak
redaktor prowadzący

STRATEGIA WDRAŻANIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE

Opracowanie zostało przygotowane przez zespół autorów w składzie : dr Tadeusz Bąbelek, prof. dr hab. Jerzy Brandys, prof. dr hab. Edmund Grześkowiak, dr Jerzy Łazowski, mgr Joanna Marczak, dr Teresa Olczyk - Andryszek, dr Agnieszka Skowron, prof. dr hab. Wiesława Stożkowska.

Wprowadzenie

Codziennie 2 miliony ludzi w Polsce odwiedza apteki ogólnodostępne w poszukiwaniu leku lub porady dotyczącej jego stosowania.

Mamy w Polsce 20 tysięcy farmaceutów pracujących w około 14 tysiącach aptek ogólnodostępnych i szpitalnych. Zawód aptekarza odgrywa znaczącą rolę w życiu każdego człowieka. Z usług i pomocy aptekarzy korzystają bez wyjątku wszyscy ludzie: matki z małymi dziećmi, młodzież, osoby w podeszłym wieku i przede wszystkim ludzie chorzy. Współpracując z lekarzami farmaceuci doradzają im, jak w najlepszy sposób wykorzystać właściwości danego produktu leczniczego, jak nie dopuścić do interakcji między lekami, bądź jaka postać leku byłaby najbardziej właściwa dla danego pacjenta.

Polska jest krajem, w którym usługi farmaceutyczne od lat kojarzy się z wysokim poziomem wiedzy, fachowości i kompetencji aptekarzy. Jednak Polska potrzebuje nowoczesnego świadczenia usług farmaceutycznych gotowych spełnić wyzwania XXI wieku. Farmaceuci, mimo wielu obecnych problemów związanych z funkcjonowaniem aptek, winni i mogą zaferować swoim pacjentom w przyszłości jeszcze lepszą opiekę.

Przedstawiana *Strategia Wdrażania Opieki Farmaceutycznej do Codziennej Praktyki Aptecznej* opiera się na aktualnych i potencjalnych możliwościach farmaceutów polskich z uwzględnieniem doświadczeń innych krajów. Jest to podstawowa przesłanka, dla której została nakreślona *Strategia Opieki Farmaceutycznej w Polsce*.

Upowszechnianie wiedzy o opiece farmaceutycznej i strategii jej wdrażania w Polsce powinno realizować się kilkoma równoległymi drogami, między innymi poprzez publikację monograficzną przygotowanej strategii w formie swoistego Vademecum opieki farmaceutycznej, a także publikację poszczególnych części strategii tj. filozofii, wytycznych, strategii wdrażania, słownika pojęć. Również ważny jest przekaz bezpośredni na szkoleniach, spotkaniach i zebraniach z udziałem farmaceutów. Powodzenie realizacji nakreślonej strategii w decydującym stopniu zależy od zaangażowania się całego środowiska farmaceutycznego.

Zespół autorów

Spis treści

1. Filozofia opieki farmaceutycznej
 - 1.1. Geneza
 - 1.2. Definicja
 - 1.3. Cele planu strategicznego opieki farmaceutycznej
 - 1.4. Ogólne zasady planu strategicznego opieki farmaceutycznej
 - 1.5. Podsumowanie
2. Wytyczne opieki farmaceutycznej
 - 2.1. Wytyczne opieki farmaceutycznej w Polsce

- 2.2. Zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i ocena dotychczas prowadzonej farmakoterapii
- 2.3. Opracowanie i przygotowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej
- 2.4. Monitorowanie i kontrolowanie planu opieki farmaceutycznej
- 2.5. Dokumentacja opieki farmaceutycznej
3. Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej w Polsce
 - 3.1. Rola Naczelnej Rady Aptekarskiej i Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w opiece farmaceutycznej
 - 3.2. Rola Okręgowych Izb Aptekarskich we wdrażaniu opieki farmaceutycznej
 - 3.3. Plan wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej
 - 3.4. Szkolenie w zakresie opieki farmaceutycznej
 - 3.5. Wdrażanie opieki farmaceutycznej
 - 3.6. Certyfikacja w opiece farmaceutycznej
 - 3.7. Monitorowanie opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej
 - 3.8. Załączniki
 - Załącznik nr 1: Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej w Polsce
 - Załącznik nr 2: System szkoleń w zakresie opieki farmaceutycznej
 - Załącznik nr 3: Logo Opieki Farmaceutycznej w Polsce
 - Załącznik nr 4: Słownik pojęć związanych z opieką farmaceutyczną
4. Literatura przedmiotu

...zaspokojenie potrzeb społecznych w zakresie właściwej, skutecznej, bezpiecznej i dogodnej dla pacjenta farmakoterapii jest podstawowym paradygmatem filozofii opieki farmaceutycznej...

1. FILOZOFIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

1.1. Geneza

W drugiej połowie XX wieku w zawodzie farmaceutycznym zaszły istotne zmiany. Aptekarstwo, które jeszcze przed 50 laty kojarzyło się przede wszystkim z wytwarzaniem leków, w wyniku przejęcia tego zadania przez przemysł farmaceutyczny, stanęło wobec konieczności określenia dalszych swoich losów. Ukształtowana od lat rola zawodowa farmaceutów, polegająca na przygotowywaniu i wydawaniu leków, uległa istotnej transformacji. Na dokonanie się tej ewolucji miało wpływ szereg czynników:

1. Rozwój nowych praktyk produkcji przemysłowej leków;
2. Większy dostęp pacjentów do leków wydawanych bez zlecenia lekarza i jednoczesny wzrost wiedzy pacjentów o problemach zdrowotnych objawiający się zwiększonym poziomem samoleczenia;
3. Zmiana filozofii zawodu, w której podstawowym elementem zainteresowania farmaceuty staje się człowiek (pacjent) i jego potrzeby związane ze stosowaniem produktów leczniczych (leków), a nie sam produkt leczniczy;
4. Szersze uczestnictwo farmaceutów w systemie opieki zdrowotnej wynikające ze społecznego charakteru zawodu;
5. Farmaceuci - aptekarze to najbliżsi pacjentom wysokiej klasy fachowcy w zakresie produktów leczniczych;
6. Potrzeba monitorowania bezpieczeństwa i skuteczności stosowanej farmakoterapii oraz skutki nieprawidłowego stosowania leków.

Zdając sobie sprawę z konieczności radykalnego zreformowania zawodu, farmaceuci podjęli na przełomie lat 80 i 90 XX wieku działania zmierzające do przywrócenia roli i znaczenia farmacji, jako zawodu. Szczególną uwagę zwrócono na rolę farmaceutów we współczesnych systemach opieki zdrowotnej i w społeczeństwie oraz na konieczność nowego ukierunkowania usług farmaceutycznych, z położeniem nacisku na potrzeby indywidualnego pacjenta. Aktywność zawodowa aptekarzy uległa stopniowej transformacji, obejmując coraz szerszy obszar działań związanych ze stosowaniem przez pacjentów produktów leczniczych. Zgodnie z powyższym farmaceuci zaczęli w ramach opieki zdrowotnej oferować społeczeństwu pakiet usług zgodnych z opracowanymi procedurami standardowymi, uwzględniającymi również okresowo i systematycznie prowadzone oceny stopnia zgodności aktualnego postępowania z tymi procedurami wraz z rejestracją i dokumentacją wykonywanych czynności. Doświadczenia wielu krajów wykazały, że przy takim podejściu tradycyjna rola, polegająca na wydawaniu produktów leczniczych osiąga lepsze efekty przy jednocześnie znaczącej poprawie wzajemnych relacji z pacjentem i pozostałymi zawodami medycznymi – szczególnie z lekarzami. Tę nową rolę cechują szczególne metody postępowania takie, jak konsultacje, doradztwo farmaceutyczne, badanie poziomu wskaźników biochemicznych, pomiar ciśnienia krwi, masy ciała itp. Oferta taka jest korzystniejsza dla pacjenta dzięki wprowadzaniu dodatkowych wartości do samego produktu farmakologicznego i toruje drogę dla personalizowanych usług farmakoterapeutycznych, stanowiących cel, tak z punktu widzenia zawodowego, jak i całości opieki zdrowotnej.

W kontekście opieki farmaceutycznej można wyróżnić szereg konkretnych celów działania:

1. Wydawanie produktów leczniczych:
 - a. wydawanie produktów leczniczych i/lub wyrobów medycznych w optymalnych warunkach i zgodnie z obowiązującym prawem,
 - b. wykrywanie i rozwiązywanie rzeczywistych i potencjalnych problemów lekowych.
2. Konsultacje i poradnictwo farmaceutyczne:
 - a. instruowanie pacjenta w zakresie optymalnego rozwiązywania jego problemów zdrowotnych wraz z wyborem najbardziej odpowiedniego produktu leczniczego, jeżeli to możliwe,
 - b. rozstrzyganie wątpliwości, jakie pojawiają się u pacjenta lub uzupełnianie niedoborów informacji, stwierdzanych przez farmaceutę,
 - c. ochrona pacjenta przed problemami lekowymi,
 - d. ocena sytuacji, czy dany problem zdrowotny jest konsekwencją jakiegoś problemu lekowego.
3. Ocena i monitorowanie farmakoterapii:
 - a. dążenie do uzyskania maksymalnej efektywności leczenia farmakologicznego,
 - b. minimalizacja zagrożeń, związanych ze stosowaniem produktu leczniczego, przyczyniająca się do zwiększonego bezpieczeństwa farmakoterapii,
 - c. racjonalizacja stosowania produktów leczniczych, stanowiących zasadnicze narzędzie terapeutyczne,
 - d. polepszenie jakości życia pacjenta.

Dla osiągnięcia tych celów farmaceuta winien – w niektórych przypadkach – modyfikować, a w innych koordynować proces farmakoterapii analizując zastosowane w nim metody i środki, co wymaga ustawicznego szkolenia i zasadniczego wsparcia ze strony samorządu aptekarskiego, ośrodków i towa-

rzystw naukowych, zarówno w odniesieniu do zdefiniowania modelu opieki farmaceutycznej, jak i wypracowania profesjonalnych narzędzi postępowania (standardów postępowania, baz danych, publikacji, itd.). Tę szeroką i zróżnicowaną perspektywę w usługach farmaceutycznych można urealnić opracowując plan strategiczny wdrożenia opieki farmaceutycznej w skali ogólnokrajowej, prowadzonej pod kierunkiem Zespołu do Spraw Wdrażania Opieki Farmaceutycznej do Praktyki Apektecznej powołanego przez Naczelną Radę Apektekarską i Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne. Takie podejście do sprawy stanowi odpowiedź na propozycję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), przedstawioną w roku 1985, stwierdzającą, że: *racjonalne stosowanie produktów leczniczych oznacza ich przyjmowanie w odpowiednich dla potrzeb klinicznych pacjenta dawkach, przystosowanych do indywidualnych wymagań i w okresie, uwarunkowanym potrzebami klinicznymi, wszystko to przy możliwie najniższych kosztach dla pacjentów i dla społeczeństwa (WHO, Nairobi, 1985).*

1.2. Definicja

Wiele publikacji i projektów badawczych powołujących się lub mających w tytule opiekę farmaceutyczną wykorzystuje to określenie, jako modne pojęcie dla opisu problemów związanych z dotychczasową praktyką apektekarską, niewiele mających wspólnego z oryginalną koncepcją Ch. Heplera i L. Strand". W ramach podjętych działań zespół określił podstawową definicję opieki farmaceutycznej i innych działań podejmowanych w ramach tego procesu. Kolejnym krokiem jest wpisanie tej definicji do obowiązującego w Polsce prawa farmaceutycznego.

Definicja opieki farmaceutycznej w Polsce opracowana przez Zespół jest następująca:

Opieka farmaceutyczna jest dokumentowanym procesem, w którym 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.

Zasadnicze zadania farmaceuty w opiece farmaceutycznej to:

- ***rozpoznawanie rzeczywistych lub potencjalnych problemów lekowych,***
- ***rozwiązywanie rzeczywistych problemów lekowych,***
- ***zapobieganie, by problemy potencjalne nie przekształciły się w problemy rzeczywiste.***

Opieka farmaceutyczna jest ściśle związana z Dobrą Praktyką Apekteczną, narzucając nadzór nad przepisaniem leczeniem farmakologicznym, zakładając odpowiedzialność farmaceuty w stosunku do leczenia i jego wyników, a wreszcie wprowadzając mechanizmy profesjonalnej interwencji w celu identyfikacji, oceny i korygowania problemów lekowych z uwzględnieniem pełnej dokumentacji podjętych decyzji, przeprowadzonych działań i uzyskanych efektów.

Zgodnie z zaleceniami WHO, realizując wynikające z powyższej definicji zadania, przy uwzględnieniu wysokich kwalifikacji zawodowych farmaceutów, należy dążyć do osiągnięcia pewności, że:

1. przepisanie produktu leczniczego jest właściwe;
2. przepisany produkt leczniczy jest właściwy;
3. właściwy jest zalecany sposób stosowania, dawkowania i okres podawania produktu leczniczego;
4. każdy pacjent może otrzymać potrzebny mu produkt leczniczy;

5. informacja, jaką uzyskuje pacjent jest dla niego właściwa i zrozumiała;

6. dokonywana jest ocena aktywności zawodowej.

Ponadto, farmaceuci prowadzący opiekę farmaceutyczną w szerszym niż zazwyczaj zakresie, powinni podejmować działania mające na celu:

- a. kierowanie pacjentów z nieleczonymi i nieujawnionymi schorzeniami na konsultacje medyczne;
- b. wczesne wykrywanie chorób i udział w wybranych badaniach przesiewowych, szczególnie dotyczących chorób przewlekłych stanowiących problem społeczny (nadciśnienie, cukrzyca, uzależnienia i itp.)

1.3. Cele planu strategicznego opieki farmaceutycznej

Cele planu strategicznego opieki farmaceutycznej określają i obejmują realizację następujących zagadnień:

1. W osobistym/indywidualnym kontekście, zwiększone i głębsze zaangażowanie się każdego farmaceuty w proces racjonalnego stosowania produktów leczniczych poprzez odpowiedzialną praktykę ich wydawania oraz właściwe podejście do problemów zdrowotnych indywidualnego pacjenta.
2. W zbiorowym kontekście zawodowym oferowanie społeczeństwu i władzom administracyjnym jednorodnego i znormalizowanego modelu aktywności zawodowej, w którym wszyscy farmaceuci przyjmują jednakowe metody w realizowanej indywidualnie działalności zawodowej.
3. W zbiorowym kontekście opieki zdrowotnej, ustanowienie interdyscyplinarnego zespołu, nadzorującego realizację zasad postulowanych przez WHO i inne międzynarodowe organizacje opieki zdrowotnej. Stała aktualizacja opieki farmaceutycznej umożliwiająca dostęp do istotnych zasobów oraz korzystanie z nich, np.: Internet, czy medyczne bazy danych.

Ogromnie ważnym elementem opieki farmaceutycznej jest analiza i ocena oraz możliwość dalszego wykorzystania danych z praktycznej realizacji, oparta o jednorodność serii identycznych klasyfikacji i systemów kodowania na poziomie ogólnokrajowym.

1.4. Ogólne zasady planu strategicznego opieki farmaceutycznej

Opiekę farmaceutyczną powinny oferować wszystkie apteki na terenie Polski. Uniwersalny charakter planu strategicznego opieki farmaceutycznej jest fundamentalnym założeniem umożliwiającym włączenie się do niego każdego farmaceuty, który wyrazi taką chęć.

Struktura planu strategicznego pozwala na stosowanie różnych poziomów uczestnictwa:

1. identyfikacja problemów lekowych,
2. monitoring farmakoterapeutyczny, rejestracja wykrytych problemów lekowych i ich rozwiązywanie,
3. wdrażanie określonych procedur farmaceutycznych w odniesieniu do wybranych chorób,
4. wdrażanie i doskonalenie zasad opieki farmaceutycznej.

1.5. Podsumowanie

Opieka farmaceutyczna powinna być zapewniana dobrowolnie, zgodnie z jednolitą metodologią i strukturą opracowaną przez Zespół. Jednakże idea całego przedsięwzięcia polega na zainteresowaniu nim wszystkich farmaceutów, włączając ich do działań, spełniających społeczne zapotrzebowanie na aktywną pomoc i fachową konsultację specjalisty od produktów leczniczych.

2. WYTYCZNE OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

2.1. Wytyczne opieki farmaceutycznej w Polsce

Opieka farmaceutyczna przynosi wymierne korzyści i pozytywne efekty. Powinna być wskazana, jako jedna z usług farmaceutycznych finansowanych przez społeczeństwo. Dla zagwarantowania stałej jakości usługi świadczonej przez wielu farmaceutów pracujących w różnych warunkach i środowiskach, niezbędne jest określenie zasad i standardów dotyczących prowadzenia opieki farmaceutycznej. Ponadto stworzenie tych standardów ułatwi farmaceutom prowadzenie opieki i wypracowanie wskaźników pozwalających na obiektywną ocenę skuteczności tego procesu. Tylko skuteczne i udokumentowane działania dają farmaceutom szansę na zaakceptowanie opieki farmaceutycznej zarówno przez pacjentów, jak i inne zawody medyczne.

Zaproponowane wytyczne uwzględniają światowe opracowania stowarzyszeń i organizacji farmaceutycznych i dostosowują je do możliwości polskich aptek.

Zgodnie z przyjętą definicją opieka farmaceutyczna jest procesem na który składają się:

- zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz dotychczas prowadzonej farmakoterapii wraz z oceną tych danych, której celem jest zidentyfikowanie występujących u pacjenta problemów lekowych,
- opracowanie planu opieki, określającego sposoby rozwiązania zidentyfikowanych problemów lekowych i uzyskania celów leczenia wraz z określeniem sposobu monitorowania realizacji tego planu i harmonogramu kontynuacji opieki,
- systematyczne ocenianie uzyskiwanych efektów i dokumentowanie wszystkich decyzji i działań związanych z realizacją wspomnianego powyżej planu.

Dla każdego z tych etapów wskazano standardy i zasady, których przestrzeganie daje gwarancję prawidłowego przebiegu procesu opieki farmaceutycznej i uzyskania dzięki temu korzyści zdrowotnych, zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i społeczeństwa.

2.2. Zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i ocena dotychczas prowadzonej farmakoterapii

Zbieranie tych danych winno opierać się na kilku podstawowych przesłankach:

Należy przede wszystkim założyć, że sam pacjent jest odpowiedzialny za stan własnego zdrowia, a farmaceuta ma obowiązek go wspierać, zawsze wykorzystując w tym celu swoją najlepszą wiedzę i wszystkie dostępne narzędzia.

Opieka farmaceutyczna polega na współpracy farmaceuty z pacjentem i członkami zespołu medycznego, w którym wszyscy mają równe prawa podejmowania decyzji terapeutycznych zgodnie ze swoją wiedzą i kompetencjami.

Podstawowym zadaniem farmaceuty jest nawiązanie *kontaktu z pacjentem*, w którym wzajemne relacje opierają się na:

- wiedzy i kompetencji farmaceuty;
- zachowaniu w tajemnicy wszelkich informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- empatii i asertywności.

W ramach współpracy pacjent zgadza się na przekazywanie informacji dotyczących swego stanu zdrowia, postępowania zgodnego z zaleceniami terapeutycznymi zawartymi w planie opieki farmaceutycznej.

Relacje z innymi członkami zespołu medycznego muszą być oparte na wzajemnej akceptacji, kompetencji, odpowiedzialności oraz asertywności.

Wszelkie kontakty z pacjentem powinny mieć miejsce w warunkach sprzyjających budowaniu właściwych relacji. Miejsce to powinno zapewniać:

- **dyskrecję**, dzięki oddzieleniu od innych pomieszczeń i wyciszeniu (pacjent musi mieć pewność, że nikt postronny i nieupoważniony nie będzie przysłuchiwał się jego rozmowie z farmaceutą);
- **wygodę**, dzięki wyposażeniu w krzesła i stół (warto uwzględnić możliwość udziału w rozmowie także innych osób, np.: opiekuna lub współmałżonka);
- **szybki dostęp do źródeł informacji o lekach** (podręczniki, książki, czasopisma, bazy danych), ułatwi to udzielanie na bieżąco odpowiedzi na pytania ze strony pacjenta;
- **komunikację** (należy uwzględnić możliwość kontaktu w obecności pacjenta, np.: z lekarzem, opiekunem pacjenta), niezbędny jest komputer z dostępem do internetu i telefon;
- **możliwość zapisywania, przekazywania i zbierania danych** – wyposażenie w komputer z drukarką ułatwi nie tylko przygotowanie i przekazanie pacjentowi informacji, ale także zapisanie informacji uzyskanych od pacjenta;
- **możliwość prowadzenia praktycznej edukacji**, dzięki wyposażeniu w sprzęt medyczny i akcesoria wykorzystywane przez pacjenta (np. inhalatory, ciśnieniomierze, glukometry, pikfometry, dozowniki, nakłuwacze i in.) oraz inne materiały edukacyjne (np. modele przestrzenne, schematy rysunkowe, instrukcje, tablice, foldery, plakaty i in.);

Aby spotkanie i rozmowa z pacjentem dały oczekiwane rezultaty farmaceuta winien:

- odpowiednio przygotować się do spotkania poprzez: opracowanie planu spotkania, zebranie materiałów edukacyjnych i informacyjnych dla pacjenta, przygotowanie sprzętu medycznego i testów diagnostycznych, jeśli są konieczne (ciśnieniomierz, glukometr, nakłuwacz i in.);
- przewidzieć odpowiednią rezerwę czasową na spotkanie, co pozwoli na wyjaśnienie wszelkich wątpliwości i problemów oraz upewnienie się, że pacjent zrozumiał przekazane instrukcje i informacje.

2.3. Opracowanie i przygotowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej

Plan opieki obejmuje wskazanie celów terapeutycznych oraz opis proponowanych metod interwencji, które posłużą osiągnięciu określonych celów.

Wskazane do realizacji przez pacjenta cele terapeutyczne powinny:

- uwzględniać potrzeby lekowe pacjenta;
- uzasadniać stosowanie poszczególnych leków;
- być możliwe do osiągnięcia przez pacjenta;
- być możliwe do zmierzenia przy pomocy parametrów klinicznych lub laboratoryjnych;
- uzyskać akceptację pacjenta i opiekującego się nim zespołu;
- określać ramy czasowe osiągnięcia założonych celów leczenia.

Metody służące osiągnięciu celów terapeutycznych i realizacji planu opieki farmaceutycznej winny polegać przede wszystkim na:

- edukacji pacjenta;
- skierowaniu na dodatkowe konsultacje (lekarskie, dietetyczne, rehabilitacyjne, psychologiczne i inne);
- ciągłej prowadzonej przez farmaceutę analizie danych dotyczących prowadzonej wobec niego farmakoterapii;
- analizie dokumentacji prowadzonej w celu wykrywania problemów lekowych;
- spotkaniach z innymi farmaceutami i członkami zespołu medycznego, w celu analizy i rozwiązywania problemów lekowych;

- systematycznie prowadzonej przez farmaceutę samoocenie skutków podejmowanych decyzji i zalecanych działań.

W planie opieki określić należy ramy czasowe (harmonogram) poszczególnych planowanych działań, w tym: częstość zalecanych laboratoryjnych badań diagnostycznych oraz badań prowadzonych w ramach samokontroli (pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar stężenia glukozy i inne).

Przygotowując plan opieki uwzględnić należy: charakter i stan emocjonalny pacjenta oraz inne czynniki socjo-psychologiczne (środowisko pacjenta, nastawienie do choroby, świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie), jego możliwości finansowe oraz kompleksowość i adekwatność stosowanej terapii.

Podejmowane interwencje powinny być:

- odpowiednie ze względu na kondycję pacjenta, jego potrzeby i problemy lekowe;
- możliwie najlepsze spośród dostępnych alternatyw;
- uzgadniane i akceptowane przez pacjenta lub jego opiekunów i członków zespołu medycznego, jeżeli tego wymaga sytuacja;

W procesie edukacji pacjenta uwzględnić należy:

- patofizjologię choroby, w tym czynniki ryzyka, mechanizm powstawania choroby objawy, które jej towarzyszą, skutki nieleczenia i leczenia nieprawidłowego;
- przygotowanie i przekazanie indywidualnych informacji o stosowanych przez pacjenta lekach;
- zalecenia dotyczące stylu życia: aktywność fizyczna, właściwy sposób odżywiania się, niekorzystne efekty zdrowotne nałogów i używek (alkohol, tytoń, kawa i in.);
- udzielenie informacji na temat samodzielnego monitorowania stanu zdrowia (np. pomiary ciśnienia tętniczego, stężenia glukozy czy szczytowego przepływu wydechowego) wraz z ewentualnym zademonstrowaniem prawidłowego stosowania narzędzi służących temu monitorowaniu.

2.4. Monitorowanie i kontynuacja planu opieki farmaceutycznej

Wszystkie obiektywne i subiektywne parametry stanu zdrowia powinny być regularnie poddawane ocenie, w celu upewnienia się, że założone cele terapeutyczne są osiągnięte.

Przyjęty plan powinien być monitorowany, okresowo analizowany i oceniany, w celu jego modyfikacji lub zastosowania nowszych procedur.

Wszyscy członkowie zespołu sprawującego opiekę powinni być na bieżąco informowani o postępach w realizacji planu badawczego, jeśli istnieje taka potrzeba.

Na bieżąco powinna być prowadzona ocena stosowania się pacjenta i członków zespołu medycznego do wdrożonego planu.

Farmaceuta ocenia aktualnie uzyskane efekty farmakoterapii uzyskane przez pacjenta i postęp w kierunku uzyskania ustalonych celów farmakoterapii, określa, czy występują jakieś problemy związane z bezpieczeństwem i zdyscyplinowaniem oraz czy wystąpiły nowe problemy lekowe.

5.5 Dokumentacja opieki farmaceutycznej

Niezbędnym elementem procesu opieki farmaceutycznej jest dokumentacja. W gromadzeniu danych należy wykorzystywać odpowiednie dla danego pacjenta i jego problemów zdrowotnych techniki i źródła informacji.

Dokumentacja dotycząca pacjenta musi zawierać dane:

- demograficzne, adresowe i kontaktowe pacjenta (co najmniej: wiek, płeć, wykształcenie, zawód miejsce zamieszkania, telefony kontaktowe);

- na temat stanu zaawansowania choroby zasadniczej, chorób współistniejących i podjętego leczenia (dane lekarzy leczących, dotychczasowy przebieg leczenia, pobyty w szpitalach, sanatoriach i inne, jeżeli mają one znaczenie w przypadku danego pacjenta);
- o wynikach aktualnych badań diagnostycznych;
- o wszystkich lekach zażywanych aktualnie i w przeszłości przez pacjenta oraz istotnych ostrzeżenia (np.: o alergiach);
- o innych stosowanych metodach leczenia (np.: medycyna niekonwencjonalna);
- o stylu życia (użytki, nałogi, aktywność fizyczna, sposób odżywiania się itp.);
- innej informacji, które mogą mieć istotny wpływ na leczenie (np.: możliwości finansowe pacjenta, rodzaj ubezpieczenia).

W procesie dokumentowania opieki farmaceutycznej należy:

- opisywać wykrywane problemy lekowe rzeczywiste i potencjalne oraz zastosowane metody ich rozwiązania;
- zapisywać zmiany w parametrach stanu zdrowia, które służą ocenie postępu choroby (pomiar ciśnienia tętniczego, stężenia glukozy i inne);
- opisywać zakładane cele terapeutyczne;
- opisywać plan opieki farmaceutycznej, w tym rodzaj planowanych interwencji;
- opisywać prowadzone działania edukacyjne;

W zbieraniu danych należy wykorzystać wszystkie możliwe źródła informacji, w tym dokumentację medyczną pacjenta (np.: karty leczenia szpitalnego, czy ambulatoryjnego), zapisy udostępniane przez ubezpieczyciela (np.: w Polsce w ramach systemu RUM).

Dokumentacja pacjenta musi być przechowywana w sposób zapewniający ochronę danych pacjenta i zachowanie tajemnicy.

Proces dokumentacji opieki farmaceutycznej powinien:

- opierać się o ujednolicone i w pełni zrozumiałe standardy i nazewnictwo (słownik pojęć obowiązujących w opiece farmaceutycznej, jednolite formularze, jednolity program komputerowy, centralna baza danych itd.);
- umożliwiać szybką edycję i przeglądanie wcześniej wprowadzonych danych;
- gwarantować bezpieczeństwo systemu przed utratą lub zmianą wcześniej wprowadzonych danych;
- zapewniać ochronę danych dotyczących pacjenta i prowadzonego procesu opieki farmaceutycznej przed dostępem osób niepowołanych;
- umożliwiać chronologiczne uzupełnianie i aktualizację danych;
- opierać się na przejrzystości wprowadzanych informacji;
- zapewniać anonimowość zebranych danych.

3. STRATEGIA WDRAŻANIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ DO PRAKTYKI APTECZNEJ W POLSCE

3.1. Rola Naczelnej Rady Aptekarskiej i Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w opiece farmaceutycznej

Funkcja lidera w wdrażaniu opieki farmaceutycznej należy z natury rzeczy do samorządów – Naczelnej Rady Aptekarskiej (NRA) i stowarzyszeń naukowych – Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (PTFarm), których podstawowym obowiązkiem jest dbanie o stały rozwój zawodu. Stąd zadaniem tych organizacji jest opracowanie zasad zapewniania opieki

farmaceutycznej w Polsce i dalsza praca nad jej rozpropagowaniem i praktycznym jej wdrażaniem w całym kraju. Dlatego zgodnie z zaleceniami NRA i Zarządu Głównego PTFarm, które dostrzegły potrzebę jej wprowadzenia, przeprowadzono szereg spotkań roboczych przedstawicieli obu tych organizacji. Wynikiem tych spotkań było powołanie Zespołu do Spraw Wdrażania Opieki Farmaceutycznej, zwanego dalej Zespołem. Zespół zdefiniował główne idee, które po odpowiednim opracowaniu zostały włączone do planu strategicznego.

W celu zapewnienia maksymalnej jednorodności stosowanych metod i analiz uzyskiwanych wyników zaproponowano, aby realizacja planu strategicznego opieki farmaceutycznej, szczególnie w pierwszych latach, była koordynowana i nadzorowana przez Zespół. Dodatkowo Zespół zajmować się będzie takimi ważnymi sprawami, jak:

- a. podjęciem działań zmierzających do prawnego usankcjonowania opieki farmaceutycznej, jako jednego z najważniejszych kierunków praktyki zawodowej farmaceutów pracujących w aptekach;
- b. nawiązaniem kontaktu z instytucjami ubezpieczeniowymi, stowarzyszeniami lekarskimi i organizacjami pacjentów i uświadomieniem im korzyści wynikających z ich udziału we wszystkich przedsięwzięciach związanych z opieką farmaceutyczną;
- c. podjęciem działań mających na celu wynagradzanie farmaceutów za usługi związane z opieką farmaceutyczną tak, jak o tym mówią dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia i Rady Europy, i jak ma to miejsce w wielu innych państwach, np.: Australii, Hiszpanii, Kanadzie, Niemczech, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii;
- d. zainicjowaniem wspólnie z wydziałami farmaceutycznymi zmian w kształceniu przeddyplomowym, polegających na wprowadzeniu do programów studiów przedmiotu „Opieka farmaceutyczna”, zgodnie z wytycznymi Europejskiego Stowarzyszenia Wydziałów Farmaceutycznych,
- e. opracowaniem programów ciągłego szkolenia w opiece farmaceutycznej, ze szczególnym uwzględnieniem zajęć praktycznych doskonalących rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów, a także pogłębianie umiejętności dotyczących porozumiewania się z pacjentami, lekarzami i innymi uczestnikami procesu farmakoterapii;
- f. przygotowaniem odpowiedniej kadry wykładowców oraz opracowaniem szeroko dostępnych materiałów szkoleniowych;
- g. zaproponowaniem wdrożenia konkretnych programów opieki farmaceutycznej i zorganizowaniem pilotażowych grup aptek realizujących te programy;
- h. przygotowaniem zasad akredytacji i certyfikacji aptek i farmaceutów realizujących opiekę farmaceutyczną,
- i. opracowaniem metod, zasad i narzędzi dokumentacji wszelkich działań związanych z opieką farmaceutyczną.

Działania NRA i PTFarm promujące, popularyzujące i upowszechniające opiekę farmaceutyczną według opracowanego planu strategicznego winny opierać się na założeniu umożliwiającym włączenie się do działań w tym zakresie maksymalnej liczby farmaceutów na zasadach pełnej dobrowolności.

Opieka farmaceutyczna powinna być promowana poprzez następujące działania uzupełniające:

1. Określenie pojęcia opieki farmaceutycznej w celu zapewnienia maksymalnej integracji farmaceutów w ramach niniejszego projektu;
2. Opracowanie modelu prostej funkcjonalnej struktury opieki farmaceutycznej, uwzględniającej minimalne założenia dla

większości farmaceutów, a przeznaczonej dla utworzenia złożonej struktury dla wymiany podstawowej informacji w odniesieniu do wybranych grup terapeutycznych i/lub patologii chorobowych;

3. Gromadzenie i analiza danych na temat postępu we wdrażaniu opieki farmaceutycznej w ujęciu ogólnopolskim, udostępnianie opracowań szerszemu ogółowi i ewentualna prezentacja korzyści.

Uznano, że sprawozdawczość i dokumentowanie prowadzonych działań zawodowych są kluczowe dla opieki farmaceutycznej, przy czym działania w tym zakresie powinny unikać przenikania się i nakładania na praktykę lekarską, stanowiąc jedynie jej uzupełnienie bez wprowadzania działań konfliktogennych między zawodami medycznymi.

Zespół zakłada, że NRA i PTFarm., w oparciu o realizację celów szkoleniowych i wykonawczych odnoszących się do opieki farmaceutycznej, podejmą stosowne działania, które zapewnią realizację opracowanej przez Zespół strategii i umożliwią przeprowadzenie szkoleń, wzajemny przekaz informacji i dobrą komunikację poprzez:

1. wprowadzenie opieki farmaceutycznej do programu studiów na wydziałach farmaceutycznych;
2. zainicjowanie ogólnopolskich programów szkolenia ciągłego;
3. opracowanie programów kursów monograficznych;
4. utworzenie różnych form wymiany doświadczeń i informacji: cyklicznych sympozjów i konferencji naukowych;
5. ustanowienie (i administrowanie) portalu internetowego;
6. redagowanie i wydawanie czasopisma poświęconego opiece farmaceutycznej.

Uznano za zasadne wprowadzenie jednolitych zasad certyfikowania aptek i farmaceutów w zakresie ich działań związanych z opieką farmaceutyczną. Mając na uwadze stwierdzone i udowodnione ogromne korzyści społeczne NRA i PTFarm będą aktywnie działać w celu wdrażania planu strategicznego opieki farmaceutycznej. Działania te obejmować będą następujące obszary:

1. Przygotowanie odpowiedniej infrastruktury zawodowej;
2. Opieka farmaceutyczna w aptekach winna odbywać się przy wykorzystaniu zintegrowanych komputerowych programów wspomagania opieki farmaceutycznej, opartych na wspólnych, porównywalnych i umożliwiających wymianę danych modułach, a także z właściwym profesjonalnym ich przystosowaniem do nowych technologii i systemów informatycznych takich, jak internet. W tym kontekście niezbędne jest wsparcie w postaci portalu internetowego dla planu strategicznego opieki farmaceutycznej, służącego wymianie informacji generowanych przez farmaceutów czynnie realizujących zadania opieki farmaceutycznej;
3. Odpowiednią bazę danych produktów leczniczych poszerzoną o niezbędne informacje wymagane dla prawidłowego przebiegu procesu opieki farmaceutycznej (np: interakcje lek – lek, lek – pokarm, lek – test diagnostyczny) kodyfikację chorób, objawów, etiologii, itp.;
4. Ogólnokrajowy plan szkolenia ciągłego.

3.2. Rola okręgowych izb aptekarskich we wdrażaniu opieki farmaceutycznej

Okręgowe izby aptekarskie powinny stać się kluczowym ogniwem we wdrażaniu opieki farmaceutycznej. Izby okręgowe powinny stanowić przekazańnik wszelkich informacji i elementów integrujących całe środowisko osób zaangażowanych w opiekę farmaceutyczną.

Zadania okręgowych izb aptekarskich obejmują:

Wybór koordynatora ds. opieki farmaceutycznej

- Osoba ta będzie pośrednikiem w kontaktach z Naczelną Radą Aptekarską i będzie odpowiedzialna za przekazywanie elementów planu odnoszących się do zdefiniowanych działań, motywowanie farmaceutów i koordynację podejmowanych przez nich działań.

Adaptacja i znajomość wsparcia technicznego

- Każda OIA winna powołać zespół, spełniający wymagania i kwalifikacje techniczne do obsługi systemu komputerowego medycznej bazy danych i oprogramowania modułu opieki farmaceutycznej, udostępniając go przypisanym członkom programu.

Przeprowadzenie prezentacji multimedialnej

- Dla zapoznania się z planem strategicznym i systemem opieki farmaceutycznej, przygotowanym przez NRA i Zarząd Główny PTFarm.

Rejestracja zgłoszeń farmaceutów

- Dystrybucja planu wśród farmaceutów – członków OIA oraz rejestr zgłoszeń farmaceutów, którzy deklarują chęć aktywnego udziału.

Koordynacja działań farmaceutów uczestniczących w realizacji planu

- OIA powinny kontrolować i koordynować działania farmaceutów realizujących plan strategiczny.

Seminaria dla farmaceutów

- Celem tych seminariów jest informowanie farmaceutów, którzy zadeklarowali swój udział w ramach planu strategicznego i szkolenie w zakresie stosowania związanych z planem narzędzi (bazy danych i komputerowego programu opieki farmaceutycznej).

Kontakty z farmaceutami - członkami OIA

- Koordynator OIA będzie przyjmował/wizytował poszczególnych farmaceutów, dla ułatwienia ich działalności, będzie mógł korzystać z telefonicznego centrum konsultacyjnego przy NRA.

Przepływ danych

- OIA winny ustanowić centra gromadzenia danych od poszczególnych farmaceutów, koordynując z NRA ich przesyłanie i analizy.

Ocena

- Z poziomu OIA winny być dokonywane przez koordynatora oceny działań farmaceutów uczestniczących w programie opieki farmaceutycznej.

3.3. Plan wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej

Plan wprowadzenia opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej przedstawiono na rysunku w załączniku nr 1. Uznano, że opracowywana strategia będzie przebiegała dwufazowo. Pierwszą, jest faza konceptualizacji, którą zapoczątkowało powołanie Zespołu d/s Opieki Farmaceutycznej. Praca Zespołu dotycząca celu, planu i struktury opieki farmaceutycznej stanowi praktyczną realizację tej fazy, a przygotowywana strategia będzie zakończeniem pierwszej i zarazem najważniejszej części.

Druga faza obejmuje cztery następujące etapy:

- szkolenie,
- wdrażanie,
- certyfikację,
- monitorowanie.

3.4. Szkolenie w zakresie opieki farmaceutycznej

W strategii opieki farmaceutycznej, gdzie kolejne etapy następują po sobie, kluczowym ogniwem drugiej fazy jest **system szkoleń opieki farmaceutycznej (SZOF)**. System ten składa się z trzech kolejno po sobie następujących typów szkoleń:

1. Podstawy Opieki Farmaceutycznej (POF)

2. Specjalistyczne szkolenia z Opieki Farmaceutycznej (SOF)

3. Konferencje (szkoleniowe - tematyczne) na temat Opieki Farmaceutycznej (KOF)

Całość systemu ilustruje schemat w załączniku nr 2. Założeniem proponowanego systemu szkoleń jest to, **aby POF były bezwzględnym punktem wyjścia dla szkoleń, które przygotowują aptekarzy w ramach SOF do wykonywania opieki farmaceutycznej nad chorymi z różnymi problemami zdrowotnymi i lekowymi**. Lista proponowanych szkoleń specjalistycznych (SOF) nie jest zamknięta, jednak każda następna propozycja musi być przygotowana do realizacji zarówno od strony programowej, jak i dydaktycznej. W szczególności ważne są dostępne pomoce naukowe i profesjonalna kadra wykładowców. Proponowane szkolenia POF i wstępne propozycje SOF opierają się na wydawnictwach istniejącej Biblioteki Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego” i referencyjnych ośrodkach szkolących, które współpracować będą z systemem monitorowania. Do realizacji POF należy włączyć NIA, OIA oraz Wydziały Farmaceutyczne (w zakresie szkolenia przed i podyplomowego), PTFarm oraz inne zainteresowane stowarzyszenia naukowe i zawodowe farmaceutów, aby w krótkim czasie ujednoczyć zakres i poziom wiedzy o opiece farmaceutycznej (POF) ujednoczyć, upowszechnić i dać tym samym aptekarzom możliwość wyboru dalszego kształcenia w ramach systemu szkoleń specjalistycznych (SOF – zał. 2). Z kolei KOF jest etapem edukacji, który pozwoli na wymianę doświadczeń, doskonalenie działań praktycznych w wykonywaniu zadań opieki farmaceutycznej i warunkuje certyfikację aptek i aptekarzy do roli specjalizujących się w opiece farmaceutycznej. Proponuje się, aby ukończenie cyklu szkoleń było udokumentowane certyfikatem „specjalista w opiece farmaceutycznej”.

Przewodnikiem metodycznym systemu szkoleń (SZOF) może być kwartalnik „Opieka farmaceutyczna” ukazujący się w „Czasopiśmie Aptekarskim”, jak również inne czasopismo farmaceutyczne o ogólnopolskim zasięgu oddziaływania np. wydawany przez NRA „Aptekarz Polski”. Proponowany system szkoleń opieki farmaceutycznej (SZOF) ma stanowić swobodną Akademią Opieki Farmaceutycznej, w której chodzi o to, aby było korzystnie, tanio i ciekawie. Jak to przedstawiono na schemacie, **ukończenie cyklu szkolenia SZOF (POF + SOF + KOF) może, w zależności od stopnia uczestnictwa, zaspokoić wymagania punktowe 5 letniego cyklu szkoleń ciągłych**. System szkoleń uwzględnia sprawdzony w swej efektywności w krajach europejskich model kształcenia praktyczno - uniwersyteckiego.

3.5. Wdrażanie opieki farmaceutycznej

Wspólne działania całego środowiska farmaceutycznego w kierunku wdrażania opieki farmaceutycznej są podstawowe

wym warunkiem skuteczności tego procesu. Indywidualny farmaceuta-aptekarz podejmujący samodzielną próbę wdrażania opieki farmaceutycznej napotykać będzie na trudności i przeszkody, których nie byłby w stanie pokonać sam i które szybko zniechęciłyby go do całej koncepcji. Ponadto pojedynczy aptekarz skazany byłby na działanie w swego rodzaju próżni bez jakiegokolwiek, poza wiedzą teoretyczną zaczerpniętą z piśmiennictwa, wsparcia merytorycznego i metodycznego. Wdrożenie opieki farmaceutycznej w pojedynczej aptece jest bardzo trudne. Konieczna jest strategia ogólnokrajowa.

Wdrażanie opieki farmaceutycznej w Polsce dodatkowo utrudnia brak podstaw prawnych do jej prowadzenia. Ponadto wiele osób piszących lub mówiących o opiece farmaceutycznej nie zawsze ma dostateczną wiedzę o tym, czym ona jest i o tym, jakie obowiązki i zakres odpowiedzialności nakłada na farmaceutę jej filozofia.

Wdrażanie opieki farmaceutycznej obejmuje szereg działań, z których najważniejsze to:

1. Wprowadzenie koncepcji opieki farmaceutycznej do statutowych celów samorządu aptekarskiego (NRA i izb okręgowych) i PTFarm;
2. Ustanowienie odpowiednich wytycznych, standardów i definicji związanych z opieką farmaceutyczną;
3. Dążenie do stworzenia prawnych warunków prowadzenia opieki farmaceutycznej;
4. Zachęcanie i motywowanie farmaceutów do podjęcia działań z zakresu opieki farmaceutycznej w swej praktyce zawodowej;
5. Podejmowanie działań dla reprezentowania idei opieki farmaceutycznej w możliwie wszystkich strukturach i przedsięwzięciach określających politykę zdrowotną;
6. Systematyczne współdziałanie z innymi zawodami medycznymi dla propagowania i rozwoju idei opieki farmaceutycznej;
7. Współpraca z ośrodkami naukowymi promującymi i ułatwiającymi prowadzenie badań i studiów dotyczących opieki farmaceutycznej;
8. Szerzenie informacji o opiece farmaceutycznej, jej popularyzowanie skierowane do farmaceutów, pacjentów i lekarzy drogą bezpośredniej współpracy bądź z wykorzystaniem mediów;
9. Zabieganie o uznanie dla opieki farmaceutycznej wśród firm ubezpieczeniowych – NFZ;
10. Wykazywanie w skali mikro – pojedynczy pacjent i makro – ogólnospołecznej korzyści, jakie przynosi opieka farmaceutyczna.

Samorząd zawodowy i towarzystwo naukowe winny podjąć odpowiednie działania dla wyposażenia farmaceutów w niezbędne umiejętności w zakresie opieki farmaceutycznej przez:

1. Przyjęcie filozofii opieki farmaceutycznej, jako zasadniczego elementu programów kształcenia przed i podyplomowego;
2. Stały przegląd akademickich programów kształcenia w celu zapewnienia ich zgodności z koncepcją opieki farmaceutycznej. Absolwenci wydziałów farmaceutycznych powinni umieć zapewnić pacjentom podstawową opiekę farmaceutyczną;
3. Organizowanie kursów związanych z wdrażaniem ukierunkowanej na pacjenta praktyki zawodowej, jaką jest opieka farmaceutyczna, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności porozumiewania się;
4. Rozwój odpowiednich metod nauczania działań związanych z opieką farmaceutyczną;
5. Integrację spraw związanych z kształceniem farmaceutów i studentów farmacji, medycyny i innych zawodów związanych z ochroną zdrowia oraz edukacją pacjentów;

6. Zapewnienie stażu podyplomowego, przeznaczonego na nabycie umiejętności związanych z opieką farmaceutyczną;
7. Rozwój podyplomowych programów kształcenia, przygotowujących praktyków do prac badawczych i praktycznych działań w zakresie opieki farmaceutycznej;
8. Organizowanie forów wymiany myśli i doświadczeń oraz wspomagania pracy w zakresie opieki farmaceutycznej:
 - a. Portale internetowe,
 - b. Komputerowe programy wspomagania opieki farmaceutycznej,
 - c. Konferencje i sympozja naukowe,
 - d. Fachowe podręczniki i czasopisma specjalistyczne.

Wszystkie działania i dokumenty fazy realizacji strategii, tj.: szkolenia, wdrażanie, certyfikacja i monitorowanie, oznaczane są jednakowym logo zaproponowanym w toku działań przygotowawczych w trakcie jednej z konferencji szkoleniowych i przyjętym przez Prezydium NRA, jako znak identyfikujący dla opieki farmaceutycznej w Polsce. Wizerunek logo ilustruje załącznik nr 3.

Z punktu widzenia jednolitego systemu działań ważne jest jednakowe rozumienie pojęć stosowanych i używanych w procesie wdrażania strategii. Dlatego powstała propozycja utworzenia słownika pojęć związanych z opieką farmaceutyczną (Załącznik nr 4.).

3.6. Certyfikacja w opiece farmaceutycznej

Certyfikacja obejmuje kilka niezbędnych elementów szkolenia i finalne uznawanie kwalifikacji specjalisty w opiece farmaceutycznej. Elementy procesu szkolenia, upoważniające do ubiegania się o nadanie certyfikatu, obejmują szkolenia, udokumentowane umiejętności sprawowania opieki farmaceutycznej, udokumentowane i zaprezentowane przed organem certyfikującym doświadczenie, rezultaty i wnioski z praktycznej realizacji opieki farmaceutycznej. Certyfikat, dyplom specjalista w opiece farmaceutycznej uzyskuje osoba, która spełni uznane przez komisję certyfikującą powyższe warunki. Komisja będzie organem ustanowionym przez NRA i PTFarm., które podjęły pracę nad przygotowaniem i wdrożeniem Strategii Opieki Farmaceutycznej i powołały w tym celu specjalny Zespół. Uwzględniając znajomość problemów i strategii opieki farmaceutycznej przez członków tego Zespołu mogliby oni stanowić skład podstawowy komisji certyfikującej.

Korzyści z uzyskania certyfikatu obejmują wyróżnienie, udokumentowane preferencje przy kierowaniu na staże przed i podyplomowe, promocję apteki i zjawiska opieki farmaceutycznej, satysfakcję, a w perspektywie korzyści przy negocjacjach z płatnikami refundacji produktów leczniczych, obniżenie kosztów leczenia i poprawa jakości życia pacjentów.

3.7. Monitorowanie opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej

Monitorowanie opieki farmaceutycznej powinno być prowadzone w skali mikro i makro.

Skala mikro dotyczy pacjenta, problemu i apteki (wykonuje ją apteka i przekazuje do ośrodka monitorowania, który prowadzi bazę danych – patrz. Załącznik nr 1.)

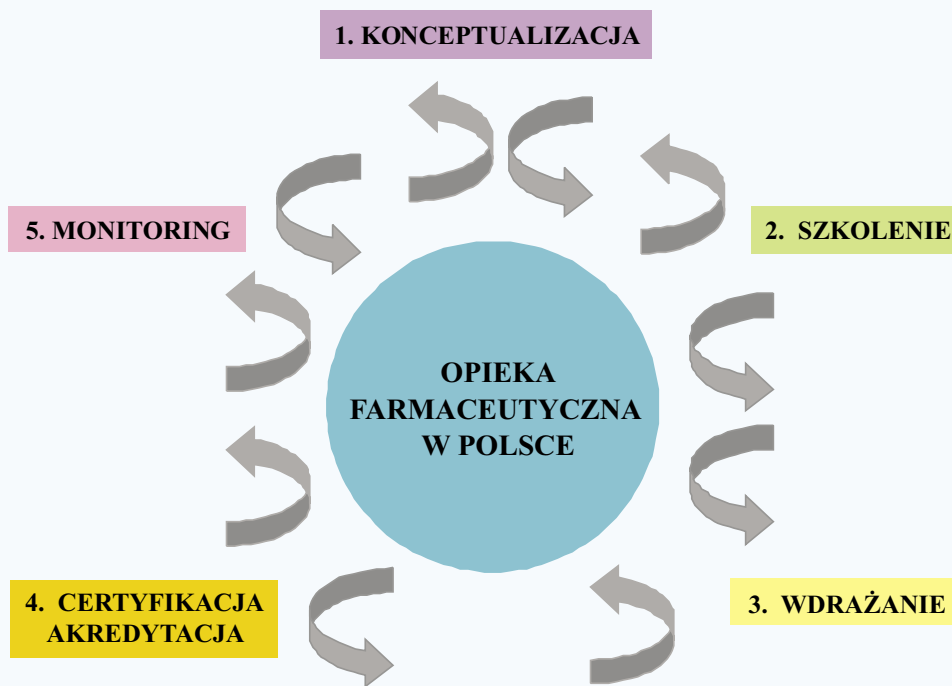
Skala makro dotyczy geografii i promocji zjawiska opieki farmaceutycznej (regionu, kraju), argumentacji i negocjacji polityki refundacyjnej i rejestracyjnej, podniesienia poziomu zdrowia publicznego oraz obniżenia kosztów leczenia. Realizacja wymienionych zadań jest procesem przewidzianym na długie lata. Monitorowanie prowadzić powinna jednostka trwała w swej strukturze, sprawna logistycznie i technicznie zapew-

niająca ciągłość kontaktów z praktyką apteczną (NRA). Zebrane drogą monitorowania informacje mogą służyć do optymalizacji i racjonalizacji polityki lekowej i zdrowotnej, a także praktyki aptecznej. Każda informacja uznana za ważną, w celu optymalizacji któregoś z etapów strategii (zał. nr 1), powinna być w miarę możliwości wykorzystywana na

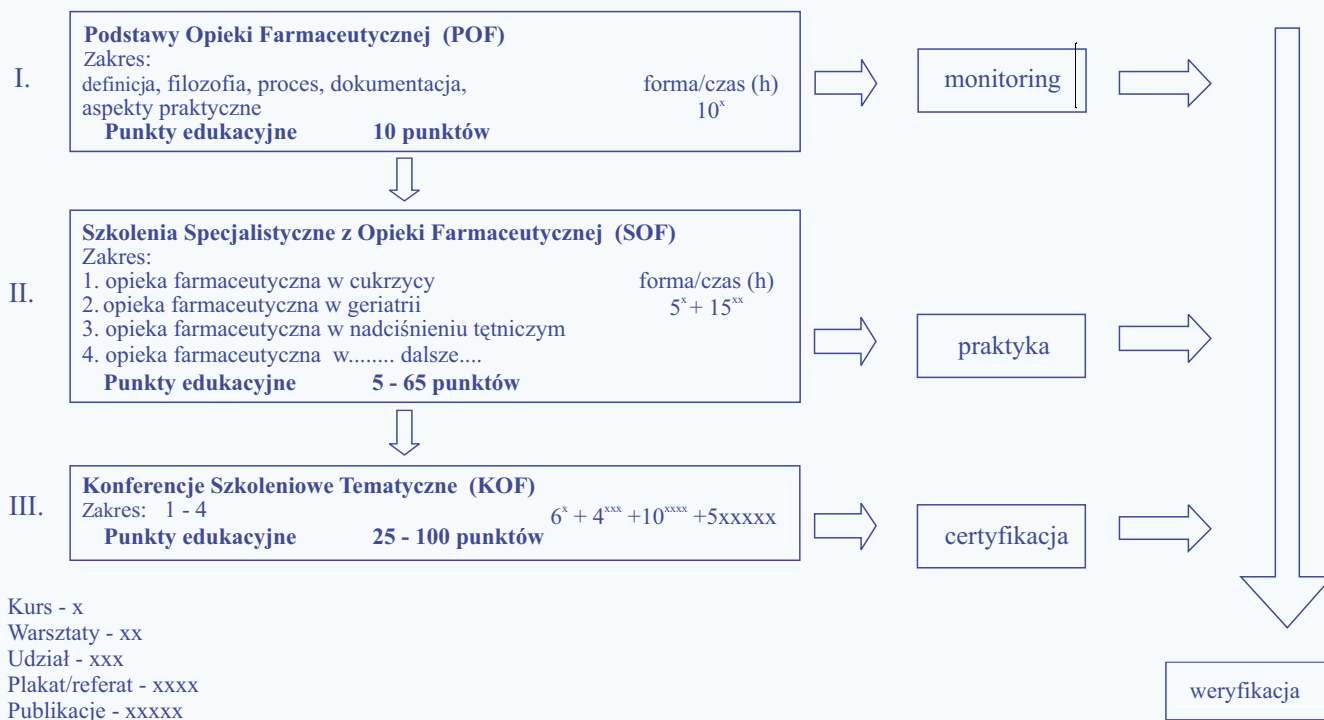
bieżąco i stanowić przesłankę do budowy kolejnych wersji strategii. Budowanie bazy danych jest procesem długofalowym. Początek jej tworzenia jest możliwy wraz z uruchomieniem procesu wdrażania strategii opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej.

3.8 Załączniki

Załącznik nr 1: **Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej w Polsce**



Załącznik nr 2: **System szkoleń w zakresie opieki farmaceutycznej**





Słownik pojęć związanych z opieką farmaceutyczną

Cel farmakoterapii.

Pożądany efekt końcowy farmakoterapii, wyrażający się jako: zapobieżenie chorobie, wyleczenie choroby, osłabienie lub wyeliminowanie objawów obiektywnych i subiektywnych choroby, spowolnienie postępu choroby oraz normalizacja wartości parametrów laboratoryjnych. Uwzględnia parametry kliniczne (objawy obiektywne i subiektywne) i/lub wartości badań laboratoryjnych, które można zaobserwować, zmierzyć, które są realistyczne oraz mają określone ramy czasowe.

Chorobowość odlekowa

(*Drug morbidity*). Występowanie chorób szkód w zdrowiu związanych z prowadzonym procesem farmakoterapii.

Dane obiektywne.

Dane, które można zweryfikować i wyrazić liczbowo, nie mają na nie wpływu czynniki emocjonalne i ewentualne uprzedzenia i odczucia pacjenta.

Dane subiektywne.

Dane, które nie są bezpośrednio mierzalne, nie zawsze są dokładne i powtarzalne, a możliwości ich zweryfikowania są bardzo ograniczone. Pochodzą przede wszystkim od pacjenta.

Dawka (*Dosis*).

Ilość produktu leczniczego, jaka po podaniu określoną drogą jest niezbędna dla uzyskania pożądanego działania leczniczego lub profilaktycznego. Jej wielkość zależy od aktywności leczniczej produktu leczniczego, drogi podania oraz wieku i indywidualnych cech pacjenta.

Dawkowanie.

Podawanie produktu leczniczego w odpowiedniej dawce różnymi drogami.

Doświadczenie lekowe (pacjenta).

Suma wszystkich zdarzeń w życiu pacjenta związanych z procesem farmakoterapii, jego osobiste doświadczenia w stosowaniu produktów leczniczych, doświadczenia życiowe uwzględniające postawę pacjenta, jego przekonania, preferen-

cje, obawy, oczekiwania oraz zachowania związane ze stosowaniem produktów leczniczych.

Efekty farmakoterapii.

- *Rozwiązanie*: cele zostały osiągnięte, a leczenie zakończone.
- *Stabilizacja*: cele zostały osiągnięte; to samo leczenie jest kontynuowane;
- *Poprawa*: nastąpił postęp leczenia; to samo leczenie jest kontynuowane;
- *Częściowa poprawa*: odnotowano postęp w leczeniu; wymagane są niewielkie modyfikacje w terapii;
- *Brak poprawy*: nie odnotowano postępu w leczeniu pomimo jego kontynuacji;
- *Pogorszenie*: pogorszenie stanu zdrowia; leczenie zostaje odpowiednio dostosowane;
- *Niepowodzenie*: cele nie zostały osiągnięte; zostaje włączone nowe leczenie;
- *Zgon pacjenta*: pacjent zmarł w czasie stosowanej terapii farmakologicznej;
- *Ime*: pacjent wycofał się z postępowania terapeutycznego, został przeniesiony, itd.

Farmacja kliniczna.

Ukierunkowane nauczanie studentów farmacji oraz wykonywanie zawodu farmaceuty na bezpieczne i właściwe stosowanie produktu leczniczego u chorego, a tym samym położenie głównego nacisku na znaczenie produktu leczniczego dla chorego w całej złożoności tego zagadnienia, obejmującego drogę podania, postać i formułację produktu leczniczego, dawkowanie, interakcje z innymi produktami leczniczymi, żywieniem i testami diagnostycznymi.

Farmakoterapia.

Stosowanie leków w celu leczenia lub zapobiegania chorobie. Obejmuje produkt leczniczy i schemat dawkowania zalecany pacjentowi dla danego wskazania.

Kontakt terapeutyczny (*Therapeutic relationship*).

Partnerstwo lub porozumienie farmaceuty i pacjenta nawiązane w celu optymalizacji doświadczeń lekowych pacjenta. Charakteryzuje się zaufaniem, empatią, wzajemnym poszanowaniem i autentycznością.

Opieka.

Wrażliwość na potrzeby innych ludzi wyrażająca się gotowością osobistego zaangażowania się. Dobrowolne zobowiązanie się do działań na rzecz łagodzenia bezradności i cierpienia innych ludzi. Uważana za kamień węgielny kontaktu terapeutycznego i zasadniczy element filozofii opieki farmaceutycznej. Składa się z co najmniej trzech podstawowych działań, które musi wykonywać zapewniający opiekę:

- ocena potrzeb pacjenta,
- uzyskanie środków koniecznych dla zaspokojenia tych potrzeb,
- ustalenie, czy udzielona pomoc spowodowała korzystne lub niekorzystne efekty.

Opieka farmaceutyczna (*Pharmaceutical care*).

Opieka farmaceutyczna jest praktyką zawodową, w której farmaceuta jest odpowiedzialny za potrzeby pacjenta związane z produktami leczniczymi poprzez rozpoznawanie, zapobieganie i rozwiązywanie problemów związanych z produktem leczniczym w sposób ciągły, systematyczny i udokumentowany, we współpracy z samym pacjentem i innymi specjalistami opieki zdrowotnej, w celu uzyskania konkretnych efektów poprawiających jakość życia pacjenta.

Opracowanie farmakoterapii (*Pharmacotherapy workup*).

Proces podejmowania racjonalnych decyzji w praktyce opieki farmaceutycznej. Wyraża się klinicznymi decyzjami farmaceutycznymi obejmującymi ocenę potrzeb lekowych pacjenta, identyfikację problemów lekowych, ustalania celów terapii, wybór działań i ocenę wyników. Jest opisem procesu myślowego, hipotez, nawiązanych kontaktów, podejmowanych decyzji i sposobów rozwiązywania problemów w opiece farmaceutycznej.

Plan opieki.

Szczegółowy opis działań i obowiązków pacjenta i farmaceuty niezbędnych dla osiągnięcia celu terapii i rozpoznania, rozwiązania lub zapobieżenia problemom lekowym, uzależniony od stanu medycznego lub wskazań dla farmakoterapii (zastosowania produktu leczniczego). Składa się następujących elementów:

- ustalenia celu/ów leczenia (terapii),
- działań farmaceuty oraz działań pacjenta mających na uwadze zrealizowanie celów,
- terapii i/lub zapobieżenie wystąpieniu problemu lekowego,
- harmonogram oceny efektów.

Potrzeby lekowe pacjenta.

Potrzeby opieki zdrowotnej pacjenta związane z procesem farmakoterapii, których zaspokojenie może zaproponować zapewniający opiekę farmaceutyczną. Są to:

- właściwe wskazania do zastosowania produktu leczniczego,
- zastosowanie możliwie najskuteczniejszego produktu leczniczego dla każdego wskazania,
- możliwie najbezpieczniejszy schemat dawkowania,
- wola i możliwość pacjenta do przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania produktu leczniczego.

Problem lekowy (*Drug related problem*).

Każde niepożądane zdarzenie doznawane przez pacjenta, które wiąże się lub może wiązać się ze stosowaniem albo niestosowaniem produktu leczniczego, które utrudnia uzyskanie zamierzonego celu procesu farmakoterapeutycznego.

Problem medyczny (*Medical problem*).

Stan chorobowy, tzn. problem spowodowany zmianami fizjologicznymi, wywołujący określony stan kliniczny.

Produkt leczniczy (lek).

Lekarstwo, surowiec farmaceutyczny lub substancja lecznicza, któremu w wyniku odpowiednich zabiegów technologicznych nadano właściwą postać, który jest stosowany lub podawany pacjentowi w odpowiednich dawkach w celach terapeutycznych, profilaktycznych lub diagnostycznych.

Przedział dawkowania.

Odstęp czasu pomiędzy podaniem kolejnych dawek produktu leczniczego. Ustalany w zależności od biologicznego okresu półtrwania produktu leczniczego i dobierany w sposób maksymalnie dogodny dla pacjenta.

Przestrzeganie (toku leczenia) (*Adherence*).

Zakres, w jakim zachowanie pacjenta pod względem przyjmowania leków, przestrzegania diety i/lub realizacji zmian w stylu życia jest zgodne z uzgodnionymi zaleceniami fachowca opieki zdrowotnej. Przestrzeganie kładzie nacisk na zmiany behawioralne niezbędne dla zrealizowania uzgodnionych zaleceń.

Schemat dawkowania.

Dawka produktu leczniczego podawana wielokrotnie i prze-

dział czasu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zapewniających uzyskanie optymalnego efektu leczenia.

Skuteczność procesu farmakoterapii.

Możliwość uzyskania pożądanego lub zamierzonego korzystnego efektu leczenia określonego pacjenta.

Umieralność odlekowa (*Drug morbidity*).

Zejścia śmiertelne związane z procesem farmakoterapii.

Wydajność produktu leczniczego.

Dowody, że produkt leczniczy może przynieść korzystne efekty leczenia w populacji pacjentów.

Zdyscyplinowanie (*Compliance*).

Zakres, w jakim zachowanie pacjenta pod względem przyjmowania leków, przestrzegania diety i realizacji zmian w stylu życia jest zbliżone z postępowaniem klinicznym. Innymi słowy jest to zgodność z zaleceniami lekarskimi.

Zgodność (*Concordance*).

Proces pomyślnego przepisania leku i jego stosowania polegający na partnerstwie między pacjentem a fachowcem opieki zdrowotnej, którego celem jest zgoda na udzielone zalecenia.

4. LITERATURA PRZEDMIOTU

1. Bąbelek T.: *Compliance, czyli jak skutecznie poprawiać efekt farmakoterapeutyczny*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-4/2005.
2. Bąbelek T.: *Wymiana informacji – niezbędny element opieki farmaceutycznej*. Opieka Farmaceutyczna nr 3/2006.
3. Berger B.A.: *Communication Skills for Pharmacists: Building Relationships, Improving Patient Care*. Am. Pharm. Assoc. Washington 2005
4. Brandys J., Jasik M., Lipski S., Łazowski J., Skowron A.: *Opieka farmaceutyczna w nadciśnieniu tętniczym. Wybrane zagadnienia dla aptekarzy*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego. Warszawa 2006.
5. Cabana H.: *Przykłady opieki farmaceutycznej w Austrii na tle Dobrej Opieki Aptecznej*. Materiały i dokumenty IX Ogólnopolskiej Konferencji Czasopisma Aptekarskiego, Czasopismo Aptekarskie, Wydanie specjalne 2005.
6. Capilla Martinez P.: *Priorytetem opieka farmaceutyczna*. Czasopismo Aptekarskie nr 10/2004.
7. Castillo Garcia B.: *Doświadczenia we wprowadzaniu do programu nauczania na wydziałach farmaceutycznych UE przedmiotu „opieka farmaceutyczna”*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/2006.
8. Cipolle R.J., Strand L.M., Morley P.C.: *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide*. McGraw Hill, New York 2004.
9. Dobrzańska-Banasik W., Tuśno M., Orszulak-Michalak D.: *Przygotowanie farmaceutów i aptek do realizacji opieki farmaceutycznej nad chorymi na cukrzycę w oparciu o wyniki badania ankietowego*. Farm. Pol. 58, 25, 2002.

10. Dobrzańska-Banasik W.: Krakutt K., Orszulak-Michalak D.: *Opieka farmaceutyczna nad chorymi na cukrzycę – stan obecny i perspektywy*. Farm. Pol. 57, 772, **2001**.
11. Dobrzańska-Banasik W., Śmigieński P., Orszulak-Michalak D.: *O potrzebie i możliwościach realizacji opieki farmaceutycznej nad chorymi na astmę oskrzelową*. Farm. Pol. 58, 774, **2002**.
12. Foppe van Mil J.W., Tromp D.: *Opieka farmaceutyczna a kształcenie farmaceutów*. Farm. Pol. 57, 1056, **2001**.
13. Foppe van Mil J.W., Tromp D.: *Opieka farmaceutyczna: jak ją wprowadzać w życie?* Farm. Pol. 57, 1068, **2001**.
14. Foppe van Mil J.W.: *Bezpieczeństwo pacjenta a opieka farmaceutyczna*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/**2006**.
15. Grześkowiak E., Wieczorkowska-Tobis K., Rajska-Neumann A.: *Opieka farmaceutyczna w geriatric, założenia i cele*. Czasopismo Aptekarskie nr 5/**2005**.
16. Grześkowiak E., Wieczorkowska-Tobis K., Rajska-Neumann A.: *Opieka farmaceutyczna w geriatric*. Opieka farmaceutyczna nr 1-4, **2005**.
17. Jabłoński T.: *Opieka farmaceutyczna w świetle obowiązujących przepisów prawa*. Farm. Pol. 58, 288, **2002**.
18. Jasik M.: *Opieka diabetologiczna. Wybrane zagadnienia z diabetologii klinicznej dla aptekarzy*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego. Warszawa **2005**.
19. Kucharczyk T., Kijewska A.: *Zakres i miejsce opieki farmaceutycznej w procesie dydaktycznym*. Farm. Pol. 56, 3044, **2000**.
20. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna*. Czasopismo Aptekarskie nr 1-5, **1994**.
21. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna*. Farm. Pol. **57**, 503, 763, **2001**; **58**, 21, 516, 770, **2002**; **59**, 156, **2003**.
22. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna*. Biuletyn NIA. Numer specjalny **2004**,
23. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna a leki OTC*. Czasopismo Aptekarskie nr 6-7, **2005**.
24. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna w Europie*. Apteka Plus – Prawo i zarządzanie. Wyd. Raabe, Warszawa **2004**.
25. Łazowski J., Siewczyński J.: *Problemy farmakoterapii i opieki farmaceutycznej u ludzi w wieku podeszłym*. Farm. Pol. **59**, 1027, **2003**.
26. Łazowski J.: *Podstawy opieki farmaceutycznej*. Apteka Plus – Prawo i zarządzanie. Wyd. Raabe, Warszawa **2003**.
27. Łazowski J.: *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa 2005.
28. Łazowski J.: *Marketing opieki farmaceutycznej*. Opieka farmaceutyczna nr 1-4/**2005**.
29. Łazowski J.: *Współpraca lekarzy i aptekarzy w opiece farmaceutycznej*. Opieka Farmaceutyczna nr 4/**2006**.
30. Łazowski J.: *25 lat opieki farmaceutycznej w USA*. Opieka Farmaceutyczna nr 4/**2006**.
31. Magowska A.: *Kontraktowane usługi farmaceutyczne jako strategia opieki farmaceutycznej w Polsce*. Czasopismo Aptekarskie nr 4/**2005**.
32. Magowska A.: *Etyka w opiece farmaceutycznej*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/**2006**.
33. Meldrum H.: *Interpersonal Communication in Pharmaceutical Care*. Pharm. Prod. Press. New York **1994**.
34. Olczyk-Andryszek T., Zygałdo E., Marczak J.: *Współpraca inspekcji farmaceutycznej z aptekarzami w sprawach edukacji zdrowotnej i opieki farmaceutycznej*. Materiały na seminarium Szkoły Zdrowia Publicznego CMUJ **1995**.
35. Rovers J.P., Curie J.D., Hagel P.H. i wsp.: *A practical Guide to Pharmaceutical Care*. Wyd. 2, Am. Pharm. Assoc. Waszyngton **2003**.
36. Schulz M.: *Opieka farmaceutyczna w Europie. Wczoraj, dziś i jutro*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/**2006**.
37. Skowron A., Brandys J.: *Opieka farmaceutyczna dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym leczonych ambulatoryjnie*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/**2006**.
38. Stożkowska W.: *Opieka farmaceutyczna – wyzwanie, konieczność i szansa*. Farm. Pol. 61, 211, **2005**.
39. Stożkowska W., Wapniarska I.: *Opieka farmaceutyczna w leczeniu chorób cywilizacyjnych. Karty bazowe dla farmaceutów*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-4/**2005**.
40. Zygałdo E.: *Komunikacja w pracy aptekarza. Wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa **2005**.

UCHWAŁY I INNE DOKUMENTY
ORGANÓW NIA
SĄ DOSTĘPNE W SIEDZIBIE IZBY PRZY UL.
DŁUGIEJ 16 W WARSZAWIE
ORAZ NA STRONIE
www.nia.org.pl

BIULETYN NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ. Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel. +48 22 635 92 85, +48 22 635 06 70, fax +48 22 887 50 32, www.nia.org.pl, e-mail: nia@nia.org.pl.
Redaktor Naczelny: mgr farm. Andrzej Wróbel; Redaktor Prowadzący: mgr farm. Joanna T. Marczak, MBA Egzemplarz bezpłatny.