

Mirosław Borkowski

ORCID 0000-0001-5456-7377

Wydział Nauk Społecznych, Gdańska Szkoła Wyższa

Opieka farmaceutyczna elementem bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka

Streszczenie

Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka jest zagadnieniem wieloaspektowym, które aby spełnić swoje podstawowe założenia, jakim jest ochrona życia i zdrowia człowieka, musi uwzględniać wiele różnorodnych czynników oddziałujących na jego życie i zdrowie. W trosce o zachowanie tego najważniejszego dla każdego człowieka dobra należy zwracać uwagę m.in. na zagadnienia związane z tzw. zdrowym trybem życia, produkcją czy dystrybucją produktów leczniczych, ale powinno także uwzględniać się np. proces dyspensowania leków czy zagadnienia dotyczące edukacji, w tym zjawisko informacji i reklamy produktów farmaceutycznych. Ważne miejsce w tym procesie zajmują farmaceuci, a jednym z możliwych przejawów troski o bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów powinna być opieka farmaceutyczna.

Słowa kluczowe: opieka farmaceutyczna, farmaceuta, produkt farmaceutyczny, bezpieczeństwo zdrowotne człowieka, pacjent, apteka.

I. Wstęp

Zmieniająca się sytuacja gospodarczo-społeczna państwa, a co za tym idzie rosnąca mediana zarobków, przekładają się na wzrost świadomości społeczeństwa, wpływając na zmiany w podejściu do sposobu życia, przyczyniają się do nieco innego postrzegania spraw związanych z ochroną tego co jest najcenniejsze dla człowieka — zdrowia i życia. Zmieniło się także postrzeganie „bezpieczeństwa zdrowotnego” bowiem coraz więcej osób rozumie jego znaczenie, zna jego zakres. Coraz większa liczba obywateli dostrzega konieczność przewartościowania potrzeb zdrowotnych, funkcjonowania tak, aby pomoc medyczna i wizyty „u lekarzy” były minimalizowane, ograniczane jedynie do niezbędnych przypadków. Taki tryb czy sposób życia wiąże się także z procesem uświadamiania sobie znaczenia różnych zawodów medycznych i okołomedycznych.

Warto podkreślić, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat zaszły też wielkie zmiany w obszarze postrzegania zdrowia i jego bezpieczeństwa przez osoby związane zawodowo z ochroną zdrowia. Większość przedstawicieli zawodów okołomedycznych i medycznych nie kwestionuje potrzeby holistycznego postrzegania zdrowia. Często jednak odnosi się wrażenie, że w ministerstwie do spraw zdrowia oraz podległych mu i współpracujących z nim instytucjach, np. inspekcji sanitarnej czy farmaceutycznej, ochrona zdrowia — rozumiana jako: *stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności* (jak zostało ono

zdefiniowane przez WHO) oraz to, że *zdrowie jest podstawowym prawem każdej istoty ludzkiej (...) jest podstawą dla osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa (...)*¹ — postrzegana jest jedynie jako hasło czy slogany propagandowe, a nie zasady, normy i dobra, które chronione są zarówno przez system międzynarodowo chronionych praw człowieka, jak i zasady konstytucyjne.

W rozwiniętych społeczeństwach, w demokratycznych państwach tworzone są i funkcjonują różne programy ochrony zdrowia, w innych państwach zazwyczaj mówi się jedynie o potrzebie wprowadzania takich instytucji. W obu przypadkach podkreśla się jednak, że zdrowie człowieka zależy od wielu powiązanych ze sobą czynników i przywołując Lalond'a wskazuje się cztery najważniejsze uwarunkowania, wśród których wyróżnia się: 1) styl życia (ok. 50%), 2) środowisko życia (ok. 20%) (składa się na nie: ś. fizyczne [naturalne oraz stworzone przez człowieka], ś. społeczne, ś. pracy, ś. nauki), 3) czynniki genetyczne (ok. 20%), 4) działania opieki zdrowotnej (ok. 10%).²

Wskazane powyżej środowisko życia, a przede wszystkim działania opieki zdrowotnej to czynniki wieloaspektowe. Przywołując chociażby potoczne znaczenie „opieki zdrowotnej” można wskazać, że jednym z jej elementów jest dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym do miejsc, punktów aptek i punktów aptecznych, w których pacjent może zaopatrzyć się w niezbędne produkty lecznicze, wyroby medyczne. Ten swobodny dostęp do produktów leczniczych, możliwość uzyskania informacji dotyczących działania różnych produktów leczniczych jest niewątpliwie przejawem bezpieczeństwa zdrowotnego. Należy tylko wyrazić zaniepokojenie, że ów prosty fakt i zależność pomiędzy informacją o produktach leczniczych a zdrowiem pacjenta nie zawsze jest dostrzegany, że przedstawiciele niektórych instytucji, których zadaniem jest ochrona życia i zdrowia człowieka myślą informacje z reklamą.

II. Opieka farmaceutyczna — koncepcja postrzegania i próba definicji

Czasy „niedoborów” produktów farmaceutycznych czy wyrobów medycznych chyba już minęły (nie biorąc pod uwagę problemów z dostępem do produktów na

¹ Przywołane fragmenty pochodzą z polskiej wersji dokumentu: Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej z dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U z 1948 r. Nr 61, poz. 477).

² Marc Lalonde — minister zdrowia i opieki społecznej Kanady, który w opublikowanym w 1974 r. raporcie „A New Perspective on the Health of Canadians” sformułował tzw. zakres pól zdrowia, czyli czynników mających wpływ na zdrowie człowieka. W ostatnim czasie do tego zestawienia wielu przedstawicieli nauki dodaje, iż coraz większego znaczenia nabierają inne czynniki, w tym „kod pocztowy”, który „wypiera” powoli znaczenie kodu genetycznego i pozostałych czynników. To, gdzie się urodziliśmy, gdzie mieszkamy ma istotne znaczenia dla naszego zdrowia, przekłada się na bezpieczeństwo zdrowotne; upraszczając można stwierdzić, że w zależności od miejsca urodzenia i zamieszkania mamy dostęp np. do czystego powietrza, środowiska, zieleni, możemy uprawiać różne sporty. Z upływem wieku zmieniają się potrzeby i coraz częściej człowiek zaczyna interesować się m.in. ilością punktów ochrony zdrowia, ilością aptek „jakością” usług świadczonych w takich placówkach. Wiadomo, że w centrum miasta mamy więcej takich placówek, ale zazwyczaj jest gorsze powietrze itd. To zestawienie środowiska życia ze stylem życia ma wielkie przełożenie na bezpieczeństwo zdrowotne, oczywiście należy cały czas pamiętać o działaniach opieki zdrowotnej, w której również następują zmiany i która jest coraz bardziej krytycznie oceniana przez pacjentów — coraz mniej ludzi ufa lekarzom (zwłaszcza lekarzom specjalistom), a coraz więcej zaufania pokładamy np. w farmaceutach.

coraz to nowe rodzaje chorób, nie uwzględniając zjawisk patologicznych i działań przestępczych związanych z wywozem produktów farmaceutycznych z kraju). W tej chwili pacjent ma nie tylko dowolność wyboru miejsca, w którym dokona zakupu potrzebnych (i niepotrzebnych) produktów, ale ma również możliwość wyboru pomiędzy różnymi produktami leczącymi, zapobiegającymi, ułatwiającymi, wspierającymi itp. proces leczenia. Mnogość różnych produktów farmaceutycznych dyspensowanych pacjentowi, łatwość ich nabywania oraz występowanie różnego rodzaju suplementów i produktów farmaceutycznych skłaniać powinna do refleksji dotyczącej „ochrony” pacjenta przed skutkami zażywania zbyt dużej ich ilości.

Problem ten znano już wcześniej, jednak dopiero w połowie lat 70. ubiegłego stulecia podjęto starania dotyczące nazwania go i wprowadzenia odpowiednich regulacji zapobiegających temu szkodliwemu dla życia i zdrowia pacjenta zjawisku. Połączenie tego faktu ze zmianą postrzegania pacjenta (odejście od paternalizmu) stało się przesłanką do powstania koncepcji „opieki farmaceutycznej”, czyli stworzenia warunków do bliskiej współpracy pomiędzy farmaceutą, lekarzem i pacjentem.

Jak wskazuje się w wielu opracowaniach pojęcie „opieka farmaceutyczna” pojawiło się po raz pierwszy w 1975 r. w Stanach Zjednoczonych. Mikeal i współnicy w artykule opublikowanym w „American Journal of Hospital Pharmacy” opisali „opiekę farmaceutyczną” jako: opiekę, jakiej wymaga i jaką otrzymuje dany pacjent, która zapewnia bezpieczne i racjonalne stosowanie leków³. Tak więc opieka ta od samego początku jej konstruowania miała opierać się na współdziałaniu trzech podmiotów: pacjenta, lekarza, farmaceuty.

Bardziej doprecyzowaną definicję opieki farmaceutycznej stworzyli Brodie i współnicy, którzy w 1980 r. określili ją jako: *określenie potrzeb lekowych danej osoby, nie tylko zaopatrzenie w potrzebne leki, lecz także udzielenie niezbędnych świadczeń (przed, w czasie i po zakończeniu leczenia) zapewniających optymalnie bezpieczną i skuteczną farmakoterapię*⁴. I dalej ci sami Autorzy podkreślali, że opieka farmaceutyczna ma „uwzględniać mechanizm sprzężenia zwrotnego jako środek ułatwiający ciągłość tej opieki przez sprawującą ją osobę”⁵. W tej definicji nie ma wyraźnego wskazania roli i miejsca farmaceuty w opiece farmaceutycznej, jednak z treści tego opisu można to wywnioskować. Istotną cechą tej definicji jest podkreślenie znaczenia opieki farmaceutycznej jako procesu, a nie pojedynczej, zindywidualizowanej czynności odizolowanej od zjawisk i zależności otaczających pacjenta.

Wzajemne relacje pomiędzy pacjentem a farmaceutą, jedynie zasygnalizowane w tej wymienionej powyżej definicji, kilka lat później stały się istotnym komponentem definicji sformułowanej w 1990 r. przez Heplera i Stranda’a. Warto więc te najważniejsze założenia analizowanego procesu, stanowiące do dnia dzisiejszego wzorcowy przykład eksplikacji „opieki farmaceutycznej”, przytoczyć w całości. W pracy „Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”⁶ przywołani Autorzy skonstatowali:

³ Za: J. Łazowski, *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*, Warszawa 2005, s. 33.

⁴ *Ibidem*, s. 33.

⁵ *Ibidem*, s. 33.

⁶ C.D. Hepler, L.M. Strand, *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, „American Journal of Hospital Pharmacy” 1990, nr 47, s. 533–543.

Opieka farmaceutyczna jest odpowiedzialnym zapewnieniem farmakoterapii, którego celem jest uzyskanie określonych efektów poprawiających jakość życia pacjenta. Efektami tymi są: 1. Wyleczenie, 2. Wyeliminowanie lub złagodzenie objawów choroby, 3. Zatrzymanie lub spowolnienie procesu chorobowego, 4. Zapobieżenie chorobie lub wystąpieniu jej efektów. Opieka farmaceutyczna jest procesem, w którym farmaceuta współpracuje z pacjentem i innymi członkami zespołu opieki zdrowotnej w opracowywaniu, wdrażaniu i monitorowaniu planu terapeutycznego (...) Opieka farmaceutyczna jest nieodzownym składnikiem opieki zdrowotnej i powinna być zintegrowana z innymi jej elementami. (...) ma na celu bezpośrednie dobro pacjenta, wobec którego farmaceuta jest odpowiedzialny za jej jakość. Podstawową relacją w opiece farmaceutycznej jest wzajemna korzystna wymiana, w której pacjent udziela farmaceucie pełnomocnictwa, a farmaceuta z kolei zapewnia pacjentowi wykorzystanie swojej wiedzy i zaangażowania w rozwiązywaniu jego problemów (...).

Warto podkreślić, że przytoczony opis do dnia dzisiejszego jest uznawany jako wzorzec opieki farmaceutycznej, swymi założeniami wykraczający poza obszar medycyny, farmacji *sensu stricto*. Definicja ta, podobnie jak definicja „zdrowia” sformułowana przez WHO, jest poddawana drobnym korektom. I tak np. w 1998 r. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna wprowadziła zmianę łagodzącą nieco cel opieki farmaceutycznej, stwierdzając, że efektem opieki farmaceutycznej może być *poprawa jakości życia pacjenta lub utrzymanie jakości jego życia*⁷.

Wprowadzone alternatywne rozwiązanie „poprawa jakości życia” lub „utrzymanie jego jakości”, łagodząc efekt opieki farmaceutycznej znacznie poszerza jego zakres, dając tym samym możliwość szerszego stosowania tej czynności, co niewątpliwie przekłada się na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka, wpływając może na zachowanie jego życia i zdrowia.

III. Opieka farmaceutyczna — przykłady działania w wybranych państwach

Poziom i zakres opieki farmaceutycznej w państwach europejskich nie jest jednolity, a różnice występują nie tylko pomiędzy państwami Unii Europejskiej a USA, ale występują także pomiędzy państwami członkowskimi UE. Obecnie w większości państw UE i świata opieka farmaceutyczna najczęściej obejmuje m.in. tzw. *health check-up* — sprawdzanie stanu zdrowia pacjentów przez pomiar masy ciała, ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu i badania przesiewowe w kierunku cukrzycy (m.in. Austria, Dania, Hiszpania, Norwegia)⁸. Kontrole odbywają się podczas prywatnych konsultacji i mogą trwać około pół godziny, a w trakcie spotkań z farmaceutą pacjent otrzymuje porady i informacje z zakresu zdrowego trybu życia i żywienia.

W zakres opieki farmaceutycznej mogą wchodzić także:

1. *Weight Loss* — jest to program utraty wagi oparty na doradztwie farmaceuty. Jak wskazano w materiałach opisujących przykłady opieki farmaceutycznej w niektórych państwach, *jego stosowanie może podwoić szanse na osiągnięcie 10% utraty masy ciała w czasie nie krótszym niż 12 miesięcy*⁹.

⁷ *Ibidem*, s. 34.

⁸ Za: A. Wiesner, *Jak wygląda opieka farmaceutyczna w innych krajach europejskich?*, Portal opieka.farm, <https://opieka.farm/aktualnosci/jak-wyglada-opieka-farmaceutyczna-w-innych-krajach-europejskich>, dostęp: 17.07.2020 r.

⁹ RCL/rynekaptek.pl, dostęp: 19.07.2020 r.

W literaturze przywołuje się także inne przykłady wykorzystywania opieki farmaceutycznej. I tak np. do elementów opieki farmaceutycznej zalicza się m.in.:¹⁰

2. *Medicines Use Review* (MUR), „przegląd wykorzystania leków i interwencje lekowe” — to usługa finansowana na podstawie stałego cennika usług. W ramach tej czynności *pacjent, który przyjmuje regularnie przynajmniej 3 leki przez minimum 3 miesiące, spotyka się z farmaceutą raz w roku, w lokalnej aptece, żeby porozmawiać o zażywanych środkach*. Przyjmuje się, że dzięki MUR pacjent odpowiednio przyjmuje leki, a przede wszystkim *lepiej rozumie, w jaki sposób mają one mu pomóc, więcej wie o swojej chorobie* (np. w Wielkiej Brytanii, Holandii, Kanadzie).
3. *Smoking Cessation* — rzucanie palenia. W tym przypadku, czynnością przeprowadzaną jest wykonanie testu sprawdzającego poziom/zakres uzależnienia w celu określenia jego stopnia a następnie, w zależności od wyników dobierana jest terapia (m.in. Wielka Brytania).
4. *Flu Jab* — to szczepienie przeciw grypie dostępne od października każdego roku. Zastrzyk w ramię robiony przez wykwalifikowanych farmaceutów podczas prywatnej konsultacji — w zależności od państwa czynność taka może być wykonywana w aptece lub przez farmaceutę w domu pacjenta. Przed wykonaniem szczepienia pacjent wypełnia ankietę, którą można odebrać i uzupełnić w aptece lub pobrać online. Farmaceuta ocenia przydatność szczepionki dla pacjenta (m.in. Portugalia, Francja, Norwegia, Włochy).
5. *Erectile Dysfunction* (ED) — badanie zaburzenia erekcji. Leczenie dostępne dla mężczyzn w wieku od 40 do 65 lat, zarejestrowanych u lekarza w Wielkiej Brytanii. W ramach czynności *farmaceuta wykonanie pomiaru glukozy we krwi, cholesterolu oraz ciśnienia tętniczego. Jeśli nie występują przeciwwskazania, pacjent może kupić bez recepty 8 tabletek popularnego preparatu (po krótkiej rozmowie, nie częściej niż raz na tydzień)*. Po upływie roku od pierwszego badania wykonywane są badania kontrolne.
6. *Cervical Cancer Vaccine* (CCV) — szczepienie przeciw rakowi szyjki macicy. *Szczepionka chroni przed dwoma szczepami wirusa Human papilloma odpowiedzialnymi za większość przypadków raka szyjki macicy. Jest dostępna dla dziewcząt w wieku 12–18 lat i w pełni refundowana*.
7. *Emergency Hormonal Contraception* — czynność polegająca na podawaniu leku wczesnoporonnego, który może być wydany bez recepty przez farmaceutę, który musi przed podaniem leku przeprowadzić specjalistyczne konsultacje (np. Wielka Brytania).
8. *Care Home*, obsługa domów opieki dla seniorów — usługa dość powszechna, przeprowadzana przez farmaceutę *odwiedzającego takie domy i nadzorującego podawanie leków przez pielęgniarki. W Australii wizytom w hospicjach i domach opieki dla seniorów towarzyszy przegląd znajdujących się tam apteczek prowadzony pod nadzorem farmaceuty* (m.in. Wielka Brytania, Holandia, Dania).
9. *Automatic Tablet Dispensing* — nowa usługa, związana z rozwojem telemedycyny, a *polegająca na stosowaniu małych, naściennych pudełek, które wydają dźwięki przypominające, że trzeba przyjąć kolejną dawkę leku*.

¹⁰ Informacje o zakresie opieki farmaceutycznej podane za: RCL/rynekapteki.pl, dostęp 19.07.2020 r.

10. *Medicines Supervised Consumption* — nadzorowane przyjmowanie leków, *dotyczy pacjentów uzależnionych, stosujących: metadon, buprenorfinę, nalokson. Pacjenci przyjmują określone środki w aptece pod okiem farmaceuty, co ma ogromny wpływ na efektywność terapii.*

IV. Opieka farmaceutyczna w Rzeczypospolitej Polskiej

Na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej od początku maja 1991 r. obowiązywała ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U z 1991 r. Nr 41, poz. 179). Jednak dopiero w roku 2008 ustawodawca zdecydował się na wprowadzenie do tego aktu prawnego definicji „opieki farmaceutycznej”. Zmiana taka została wprowadzona ustawą z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U z 2008 r. Nr 47, poz. 232). Do obowiązującej ustawy dodano art. 2a ust. 7 zawierający pierwszą, prawnie usankcjonowaną w naszym systemie prawnym definicję „opieki farmaceutycznej”, której sprawowanie miało polegać na: (...) *dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta.*

Ustawodawca, wzorując się chociażby na przywołanych powyżej regulacjach prawnych, podkreślił konieczność współpracy trzech podmiotów: lekarza, pacjenta, farmaceuty. Ustawa z 2008 r. doprecyzowała też zakres czynności które mogły być wykonywane przez farmaceutę. W tym rozbudowanym katalogu zadań farmaceuty znalazły się również jeszcze inne czynności, które można wpisać w zakres opieki farmaceutycznej. Bez wątpienia zaliczyć do nich można wskazane w przywołanym już art. 2a m.in.:¹¹

- ocenę jakości leków recepturowych, leków aptecznych i leków gotowych (ust. 2);
- udzielanie informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów (...), będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (ust. 6).

Przez kolejne lata ustawodawca nie dokonywał żadnych zmian zarówno w definicji opieki farmaceutycznej, jak i w obszarze podejmowania faktycznych czynności zmierzających do rzeczywistego działania tej korzystnej — zarówno dla pacjentów, jak i dla „systemu opieki zdrowotnej” — instytucji.

W październiku 2017 r. powołany został zespół roboczy ds. pilotażowego wdrożenia programu opieki farmaceutycznej zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. Można więc zaryzykować stwierdzenie, że przez 9 lat mieliśmy w ustawie „martwy przepis” definiujący opiekę farmaceutyczną, której funkcjonowanie

¹¹ W ustawie z 1991 r. o izbach lekarskich, zmianą ustawy o izbach aptekarskich oraz ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U z 2002 r. Nr 141, poz. 1181) wprowadzono art. 2a, który w ust. 4 i 6 zawierał podobne regulacje uznane przez autora jako zbliżone do czynności opieki farmaceutycznej — mowa tu o: 4) *udzielaniu informacji i porad odnośnie do działania produktów leczniczych i stosowania wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych, (...) 6) współuczestniczeniu w sprawowaniu nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi, w szczególności w zakładach opieki zdrowotnej.*

pozostawiono farmaceutom, a niewłaściwe efekty takiego indywidualnego rozumienia tego przepisu widoczne były chociażby w decyzjach Głównego Inspektora Farmaceutycznego, zabraniającego wykonywania różnych czynności przez farmaceutów. Powołany zespół, mający „pilotażowo wdrażać opiekę farmaceutyczną”, miał składać się m.in. z przedstawicieli nauki, Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia itd. W zespole tym znaleźć się mieli także przedstawiciele Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, a więc instytucji, która w okresie od 2008 do 2017 r. twierdziła, że np. pomiary ciśnienia w aptekach nie wchodzą w zakres „opieki farmaceutycznej”, a powinny być traktowane jako „niedozwolona reklama”¹².

Przyspieszenie we wdrażaniu pilotażowego programu opieki farmaceutycznej nastąpiło na przełomie lat 2018 i 2019, kiedy to swoim patronatem objęły go m.in. Naczelna Izba Aptekarska, Gdańska Okręgowa Izba Aptekarska, Okręgowa Izba Aptekarska w Krakowie, Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie, Związek Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek (ZAPPA) oraz Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP. *Jak podawali zainteresowani, celem projektu będzie realna ocena możliwości wdrożenia usług opieki farmaceutycznej w Polsce. Drugim aspektem, który będzie podlegał ocenie, jest stosunek farmaceutów i samych pacjentów do świadczonych usług opieki farmaceutycznej pod kątem oceny satysfakcji pacjentów i zwiększenia zaufania do farmaceutów*¹³.

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Aptekarskiej, od września 2018 r. do września 2019 r. projekt opieki farmaceutycznej został zrealizowany w 104 aptekach z 300 zgłoszonych do projektu¹⁴. W ramach programu badane były 4 usługi określone jako: 1) przegląd lekowy, 2) przegląd domowej apteczki, 3) instruktaż poprawnej obsługi sprzętu medycznego na przykładzie inhalatora oraz 4) pomiar ciśnienia z farmaceutą. Opis czynności podejmowanych w ramach wykonywania „opieki farmaceutycznej” oraz wnioski ze zrealizowanego pilotażowego projektu zostały przedstawione w Raporcie z badania „Pilotaż wdrożenia opieki farmaceutycznej z praktykami grupy opieka. farm”, którego skrócona wersja jest powszechnie dostępna w Internecie¹⁵. Warto jednak w tym miejscu wspomnieć jedynie, że program spotkał się z dużym uznaniem farmaceutów (realizujących projekt) i cieszył się zainteresowaniem pacjentów, którzy ocenili go pozytywnie¹⁶.

V. Podsumowanie

W sytuacji, gdy projekt spotkał się z dość dobrym odbiorem dwu stron: pacjentów i farmaceutów, gdy opieka farmaceutyczna cieszy się coraz powszechniejszym zainteresowaniem w krajach UE, wydawać się mogło, że opieka farmaceutyczna w Rzeczypospolitej Polskiej stanie się stałym elementem bezpieczeństwa zdrowotnego. We

¹² Jedynie dla przykładu warto przywołać wyrok WSA w Warszawie z dnia 14.06.2010 r., VI SA/Wa 565/10 i wyrok NSA II GSK 1365/10 z dnia 11 stycznia 2012 r., Lex nr 1124037, wersja elektroniczna.

¹³ Zob. m.in. informacja na stronie: opiekafarmaceutyczna.com, dostęp: 20.09.2020 r.

¹⁴ Strona: www.nia.org.pl, dostęp: 15.12.2020 r. Warto też zastanowić się, dlaczego z ok. 14 tys. aptek i punktów aptecznych do projektu zgłosiło się jedynie 300.

¹⁵ Zob. www.irof.pl, dostęp: 15.12.2020 r.

¹⁶ *Ibidem*.

wspomnianym raporcie wskazano m.in. na korzyści, jakie odnosili pacjenci korzystający z usług (przy niewielkich kosztach), podkreślono wpływ opieki farmaceutycznej na bezpieczeństwo pacjentów oraz na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Nie bez znaczenia są także efekty ekonomiczne — oszczędności dla budżetu państwa związane z funkcjonowaniem opieki farmaceutycznej. Niestety nie należy chyba mieć wielkich nadziei związanych z szybkim i skutecznym wdrożeniem opieki farmaceutycznej do powszechnego stosowania. Przeszkodą we wdrożeniu tej instytucji są m.in.:

1. Bariery prawne — brak jednoznacznych regulacji prawnych.
2. Bariery ekonomiczne — sprawne funkcjonowanie opieki farmaceutycznej w aptece wymaga zmian organizacyjnych i architektonicznych w pomieszczeniach. Dopasowanie warunków, chociażby do bezpiecznego i zapewniającego przynajmniej odrobinę intymności prowadzenia rozmów z zainteresowanymi pacjentami, a przede wszystkim z pacjentami z niepełnosprawnościami czy pacjentami wymagającymi szczególnej opieki, wiąże się z ponoszeniem kosztów przez farmaceutów. Zapewnienie opieki farmaceutycznej to także dodatkowy personel, a niestety państwo nie przewiduje żadnych ulg czy dodatków dla farmaceutów za wykonywanie czynności wchodzących w zakres opieki farmaceutycznej.
3. Bariery komunikacyjne — opieka farmaceutyczna wymaga prawidłowej komunikacji na linii: pacjent — lekarz — farmaceuta. Bez prawidłowych regulacji prawnych, bez odpowiednich zachęt dla lekarzy i farmaceutów, nawet przy sprawnie funkcjonujących systemach informatycznych należy liczyć się z tym, że współpraca taka nie będzie efektywna (m.in. obawy związane z ochroną danych osobowych, z odpowiedzialnością).

W takiej sytuacji nie można chyba być optymistą i warto zastanowić się nad przyszłością tej instytucji, akcentując jednocześnie potrzebę położenia większego nacisku na edukację pacjentów oraz rozbudowę alternatywnych programów służących bezpieczeństwu pacjentów¹⁷.

Bibliografia

- Hepler C.D., Strand L.M., *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, „American Journal of Hospital Pharmacy” 1990, nr 47, s. 533–543.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej z dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U z 1948 r. Nr 61, poz. 477).
- Łazowski J., *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*, Warszawa 2005.
- Wiesner A., *Jak wygląda opieka farmaceutyczna w innych krajach europejskich?*, Portal opieka.farm, <https://opieka.farm/aktualnosci/jak-wyglada-opieka-farmaceutyczna-w-innych-krajach-europejskich>, dostęp: 17.07.2020 r.

¹⁷ W trakcie prac nad artykułem zakończono prace nad projektem ustawy o zawodzie farmaceuty. Nie jest jeszcze znany ostateczny kształt ustawy, należy mieć nadzieję, że opieka farmaceutyczna w nowej ustawie zostanie opracowana w sposób prawidłowy oraz że zostaną przygotowane odpowiednie przepisy wprowadzające, umożliwiające stosowanie opieki farmaceutycznej w sposób przyjazny dla pacjenta. Uchwalenie ustawy o zawodzie farmaceuty stanowić więc będzie przesłankę do przygotowania następnego artykułu dotyczącego opieki farmaceutycznej, tym razem może mniej krytycznego.

Pharmaceutical care — part of health security

Abstract

Human health safety is a multifaceted issue which, in order to meet its basic assumptions, for example its protection of human life and health, must take into account many different factors influencing his life and health. In the interests of preserving the most important thing for every human being its health, one should pay attention to, among others on issues related to the so-called healthy lifestyle, production or distribution of medicinal products, but also, for example, the process of dispensing drugs or issues related to education, including the phenomenon of information and advertising of pharmaceutical products. Pharmacists play an important role in this process, and pharmaceutical care should be one of the priorities.

Keywords: pharmaceutical care, pharmacist, pharmaceutical product, human health safety, patient, pharmacy.

