

OPIEKA FARMACEUTYCZNA – CZY JESTEŚMY NA TO GOTOWI?

TEKST: AGATA DOMAŃSKA / FOTO: SHUTTERSTOCK

POLSKI FARMACEUTA ZOSTAŁ W ZNACZNYM STOPNIU SPROWADZONY DO ROLI SPRZEDAWCY LEKÓW. A PRZECIEŻ MOŻE SŁUżyć PACJENTOM W ZNACZNIE WIĘKSZYM ZAKRESIE.

Temat opieki farmaceutycznej w naszym kraju pojawia się głównie w rozważaniach teoretycznych. Choć już trzeci minister zdrowia kontynuuje pracę nad tym zagadnieniem, wciąż brak regulacji prawnych, w ramach których farmaceuta mógłby robić coś więcej, niż sprzedawać leki i proponować promocje. A szkoda, bo wprowadzenie opieki farmaceutycznej w wymiarze praktycznym opłacałoby się naprawdę wszystkim. Tradycyjnie koniec zadań farmaceuty widzimy w momencie, w którym pacjentowi zostaje wręczony lek. Ale prawdziwa wartość opieki farmaceutycznej tkwi w fakcie, że może ona rozciągać się także na czas już po wydaniu lekarstwa: farmaceuta mógłby czuwać nad procesem stosowania medykamentów. – Według danych WHO przynajmniej 50% leków nie jest zażywanych prawidłowo. To generuje ogromne straty, sięgające

milionów dolarów. Straty dwójakie, bo z jednej strony mamy niewykorzystane leki, a z drugiej – koszt pacjenta, który albo doznaje szkody, albo nie odnosi pożytku z leczenia. I odpowiednia opieka farmaceutyczna mogłaby to zmienić – mówi dr **Arijana Meštrović**, chorwacka farmaceutka, zrzeszona w Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej i prowadząca warsztaty w programach doskonalenia zawodowego farmaceutów. Arijana Meštrović jest też międzynarodowym konsultantem WHO. Do Polski trafiła, by poprowadzić dla farmaceutów warsztaty SMART Pharmacy, poświęcone roli oraz edukacji zawodowej farmaceutów i umiejętności komunikowania się z pacjentem, koniecznej dla właściwego przebiegu opieki farmaceutycznej. Warsztaty współprowadził **Mike Rouse**, dyrektor ds. zagranicznych w Radzie Akredytacyjnej ds. Edukacji Farmaceutycznej (ACPE) w Chicago, USA.

Nie tylko przegląd lekowy

Termin „opieka farmaceutyczna” funkcjonuje od wczesnych lat 90. ubiegłego wieku, kiedy dwoje amerykańskich farmaceutów opisało koncept rozszerzonej opieki nad pacjentem, jej założenia i konsekwencje. W myśl ich opracowania farmaceuta odgrywa znacznie większą rolę niż tylko sprzedawanie leków: jego zadaniem jest upewnienie się, że pacjent osiąga wymierne i określone cele leczenia. Należy założyć, że w podstawowym schemacie opieki nad pacjentem jest maksymalizująca korzyści chorego pracą zespołową, w której bierze udział wiele stron – w tym lekarz, rodzina chorego i farmaceuta. – Ten proces obejmuje pięć sekwencyjnych etapów: zebranie informacji od pacjenta, przeanalizowanie tej informacji, opracowanie planu opieki i leczenia oraz wdrożenie tego planu we współpracy z pacjentem i innymi

osobami – wyjaśnia Mike Rouse. – Plan jest monitorowany, dokumentowany i kontynuowany, aż do uzyskania odpowiednich wyników oraz zmieniany, jeśli nie daje oczekiwanych efektów – dodaje. Opieka farmaceutyczna jest doskonałym rozwiązaniem w przypadku pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe, takie jak astma, cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze.

– Apteki mogą znacznie odciążać lekarzy, zwiększyć w ten sposób objętość systemu. Mogą przejąć opiekę nad osobami borykającymi się z problemami, które mogą spokojnie być obsłużone przez farmaceutę, albo nad ludźmi z dobrym skutkiem od lat leczonymi tym samym zestawem leków – dodaje Arijana Meštrović. – Farmaceuta mógłby np. pokazywać pacjentowi, jak odpowiednio używać inhalatorów – a według europejskich badań aż 60% pacjentów korzysta z nich nieprawidłowo! Mógłby zaoferować pacjentowi pomoc w rzuceniu palenia, zgubieniu kilogramów lub utrzymaniu wagi czy zapewnić opiekę kompleksową, rekomendując środki będące uzupełnieniem zaleconej terapii lekarskiej.

Ważnym elementem opieki farmaceutycznej powinien być tzw. przegląd lekowy: wyśledzenie interakcji między zażywanymi lekami lub sytuacji, w której działanie leków znosi się nawzajem, poinformowanie o tym pacjenta i zasugerowanie rozwiązania. Wielu pacjentów leczy się jednocześnie u kilku lekarzy, którzy nie wiedzą (jeszcze), co choremu przepisali inni specjaliści – a pacjent nie zawsze wie, że powinien o coś zapytać. Wielu innych pacjentów bierze – oprócz leków na receptę – też różne środki OTC, które mogą wchodzić w interakcje z lekami. Przegląd lekowy pomógłby pacjentom poruszać się w tym medykamentowym gąszczu.

Więcej wiedzy, mniej inhalatorów

– W Chorwacji od 10 lat działa system e-recepty – mówi Arijana Meštrović. – Pacjent, który jest stabilny i leczony tak samo przez wiele lat, nie musi chodzić do lekarza po recepty. Efekt: jeśli pacjent nie wymaga pilnej interwencji, lekarza rodzinnego nie ogląda przez kilka lat – ale co miesiąc musi przyjść do apteki, by odebrać swoje leki. W ten sposób farmaceuta jest jedynym przedstawicielem opieki zdrowotnej, którego pacjent widuje regularnie. Jest więc bardziej odpowiedzialny za bezpieczeństwo pacjenta, za rozpoznanie jakichkolwiek problemów z jego zdrowiem. Odgrywa więc nieco inną rolę, musi być bardziej dostępny i inaczej musi

wyglądać komunikacja na linii farmaceuta–pacjent. Czy to działa? Działa. I daje korzyści wszystkim: europejskie doświadczenia pokazują, że 1 euro zainwestowane w opiekę farmaceutyczną

Arijana Meštrović. – Przeprawiliśmy tam pilotażowy program, w ramach którego uczyliśmy chorych na astmę prawidłowego używania inhalatorów. Okazało się, że aż 90%

i ich wydolność oddechowa. A do tego prawidłowe używanie inhalatorów do codziennego stosowania sprawiło, że aż o 30% spadło zapotrzebowanie na stosowanie inhalatorów szybkiego działania! Jedna trzecia pacjentów przestała je więc kupować, a system – refundować – dodaje.

EUROPEJSKIE DOŚWIADCZENIA POKAZUJĄ, ŻE 1 EURO ZAINWESTOWANE W OPIEKĘ FARMACEUTYCZNĄ DAJE 3 EURO OSZCZĘDNOŚCI W SYSTEMIE FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ.

daje 3 euro oszczędności w systemie finansowania opieki zdrowotnej. W USA liczby te wyglądają bardzo podobnie. – Wraz z programem SMART byliśmy np. w Turcji – opowiada

chorych robiło to źle! Dzięki biorącym udział w pilotażu farmaceutom nauczyli się, jak to powinno wyglądać. Efekty były zaskakujące: bardzo się poprawiała jakość życia pacjentów

Kto za to zapłaci?

Obecny model w farmacji to „pieniądze na produkt”. Przejście na model aktywnej opieki farmaceutycznej oznaczałoby zmianę paradygmatu na „pieniądze za świadczenia”. Produkt, oczywiście, nie znika – ale przestaje być głównym generatorem zysku. Co więcej, w wielu krajach funkcjonuje zjawisko, zwane „non dispensing fee” – czyli opłata za niewydanie produktu. Przysługuje ona jako płatność za świadczenie w sytuacji, w której – gdyby nie interwencja farmaceuty – pacjent kupiłby lek niepotrzebny lub wręcz dla niego szkodliwy. – W USA powoli dojrzewamy do tego, by płatności za opiekę farmaceutyczną opierały się nie tyle na ilości świadczonych usług – bo to nie zachęca do oszczędności – ile na wynikach, na wydajności. Każdy uczestnik systemu opieki zdrowotnej, który wykaże, że osiąga wyniki i gwarantuje oszczędności, będzie lepiej opłacany. Jednak przejście na ten model zajmie pewnie wiele lat – ubolewa Mike Rouse. Dobrze, ale kto powinien za to zapłacić?

– Możliwe są trzy źródła finansowania – wylicza Arijana Meštrović. – Pierwszy to płatnik systemu, który rozpoznaje, jakie są potrzeby i ile warto za nie zapłacić. Płaci, bo widzi oszczędności. Drugie to prywatne ubezpieczenia zdrowotne, przekonujące pacjentów: po wykupieniu naszego ubezpieczenia opieka farmaceutyczna będzie się wam należeć. I trzecie finansowanie z kieszeni własnej pacjentów. Tu pacjent



mówi: chcę sprawdzić, czy dobrze się leczę, poproszę o płatny przegląd leków – tak samo, jak zapłaciłby prawnikowi za jego poradę.

Arijana Meštrović dodaje od razu, że systemowe pieniądze nie muszą być – wbrew obawom pesymistów – zabierane pacjentom. – Środki na finansowanie programów opieki farmaceutycznej mogą być czerpane z funduszy na leczenie powikłań, do których, zresztą, by przy opiece farmaceutycznej nie doszło – argumentuje. – Przykład z Chorwacji: mamy budżet na leczenie cukrzyki. Z całej puli pieniędzy na leki przeciwcukrzycowe przeznaczane jest tylko 9%. Aż 83% budżetu wydajemy na leczenie powikłań. Łatwo więc policzyć, ile zostaje na profilaktykę: zaledwie 8%. Poprosiliśmy ministra zdrowia: chcemy 10% pieniędzy z tych przeznaczonych na leczenie powikłań, a zapewnimy lepszą profilaktykę. Wiedząc, że każde zainwestowane w opiekę farmaceutyczną euro to 3 euro oszczędności, dostając 10% budżetu na leczenie powikłań, oszczędzimy 30%. Minister pomyślał, policzył, dał pieniądze – i dziś liczy oszczędności.

Gotowi czy nie?

Pozostaje tylko pytanie, czy polski farmaceuta jest gotów podjąć się opieki farmaceutycznej. Czy – po wielu latach pracy w charakterze (de facto) dobrze opłacanego „sprzedawcy” – jest gotów na zwiększenie swojej sprawczości i prestiżu, ale też odpowiedzialności?

– Trzeba będzie przygotować się na to, że – jako grupa zawodowa – będziemy musieli wyjść ze strefy własnego komfortu, do której się przyzwyczailiśmy, i wejść w realny kontakt z pacjentem – uważa Michał Byliniak, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

– Nasza grupa zawodowa pod względem wykształcenia jest

na jednym z najwyższych poziomów i jest wciąż nie w pełni wykorzystana. Istnieje ogromna sfera, w której moglibyśmy włączyć się w opiekę nad pacjentem. Farmaceuta musiałby zostawić papierki, którymi musi się dziś zajmować, wyjść przed pierwszego stół, do pacjenta i aktywnie z nim rozmawiać. Dzięki opiece farmaceutycznej farmaceuta będzie miał lepszą pozycję zawodową i silniejszą pozycję w opiece medycznej, ale będzie też musiał odnaleźć się i adekwatnie reagować w sytuacjach, których obecny system nie pokrywa – mówi.

Zdaniem Michała Byliniaka pacjentów też trzeba będzie nauczyć, że opieka farmaceutycz-

farmaceutycznej bez generowania kolejek? I co z infrastrukturą? Michał Byliniak i tutaj ma odpowiedzi.

– W Polsce jest 36 tys. farmaceutów, z czego 26 tys. pracuje w aptekach – to średni poziom europejski; ludzi więc mamy. Podporą mogą być technicy farmacji: kiedy farmaceuci będą się zajmować pacjentami, wymagającymi opieki i konsultacji, technicy mogą wydawać leki osobom, które konsultacji akurat nie potrzebują. Co do infrastruktury – prawo tak definiuje przestrzeń apteczną, że w aptece powinno się znajdować pomieszczenie szkoleniowe. Wystarczy przemianować je na

W WIELKIEJ BRYTANII APTEKI RAPORTUJĄ LICZBĘ KONKRETNICH, WYKONANYCH CZYNNOŚCI I DOSTAJĄ ZA NIE ZAPŁATĘ. KAŻDY SERWIS JEST ODPOWIEDNIO WYCENIONY.

na to coś więcej niż podanie leku z półki. Chory musi mieć poczucie, że kiedy potrzebuje fachowej wiedzy farmaceuty, on zawsze znajdzie dla niego czas – wystarczy tylko poprosić.

– Wiemy, że pacjenci chcą takiej opieki – przekonuje Michał Byliniak. – Dwa lata temu, kiedy na światło dzienne przedostał się dokument, mówiący o projekcie zmian w przepisach i proponujący wdrożenie opieki farmaceutycznej, pacjenci zaczęli przychodzić do aptek, pytając o tę opiekę i czy już mogą ją dostać. Oddolna potrzeba jest ogromna: pacjent chce, by farmaceuta dostarczał coś więcej, niż dostarcza dziś.

Pokój szkoleniowy może zmienić funkcję

Kolejne pytanie: czy wystarczy nam mocy przerobowych? Jak rozwiązać problem opieki

pomieszczenie szkoleniowo-konsultacyjne i to pozwoli 80% polskich aptek udzielać opieki farmaceutycznej w wygodnych i intymnych warunkach – mówi. To, co jest jeszcze konieczne, to zbudowanie nowego modelu biznesowego funkcjonowania apteki i wpisanie go w ramy prawne. Bo jeśli apteka ma zarabiać tylko na wydawaniu leków, stary model stoi w konflikcie z tym, by pacjenci lepiej kontrolowali swoje leczenie i zakupy, i w efekcie kupowali tych leków mniej.

– Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty, będący fundamentem opieki farmaceutycznej, niebawem powinien trafić do konsultacji społecznych – informuje Michał Byliniak. – Istnieje potrzeba zdefiniowania pewnych kwestii, które nie są obecnie zdefiniowane, czyli określenia, czym dokładnie powinien zajmować się farmaceuta, a czym nie. Dziś to, jakie usługi może farmaceuta

w aptece wykonywać nie jest prawnie zdefiniowane. Czy np. możemy mierzyć poziom cukru? Ile zapytanych osób, tyle odpowiedzi. Dobrze sformułowane prawo da farmaceutom poczucie bezpieczeństwa i określi ramy bezpiecznego działania. Zdaniem Michała Byliniaka młodzi farmaceuci są chętni i gotowi, by podjąć się opieki farmaceutycznej.

Uczmy się od innych

W Polsce apteka jako miejsce wykonywania szczepień wydaje się jeszcze nierealna. Ale ciekawy przykład daje Irlandia: tu 1/3 szczepień przeciwko grypie ma miejsce w aptekach. Dzięki temu ludzie zaszczepią się liczniej. Co więcej, wzrosła też liczba pacjentów szczepiących się u lekarzy – dzięki informacjom, jakie dostali od swoich farmaceutów. W Wielkiej Brytanii NHS (odpowiednik naszego Narodowego Funduszu Zdrowia) płaci za serwis: apteki raportują liczbę konkretnych, wykonanych czynności i dostają za nie zapłatę. Każdy serwis jest odpowiednio wyceniony. Całość ma charakter udokumentowany, można sprawdzić, który farmaceuta któremu pacjentowi dostarczył jakiej usługi. W Portugalii ministerstwo zbiera od lat dane na temat leczenia i kosztów chorób przewlekłych i według tych danych wprowadza zmiany. Holandia ma długą listę świadczeń aptecznych, są na niej i szczepienia, i różne badania pomiarowe. W największej sieci aptecznej w Szwecji pacjent jest najpierw pytany, w jakiej przyszedł sprawie, a następnie kierowany do odpowiedniego pokoju, w którym porozmawia z nim farmaceuta, specjalizujący się w jego problemie. W krajach skandynawskich opieka farmaceutyczna jest droga, ale przegląd leków pozwala chorym na spore oszczędności. Pozwólmy tym przykładom, by nas inspirowały.