

Gdy popyt przewyższa podaż, czyli o zapotrzebowaniu na współpracę pomiędzy przedstawicielami zawodów medycznych

When demand exceeds supply – the need for cooperation between healthcare professionals

Magdalena Cerbin, Izabela Krzyśko

Pracownia Farmacji Praktycznej, Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Przeprowadzone dotychczas badania potwierdziły, że zwiększenie zaangażowania farmaceuty w proces farmakoterapii może przynieść wymierne dla pacjenta efekty. Farmaceuci oprócz prawidłowego wydania produktu leczniczego oraz udzielenia na jego temat fachowej informacji, podejmują się realizacji kolejnych zadań mających na celu nadzorowanie skuteczności i bezpieczeństwa przebiegu zaleconej przez lekarza terapii. Zwiększenie roli farmaceuty nierzadko jednak wzbudza niepokój w środowisku lekarskim. Brak wiedzy na temat umiejętności i kompetencji absolwentów kierunku farmacja, ale też brak jasno sprecyzowanych oczekiwań w stosunku do nich, utrudnia nawiązanie partnerskich relacji i sprowadza wizerunek farmaceuty w oczach lekarza do osoby sprzedawcy, co w konsekwencji bywa przyczyną nieporozumień i konfliktów. Warto jednak mieć na uwadze, że zwiększająca się dysproporcja, pomiędzy zapotrzebowaniem na szeroko pojęte usługi medyczne, a dostępnością wykwalifikowanego personelu medycznego, wymusza na decydentach wprowadzanie do polityki zdrowotnej rozwiązań ułatwiających pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych, a tym samym włączających w proces leczenia przedstawicieli innych zawodów medycznych. (*Farm Współ* 2012; 5: 111-115)

Słowa kluczowe: farmaceuta, lekarz, współpraca, adherence, farmakowigilancja

Abstract

The previous studies have shown that increasing involvement of pharmacists in the pharmacotherapy process can bring measurable benefits to patients. Besides the correct drug dispensing and giving professional information about it, pharmacists need to undertake an effort to supervise the efficacy and safety of the therapy ordered by the medical doctor. An expanded role of pharmacists often leads to confusion and anxiety among the physicians. Lack of knowledge about skills and competences of pharmacy graduates, but also lack of clearly defined expectations towards them, impede establishment of partnership relations and bring the image of the pharmacist to the image of salesman, which happen to be a cause of disagreements and conflicts. It is worth to take into consideration, that increasing disproportion, between demand for different kinds of medical services and accessibility of highly qualified medical staff, forces the decision-makers to introduce the solutions which will facilitate patient access to medical services into health care policy, which also means the involvement of other medical professions into process of therapy. (*Farm Współ* 2012; 5: 111-115)

Keywords: pharmacist, physician, cooperation, medication adherence, pharmacovigilance

Zawody aptekarza i lekarza od wieków istnieją obok siebie, bazując na wspólnej idei niesienia pomocy chorym. Doświadczenia pokazują jednak, że brak jasno określonego podziału zadań i kompetencji niejednokrotnie stawał się przyczyną sporów pomiędzy nimi [1]. Mimo że współpracy pomiędzy przedstawicielami obu specjalności od lat poświęca się wiele uwagi, jest to nieprzerwanie zagadnienie bardzo aktualne, nad którym prowadzone są liczne badania, celem zgłębienia jego problematyki, sformalizowania zasad i stworzenia płaszczyzn do współdziałania.

Przez wiele lat farmakoterapia ograniczała się jedynie do wyboru odpowiedniego leku, jego przygotowania i wydania pacjentowi [2]. Nieprzerwany, intensywny rozwój nauk medycznych i farmaceutycznych, oraz wciąż poszerzający się wachlarz dostępnych usług i produktów leczniczych, a także rosnąca świadomość pacjentów w tym zakresie, niosą ze sobą konieczność skierowania dodatkowej uwagi na czynniki stanowiące integralną część procesu leczenia. Należą do nich:

- kontrola przestrzegania zaleceń lekarskich (w tym schematu dawkowania),
- kontrola sposobu przyjmowania zaleconych leków (uwzględniająca zarówno aspekt interakcji międzylekowych, jak również elementy chronofarmakologii),
- monitorowanie bezpieczeństwa terapii (w tym występowania działań niepożądanych),
- monitorowanie skuteczności terapii (szczególnie istotne w okresie między kolejnymi wizytami u specjalisty),
- dieta i tryb życia pacjenta.

Realizacja powyższych założeń wymaga włączenia do procesu leczenia coraz szerszego grona specjalistów.

Warunkiem niezbędnym dla skuteczności terapii jest uznanie zaleceń lekarskich przez pacjenta i ich skrupulatne przestrzeganie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje powyższy element jako *adherence*, czyli zakres, w jakim zachowanie pacjenta (w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia) pozostaje zgodne z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi [3].

Właściwe stosowanie się do zaleceń terapeutycznych już samo w sobie może skutkować zmniejszeniem wydatków na proces leczenia. Jak udowodniły badania przeprowadzone przez Encinosa i wsp., zwiększenie *adherence* u diabetyków z 50% do 100%, przyczyniło

się do spadku ilości hospitalizacji (z 15% do 11,5%) oraz konieczności korzystania z pomocy doraźnej (z 17,3% do 9,3%), co przyczyniło się do ostatecznego obniżenia całkowitych kosztów (w przeliczeniu na pacjenta) w skali roku [4].

Nonadherence stanowi poważną barierę w efektywnym leczeniu pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe, takie jak: cukrzyca, nadciśnienie, choroba wieńcowa, osteoporoza czy astma, czego skutkiem jest niepełny efekt kliniczny, obniżona jakość życia i zwiększone zapotrzebowanie na korzystanie z opieki medycznej [3].

Jako że podstawowym założeniem polityki zdrowotnej jest uzyskanie jak najlepszych efektów leczniczych przy możliwie jak najniższych kosztach, uzasadnione stają się wszelkie działania dążące do podniesienia *adherence*. W związku z powyższym przedstawiciele zawodów medycznych powinni być zachęceni do współpracy mającej na celu poprawę *adherence* wśród swoich pacjentów [5]. Wiele badań wykazało, że taka współpraca między lekarzem a farmaceutą, a także interwencje samych farmaceutów, przyczyniają się do podniesienia *adherence* wśród pacjentów przewlekłe chorych [3,6-11].

W randomizowanym badaniu przeprowadzonym przez Zermansky i wsp. [10], interwencje farmaceutów przyczyniały się do zmian w obrębie leków przyjmowanych na stałe wśród osób przewlekłe chorych. Zmiany te dotyczyły głównie identyfikacji i eliminacji leków stosowanych bez uzasadnionych wskazań. Kontrola farmaceutów pozwoliła ograniczyć liczbę stosowanych przez pacjentów leków, zmniejszając tym samym ryzyko efektów ubocznych i interakcji, a także zwiększając szansę na to, że przy mniejszej liczbie leków pacjentowi łatwiej będzie stosować się do zaleceń lekarza. Przyczyniło się to także do ograniczenia wzrostu kosztów miesięcznej terapii [10].

Podobnym rezultatem zakończyło się nierandomizowane badanie przeprowadzone przez McKinnon i wsp. [12], którego wyniki dowodzą, że interwencje farmaceutów oraz ich współpraca z lekarzami przyczyniają się do wykrycia większej ilości problemów lekowych oraz dokonania zmian w zakresie stosowanych przez pacjentów preparatów.

Znakiem naszych czasów i cechą charakterystyczną wysoko rozwiniętych państw jest starzejące się społeczeństwo, co prowadzi do zwiększania się dysproporcji pomiędzy zapotrzebowaniem na szeroko pojęte usługi medyczne a dostępnością wykwalifikowanego

personelu medycznego. W Niemczech, w ramach prób zaradzenia zmianom demograficznym i idącym za tym przeciążeniem lekarzy pierwszego kontaktu, podjęto próbę wdrożenia programu AGnES („Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Healthgestutzte, Systemische Intervention” rozumiane jako: pomocnicze dla lekarza, dotyczące lokalnych społeczności, wspomagane przez eZdrowie, interwencje systemowe). Koncepcja ta opiera się na przekazaniu części obowiązków leżących w kompetencji lekarza rodzinnego wyszkolonym asystentom. Do ich zadań należy przede wszystkim dokonanie przeglądu lekarstw zażywanych przez starszych pacjentów, cierpiących na wiele schorzeń (tzw. wielochorobowość), jako grupy najbardziej narażonej na wystąpienie problemów lekowych. Asystent dokonuje szczegółowego przeglądu zażywanych przez pacjenta leków, w tym wskazań do ich stosowania, dawek, sposobu ich przechowywania oraz daty ważności, jak również zapoznaje się z ogólną historią choroby pacjenta oraz kontroluje stosowanie się chorego do zaleceń lekarza i występowanie ewentualnych działań niepożądanych przyjmowanych preparatów. Jak wskazują autorzy pracy, taki przegląd mógłby być rutynowo przeprowadzany także przez lokalnych farmaceutów i w opisanej formie zostać włączonym jako standard w podstawowej opiece nad pacjentem [11].

Kolejnym elementem terapii, mającym duży wpływ na jej wynik jest właściwe stosowanie leku, na które składa się zarówno pora podania leku, jego zażywanie w odniesieniu do przyjmowanych posiłków, czy właściwy sposób jego aplikacji, wynikające ze specyfiki substancji aktywnej. Według rozwiązania zaproponowanego przez Brushwooda [13], do zadań lekarza należeć powinna ocena stanu zdrowia pacjenta oraz wybór leków najbardziej wskazanych w związku z obrazem klinicznym chorego, farmaceuta natomiast mógłby określać, jak dany lek powinien być zażywany, by zmaksymalizować jego efekt terapeutyczny, oraz udzielać odpowiedzi na wszelkie pytania pacjenta odnośnie przyjmowania danego leku.

Na udział farmaceuty w edukacji pacjenta zwraca również uwagę Kelly [14]. W artykule opublikowanym w 2010 roku wskazuje, że farmaceuci mogliby (obok lekarzy, pielęgniarek czy dietetyków) stać się źródłem podstawowej wiedzy o chorobie i jej leczeniu dla wciąż rosnącej populacji diabetyków. Ich rola mogłaby polegać także na ustaleniu czy pacjent posiada sprawny glukometr, wie jak go prawidłowo obsługiwać i czy jest

w stanie samodzielnie, w sposób poprawny i regularny kontrolować poziom glukozy we krwi.

Prawidłowe przyjęcie właściwego leku nie gwarantuje jednak, że efekt terapii będzie zgodny z oczekiwaniami. Utrudniony dostęp do lecznictwa ambulatoryjnego sprawia, że lekarzom coraz trudniej jest na bieżąco monitorować odpowiedź organizmu pacjenta na obrany przez nich schemat leczenia. Westerlund i wsp. [15] podają, że w opinii lekarzy najistotniejszymi problemami związanymi z farmakoterapią są działania niepożądane zażywanych leków oraz brak pożądaných wyników świadczący o jej nieskuteczności. Idealną wydaje się sytuacja, w której przyjęta dawka leku wykazuje ściśle określony, jednakowy u wszystkich pacjentów efekt. Nieuniknionym jednak jest występowanie dodatkowych czynników, które wpływają na losy substancji aktywnej w organizmie chorego, w tym innych substancji leczniczych, ziół i poszczególnych składników pożywienia, a także schorzeń współistniejących [16]. W związku z powyższym coraz większy nacisk kładzie się na współpracę pacjenta z lekarzem, jak również z farmaceutą, a zaangażowanie absolwentów farmacji, m.in. w pracę szpitalnego zespołu medycznego, jest postrzegane jako szansa podniesienia bezpieczeństwa terapii [17]. Tezę tę potwierdził w swoich badaniach zespół Phansalkar’a, wskazując, że współczynnik wykrywalności działań niepożądanych może dwukrotnie wzrosnąć wraz z włączeniem farmaceuty do analizy problemów lekowych [18]. Analiza farmakoterapii pod kątem potencjalnych i rzeczywistych problemów lekowych jest pożądana również przez samych lekarzy [15]. O randze zagadnienia świadczy również opracowanie przez WHO dokumentu wskazującego na istotność *pharmacovigilance* (tłumaczonego jako wszelkie czynności związane z wykrywaniem, oceną, zrozumieniem oraz zapobieganiem występowaniu działań niepożądanych oraz problemów lekowych) dla zachowania wysokiej skuteczności i bezpieczeństwa terapii [19].

Jak wskazuje Brushwood [13], umiejętność nie tylko wykrywania problemów lekowych, ale też ich rozwiązywania przez farmaceutów, pozwala zarówno obniżyć ryzyko działań niepożądanych, jak też zaoszczędzić środki finansowe nierzadko wyższe niż wydatki związane bezpośrednio z zakupem leku. Monitorowanie bezpieczeństwa stosowanych leków przez farmaceutów pozwala również zapobiegać zjawisku polipragmazji. Z badań Hazra i wsp. wynika, że współpraca lekarza i farmaceuty w zakresie prze-

pisywania leków przeciwpsychotycznych pozwoliło obniżyć częstotliwość polipragmazji z 18,3% do 6,6% w ciągu dwóch lat [20].

W swoim artykule „Od konfrontacji do współpracy” [13] Brushwood wyraża również przekonanie, że współpraca w zarządzaniu farmakoterapią [między lekarzem a farmaceutą] może dostarczyć rozwiązania tajemnicy, dlaczego terapia pacjenta nie jest w pełni efektywna w okresie pomiędzy umówionymi wizytami u lekarza.

Warto podkreślić, że uprawnienia do wystawiania recept oraz odpowiedzialność za proces leczenia pacjenta czynią lekarza głównym decydem w kwestii przyjmowanych przez pacjenta leków. Jednak kontakt pacjenta z farmaceutą może być znacznie częstszy niż standardowe wizyty kontrolne u lekarza rodzinnego, dając w ten sposób farmaceute możliwość, ale także nakładając na niego odpowiedzialność za udzielanie rad dotyczących optymalnego stosowania leków, motywowanie pacjentów do ich regularnego stosowania, a także monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa terapii. Mogłoby to odbywać się między innymi poprzez kontrolne pomiary ciśnienia krwi, poziomu glukozy we krwi, czy zwracanie uwagi pacjenta na możliwe efekty uboczne zażywanych leków.

Ze względu na nieustannie rosnący odsetek pacjentów cierpiących na choroby cywilizacyjne o charakterze przewlekłym, w procesie leczenia rośnie również znaczenie terapii nefarmakologicznej, obejmującej m.in. dietę oraz aktywność fizyczną. Wprowadzane do kształcenia przed- i podyplomowego kolejne elementy promocji zdrowia wskazują na wysokie znaczenie edukacji pacjentów w tym zakresie. Oczekiwania lekarzy w związku z edukacją pacjenta nierzadko są kierowane właśnie do farmaceutów, pracujących zarówno w aptekach szpitalnych, jak również ogólnodostępnych [2]. Naukowcy wskazują też na potrzebę włączania farmaceuty w prace zespołów medycznych, gdyż prowadzona przez nich edukacja w zakresie diety i aktywności fizycznej, jest jednym z elementów poprawy opieki medycznej nad pacjentami z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym bądź dyslipidemią [23,24].

Znaczenie diety w procesie farmakoterapii należy rozważyć także pod kątem występowania interakcji pomiędzy substancjami leczniczymi a składnikami pożywienia. Nierzadko przyjmowanie leku z posiłkiem może skutkować m.in. poprawą wchłaniania leku,

bądź ochroną żołądka wobec działania drażniącego leku. Najczęściej jednak oddziaływanie pomiędzy wymienionymi skutkuje pojawieniem się problemów lekowych związanych ze zmianami farmakokinetyki i farmakodynamiki leku [16,25], stąd tak istotne jest ich wczesne wykrywanie oraz rozwiązywanie.

Farmaceuci oprócz prawidłowego wydania produktu leczniczego oraz udzielenia na jego temat fachowej informacji, podejmują się realizacji kolejnych zadań mających na celu nadzorowanie skuteczności i bezpieczeństwa przebiegu zalecanej przez lekarza terapii [7]. Już w 1986 roku Griffin wskazywał w swojej pracy przeglądowej, że w wielu krajach udział farmaceuty w monitorowaniu działań niepożądanych jest standardową praktyką [21]. W tym samym roku Poston i Parish zwracają też uwagę na fakt, że obawa przed wchodzeniem w kompetencje innej grupy zawodowej może ograniczyć znacząco wkład farmaceuty w proces farmakoterapii [19,22]. Zwiększenie roli farmaceuty nierzadko wzbudza niepokój w środowisku lekarskim. Brak wiedzy na temat umiejętności i kompetencji absolwentów kierunku farmacja, ale też brak jasno sprecyzowanych oczekiwań w stosunku do nich, utrudnia nawiązanie partnerskich relacji i sprowadza wizerunek farmaceuty w oczach lekarza do osoby sprzedawcy, co w konsekwencji bywa przyczyną nieporozumień i konfliktów [8,14,15]. Dlatego też tak istotne wydaje się nadanie relacjom lekarz-farmaceuta partnerskiego charakteru. Ustawodawcy, chcąc usprawnić system opieki zdrowotnej w Polsce, powinni zwrócić szczególną uwagę na fakt, że budowanie wzajemnych relacji opartych na zaufaniu i partnerstwie wymaga sformułowania jasnych i przejrzystych zasad funkcjonowania w zespole [8].

Adres do korespondencji:

Magdalena Cerbin

Pracownia Farmacji Praktycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku, Collegium Stomatologicum ul. Bukowska 70; 60-812 Poznań

☎ (+48 61) 854 72 06

✉ mcerbin@ump.edu.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Urbanik M, Jaworska K. Lekarze i aptekarze - historia konfliktu interesów w świetle galicyjskiego ustawodawstwa aptekarskiego. *Farm Pol* 2003;59:1130-4.
2. Smith WE, Ray MD, Shannon DM. Physicians' expectations of pharmacists. *Am J Health Syst Pharm* 2002;59:50-7.
3. Laubscher T, Evans C, Blackburn D, et al. Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications: opinions of Saskatchewan family physicians. *Can Fam Physician* 2009;55:69-75.
4. Encinosa WE, Bernard D, Dor A. Does prescription drug adherence reduce hospitalizations and costs? The case of diabetes. *Adv Health Econ Health Serv Res* 2010;22:151-73.
5. Thompson A, Campbell NR, Cloutier L, et al. Tackling the burden of hypertension in Canada. Encouraging collaborative care. *Can Fam Physician* 2008;54:1659-62.
6. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, et al. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD003638.
7. Schneider PJ, Murphy JE, Pedersen CA. Impact of medication packaging on adherence and treatment outcomes in older ambulatory patients. *J Am Pharm Assoc* 2008;48:58-63.
8. Burnside NL, Bardo JA, Bretz CJ, et al. Effects of including medication indications on prescription labels. *J Am Pharm Assoc* 2007;47:756-8.
9. Murray MD, Young J, Hoke S, et al. Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;146:714-25.
10. Zermansky GA, Petty DP, Raynor DK, et al. Randomized controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ* 2001; 323:1-5.
11. Fiss T, Ritter CA, Alte D, et al. Detection of drug related problems in an interdisciplinary health care model for rural areas in Germany. *Pharm World Sci* 2010;32:566-74.
12. McKinnon A, Jorgenson D. Pharmacist and physician collaborative prescribing: for medication renewals within a primary health centre. *Can Fam Physician* 2009;55:86-91.
13. Brushwood DB. From confrontation to collaboration: collegial accountability and the expanding role of pharmacists in the management of chronic pain. *J Law Med Ethics* 2001;29:69-93.
14. Kelly JL. Ensuring optimal insulin utilization in the hospital setting: role of the pharmacist. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67:9-16.
15. Westerlund T, Brånstad JO. GPs' views on patient drug use and the pharmacist's role in DRP management. *Pharm World Sci* 2010;32:562-5.
16. Bushra R, Aslam N, Khan AY. Food-drug interactions. *Oman Med J* 2011;26:77-83.
17. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006;166:955-64.
18. Phansalkar S, Hoffman JM, Nebeker JR, Hurdle JF. Pharmacists versus nonpharmacists in adverse drug event detection: a meta-analysis and systematic review. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64:842-9.
19. van Grootheest AC, de Jong-van den Berg LT. The role of hospital and community pharmacists in pharmacovigilance. *Res Social Adm Pharm* 2005;1:126-33.
20. Hazra M, Uchida H, Sproule B, et al. Impact of feedback from pharmacists in reducing antipsychotic polypharmacy in schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011;65:676-8.
21. Griffin JP. Survey of the spontaneous adverse drug reaction reporting schemes in fifteen countries. *Br J Clin Pharmacol* 1986;22:83S-100S.
22. Poston J, Parish P. The pharmacist. W: Inman W.H.W. *Monitoring for Drug Safety*. Lancaster: MTP Press; 1986.23. Tapp H, Phillips SE, Waxman D, et al. Multidisciplinary team approach to improved chronic care management for diabetic patients in an urban safety net ambulatory care clinic. *J Am Board Fam Med* 2012;25:245-6.
24. Santschi V, Chioloro A, Burnand B, et al. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med* 2011;171:1441-53.
25. Mason P. Important drug-nutrient interactions. *Proc Nutr Soc* 2010;69:551-7.