



**WSPÓŁPRACA KLUCZEM  
EFEKTYWNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

## Raport powstał w ramach III edycji projektu Liderzy Ochrony Zdrowia organizowanego przez Fundację im. Lesława A. Pagi



**Fundacja im. Lesława A. Pagi** od 2003 roku realizuje projekty szkoleniowo-edukacyjne dla studentów oraz absolwentów uczelni wyższych, a także dla uczniów i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych. Celem Fundacji im. Lesława A. Pagi jest działalność promująca dobre praktyki w biznesie i wspierająca utalentowanych studentów i absolwentów zajmujących się problematyką gospodarczą (finanse, energetyka, healthcare, innowacje). Poprzez swoje działania przyczyniamy się do budowy kapitału intelektualnego oraz umacniania regionalnego, skonsolidowanego rynku kapitałowego w Europie środkowo-wschodniej.

**Liderzy Ochrony Zdrowia** to weekendowe szkolenia prowadzone przez specjalistów i ekspertów rynku usług medycznych. Podczas projektu studenci zdobywają kompleksową wiedzę z sektora medycznego, a także otrzymują możliwość udziału w prestiżowych wydarzeniach branżowych organizowanych przez firmy partnerskie. Udział w projekcie to klucz do społeczności ludzi, którzy są wsparciem także poza działaniami Fundacji.

### Autorzy

Paweł Ostałowski

lek. Filip Pawliczak

mgr farm. Patryk Poniatowski

Jacek Rozum

mgr farm. Damian Świeczkowski

### Współpraca

mgr Aleksander Zarzeka

### Koordynator raportu

mgr farm. Damian Świeczkowski

## KONTAKT

sekretariat@paga.org.pl

(22) 537 73 33

[www.paga.org.pl](http://www.paga.org.pl)





# EFEKTYWNA WSPÓŁPRACY MIĘDZY PRZEDSTAWICIELAMI ZAWODÓW MEDYCZNYCH – O RAPORCIE SŁÓW KILKA



## **mgr farm. Damian Świczekowski – koordynator raportu**


Farmaceuta, absolwent Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (2016) oraz doktorant I Katedry i Kliniki Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Współautor ponad 30 artykułów naukowych opublikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych o zasięgu ogólnopolskim i międzynarodowym. Autor kilkudziesięciu artykułów popularnonaukowych, wywiadów oraz komentarzy m.in. na łamach miesięcznika Bez Recepty oraz na ogólnopolskich portalach internetowych Medexpress, Rynek Zdrowia, Rynek Aptek czy Interia. Brał aktywny udział w kilkudziesięciu konferencjach naukowych o zasięgu ogólnopolskim i międzynarodowym. Od października 2015 roku zawodowo związany z wydawnictwem medycznym Via Me-

dica jako specjalista działu informacji medycznej oraz Managing Editor czasopisma Cardiology Journal (IF 1.130). Aktualnie zaangażowany w międzynarodowe badanie z obszaru farmacji społecznej jako koordynator na Polskę (Ewaluacja, modyfikacja i walidacja piktogramów na populacji geriatrycznej w Polsce) pod patronatem Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP). Członek międzynarodowego think tanku Młodzi Reformują Polskę (w grupie healthcare). Ekspert Fundacji im. Leśława A. Pagi. Stypendysta programu Liderzy Ochrony Zdrowia (2015) oraz Akademii Mediów Think Paga (2015) tejże fundacji.

Współpraca między przedstawicielami różnych zawodów medycznych stała się fundamentem nowoczesnych systemów ochrony zdrowia. Niewątpliwym wpływem na to ma rozwój nauk medycznych, nauk farmaceutycznych oraz nauk o zdrowiu. Od kilkudziesięciu lat postuluje się odejście od paternalistycznego modelu systemu ochrony zdrowia, tj. takiego, którego centralnym punktem są potrzeby pracowników medycznych (lekarzy, pielęgniarek etc.) – w stronę systemu, w którym najważniejsze jest dobro pacjenta i jego potrzeby. Co więcej to holistyczne podejście do potrzeb pacjentów, realizowane jednocześnie na wielu płaszczyznach, wymaga silnej i ciągłej współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych.

W praktyce realizacja współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych nie jest łatwa. Koniecznym wydaje się implementowanie do polskiego porządku prawnego, transparentnych przepisów, które jasno wskazywałyby obszary współpracy, jednocześnie szanując oczywistą autonomię poszczególnych zawodów. Nie chodzi tylko o wypracowanie efektywnego modelu, ale dokładne określenie, gdzie zaczyna się a gdzie kończy odpowiedzialność prawna i deontologiczna. Postulat taki choć potrzebny, stanowi dopiero początek procesu. Nic przecież nie zastąpi wieloletniej edukacji, zapoczątkowanej na etapie szkolenie przeddyplomowego a kontynuowanego w trakcie zdobywania specjalizacji czy stopni naukowych.

Postulat wprowadzenia wspólnych zajęć dla studentów różnych kierunków medycznych „przewija się” w rozdziałach napisanych przez ekspertów Fundacji im. Leśława A. Pagi. Zajęcia takie oprócz oczywistego pogłębienia wiedzy niosą za sobą wiele innych korzyści. Po-



wszechnie praktykowane na całym świecie, a w Polsce nadal należące do rzadkości, wspólne zajęcia dla studentów wydziałów lekarskich i farmaceutycznych, stanowią doskonałą szkołę komunikacji oraz uczą umiejętności sprawnego dzielenia się wiedzą oraz własnym doświadczeniem. Naprzeciw temu poniekąd wychodzi wprowadzenie innowacyjnego przedmiotu do programu studiów farmaceutycznych na mojej Alma Mater. Od 2 lat studenci IV roku farmacji, mają możliwość zdobywania wiedzy, umiejętności oraz okazję na bezpośredni kontakt z pacjentami w ramach Propedeutyki Medycyny, realizowanej w I Klinice Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

W tym miejscu chciałbym odwołać się do własnego doświadczenia. Wielokrotnie rozmawiając z moimi koleżankami i kolegami lekarzami na temat miejsca farmaceuty i roli aptek ogólnodostępnych w systemie ochrony zdrowia, spotykałem się początkowo ze sporym sceptycyzmem. Konsekwentnie prowadzony dialog zaowocował jednak nie tylko ciekawymi dyskusjami ale również pozwolił na zmianę postrzegania zawodu aptekarza przez przedstawicieli środowiska lekarskiego. Intyicyjnym wydaje się, że zainicjowanie współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych jest łatwiejsze na płaszczyźnie akademickiej. Nie brakuje już dzisiaj w Polsce projektów prowadzonych wspólnie przez wydziały farmaceutyczne i lekarskie. Na uczelniach medycznych powoływane są również centra medycyny translacyjnej, które w przyszłości mają zainicjować proces przekładania wyników badań naukowych, na praktyczne, aplikacyjne rozwiązania w biznesie i w systemie ochrony zdrowia. Nie trzeba dodawać, że nigdy nie byłoby to możliwe, gdyby nie ścisła współpraca przedstawicieli różnych zawodów medycznych.

Opieka farmaceutyczna, która jest jednym z moich głównym zainteresowań naukowych, opiera się na ścisłej współpracy farmaceuty z przedstawicielami innych zawodów medycznych, głównie z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (specjalistą medycyny rodzinnej). Jej implementowanie do polskiej rzeczywistości aptecznej, wymaga ścisłego współdziałania ze środowiskiem lekarskim. Innym przykładem, gdzie konieczne jest zastosowanie wielopłaszczyznowego podejścia opartego na współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych jest projektowanie interwencji zwiększających stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów (ang. adherence). Adherencja stanowi jedno z wyzwań współczesnej medycyny. Zaprojektowanie interwencji skutecznie i trwale podnoszących stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest procesem żmudnym i trudnym. Wiele badań skupia się na poszukiwaniu i projektowaniu nowych leków, bardziej skutecznych i o większym profilu bezpieczeństwa. Niewiele mówi jednak się o tym, że równie istotne jest efektywne korzystanie z dostępnych terapii. Naprzeciw temu wychodzi również wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań z obszaru współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych. Tematyce tej, w kontekście kognitywnych usług farmaceutycznych, poświęcono również jeden z rozdziałów niniejszego raportu.

Niniejszy raport jest wspólnym dziełem wielu osób i dobrym przykładem współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych. W pierwszej kolejności dziękuję Fundacji im. Lesława A. Pagi za zaakceptowanie propozycji tematu oraz wydanie raportu. Dziękuję Autorom rozdziałów za cenny wkład intelektualny. Wyrażam głęboką nadzieję, że niniejszy raport stanowi wartościowy przyczynek do dyskusji na temat współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych.

Na koniec, nieodzowna wydaje się refleksja na temat programu Liderzy Ochrony Zdrowia prowadzonego przez Fundację im. Lesława A. Pagi. Szerokie spektrum jest najcenniejszym elementem programu i działalności Fundacji im. Lesława A. Pagi. W ramach programu spotykają się przedstawiciele różnych zawodów, często posiadający bardzo odległe zainteresowania zawodowe i naukowe, ucząc się jak działać wspólnie i efektywnie zmieniać system

ochrony zdrowia. Ostatecznie przecież we współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych, w istocie chodzi o te dwa kluczowe słowa – aby działać wspólnie i poprzez różne aktywności zmieniać rzeczywistość systemu ochrony zdrowia dla dobra polskiego pacjenta.



Autorzy rozdziałów podczas pracy nad raportem posiadali pełną swobodę w formułowaniu treści i opinii oraz są w bezpośredni sposób odpowiedzialni za zawartość merytoryczną raportu. Raport jest spojrzeniem na zagadnienie współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych alumnów Fundacji im. Lesława A. Pagi. Nie prezentuje ani oficjalnego stanowiska Fundacji ani instytucji, czy firm, z którymi zawodowo związani są Autorzy raportu. Zarówno koordynator projektu jak również Autorzy dołożyli wszelkich starań aby zaprezentowany raport oparty był na aktualnej wiedzy i najnowszych doniesieniach naukowych.

# ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY JAKO KWINTESENCJA WSPÓŁPRACY LEKARZA Z INNYMI ZAWODAMI MEDYCZNYMI



## lek. Filip Pawliczak

lek. Filip Pawliczak - absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Przewodniczący SKN przy Katedrze i Klinice Kardiologii UM w Łodzi. Alumn III edycji projektu Liderów Ochrony Zdrowia Fundacji im. Leśtawa A. Pagi. Aktywny członek szeregu organizacji studenckich: Studenckiego Towarzystwa Naukowego UM w Łodzi, Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland oraz Uczelnianej Rady Samorządu Studentów UM w Łodzi. Zaangażowany w działalność uczelni jako członek Rady Wydziału Lekarskiego. Prowadzi warsztaty i szkolenia z elektrokardiografii. Jego zainteresowania naukowe obejmują zdrowie publiczne, endokrynologię i kardiologię – w szczególności wady wrodzone serca,

schorzenia internistyczne, interdyscyplinarne podejście do pacjenta oraz rolę komunikacji w medycynie. Doświadczenie praktyczne zdobywa poprzez organizowanie konferencji, szkoleń i spotkań z autorytetami medycznymi a także poprzez bezpośredni udział w życiu oddziałów kardiologii i chorób wewnętrznych. Praktyki odbywał w Katedrze i Klinice Kardiologii UM w Łodzi, Klinice Kardiologii ICZMP w Łodzi oraz Klinice Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii w Aninie. Miał także okazję poznać specyfikę pracy w Klinice Kardiologii w Uniwersyteckim Szpitalu Specjalistycznym w Plewen w Bułgarii oraz w Klinice Kardiologii Obywatelskiego Szpitala w Palermo we Włoszech podczas pobytów zorganizowanych w ramach programu SCOPE IFMSA. Na co dzień pasjonat motocykli i zapalony akwarysta.

## POLSKA

Lekarz jest osobą, która nadzoruje proces terapeutyczno-diagnostyczny pacjenta i nadaje mu odpowiedni bieg biorąc za to odpowiedzialność prawną. Jego praca nie byłaby jednak możliwa, gdyby nie cały ogrom starań poniesionych przez jego współpracowników. Każdy z pracowników placówki medycznej dokłada swoją część potrzebną do budowy kompleksowej opieki nad pacjentem. Współpraca ta obejmuje całą gamę zawodów medycznych. Wydaje się być ona oczywista i prosta do uzyskania. Praktyka jednak weryfikuje znacznie zakres jej działania. W polskich realiach wartość współpracy pomiędzy środowiskiem lekarskim a np. pielęgniarskim jest wielokrotnie zaniżana. Należy zatem zadać sobie pytanie: czy taka dewaluacja rzeczywiście jest korzystna? Odpowiedź wydaje się być jednoznaczna. Osiągnięcie symbiozy na oddziale jednak zazwyczaj pozostaje niemożliwe. Wynika to zwykle z braku szacunku, nierówności w edukacji i braku równorzędnych wynagrodzeń.

Zaczynając od podstaw najlepsze skutki uzyskuje się, gdy młodych medyków już od początku ich pracy zawodowej przyzwyczajają się do wizji pracy w zespole. Właśnie brak tego elementu na szeroką skalę w Polsce zdaje się być podstawowym problemem w tworzeniu zgranych grup specjalistycznych. Złe wzorce związane z wzajemną komunikacją pomiędzy medykami pojawiają się bowiem już podczas studiów. Adepti sztuki medycznej powielają bowiem zachowania zaobserwowane w szpitalu a prezentowane im przez starszych kolegów i koleżanki. Oczywiście zbiór tych wzorców obejmuje zarówno warte naśladowania postawy



jak i nagminnie popełniane błędy w relacjach przedstawicieli różnych zawodów medycznych.

Polska ochrona zdrowia ciągle boryka się z problemem kastowania szpitalnego personelu i wzajemnego szufladkowania przedstawicieli niektórych zawodów. Idąc tym tropem zauważymy scysje pomiędzy niemalże każdym pracownikiem szpitala: lekarz nie będzie mógł dojść do konsensusu z pielęgniarką, pielęgniarka natomiast będzie miała wątpliwości co do pracy salowych. Powielanie takiego schematu uniemożliwia osiągnięcie poprawy jakości i wydajności opieki nad pacjentem.

Kolejnym aspektem jest brak kooperacji lekarza i fizjoterapeuty czy rehabilitanta – te dwa zawody są w Polsce bardzo często pomijane. Niesłusznie – praca wymienionych specjalistów pozwala na szybszą rekonwalescencję pacjenta. Sprawny powrót do zdrowia chorego zmniejsza koszty poniesione przez państwo na jego leczenie. Zespół terapeutyczny zyskuje zaś pewność, że macierzysta placówka medyczna będzie cieszyła się dobrym imieniem a zarazem popularnością wśród potencjalnych pacjentów.

Godna pochwały i naśladowania wydaje się współpraca psychologów z lekarzami np. chirurgami bariatrycznymi, psychiatrami, kardiologami czy onkologami. Opieka psychologiczna znakomicie uzupełnia pracę personelu medycznego. Ich praca pozwala pacjentowi przede wszystkim na pełne przyswojenie wdrożonego przez lekarza procesu terapeutycznego.

Następnym sukcesem pracy zespołowej jest przykładowa relacja diabetologa z dietetykiem, obserwowana na oddziałach diabetologii dziecięcej. Specjalista od prawidłowego żywienia będzie dla pacjenta doradcą, jak dodatkowo w prawidłowy sposób okiełznać chorobę, którą lekarz rozpoznał i leczy.

Rozwiązaniem polepszającym jakość opieki jest dodatkowe rozszerzenie jej poza standardowe postępowanie lecznicze. Tutaj z pomocą przychodzą wszelkie fundacje, stowarzyszenia i organizacje działające na zasadach wolontariatu. Ich działalność doskonale wypełnia luki w opiece zdrowotnej, co zdecydowanie najłatwiej unaocznic na oddziałach pediatrycznych i paliatywnych. Wolontariusze odwiedzając pacjentów zapewniają im możliwość udziału w ciekawych zajęciach urozmaicających szpitalny pobyt. Dają także namiastkę pozaszpitalnego życia i motywację do szybszego zdrowienia. Taka opieka, nadzorowana cały czas przez lekarza, działa w sposób komplementarny i uzupełniający względem podstawowej terapii.


## ŚWIAT

W krajach zachodnich przyjętą praktyką jest budowanie zespołów terapeutycznych złożonych z reprezentantów niemal wszystkich zawodów medycznych. Kluczową rolę lekarza podkreślają stanowiska licznych ekspertów, których opinia jasno mówi, iż w tworzeniu współpracy interprofesjonalnej największe znaczenie ma przywództwo. Pogląd ten wydaje się być słuszny z racji największej odpowiedzialności prawnej i decyzyjności w kwestii wyboru proponowanego leczenia. Rola lekarza nie jest jednak przeceniana z racji na brak możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki nad pacjentem w pojedynkę i to niezależnie od zaproponowanych rozwiązań systemowych. Nie marginalizuje się roli któregośkolwiek elementu zespołu diagnostyczno-terapeutycznego a ich tworzenie rozpoczyna się już od najmłodszych lat.

Podstawowymi założeniami w tworzeniu struktur zespołów terapeutycznych pozostają:

1. Centralna pozycja pacjenta.



- 
2. Wspólny cel, jakim jest poprawa dobrostanu chorego.
  3. Prawidłowa komunikacja z pacjentem na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
  4. Niezakłócony przepływ informacji pomiędzy członkami zespołu.
  5. Wzajemny szacunek i znajomość swoich ról.

Jeśli którykolwiek z elementów ulegnie pominięciu współpraca w zespole ulega zaburzeniu na czym zwykle traci pacjent. Przywódcza rola lekarza odnosi się do uporządkowywania pracy w grupie, zapewnieniu jej określonych powyżej cech a także dawaniu dobrego przykładu.

W krajach anglosaskich dostrzegane są różnice w kulturze pracy pomiędzy zawodami, jednakże proponowane są różne metody przełamywania ich. Istotne w perspektywie tworzenia zespołów terapeutycznych jako podstawowych dla pacjenta komórek systemu ochrony zdrowia jest sprawne edukowanie specjalistów i przyzwyczajanie ich do wspólnej pracy. Na wielu amerykańskich i brytyjskich uczelniach wprowadzono systemy nauczania oparte na wspólnych zajęciach lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i innych przedstawicieli zawodów medycznych, w których nauczani są oni wzajemnej pracy ze sobą i szacunku wobec siebie.

Podkreśla się jednak, iż nowoczesna opieka zdrowotna wymaga rozwoju nowych kompetencji i przejmowania przywództwa oraz decyzyjności także przez innych profesjonalistów tworzących zespoły terapeutyczne, gdyż w związku z wyzwaniem takimi jak braki kadrowe i zmieniające się złożone środowisko pracy, pacjent na żadnym etapie opieki nie może być pozostawionym sam sobie.

## ROZWIĄZANIE

Trend do tworzenia złożonych zespołów terapeutycznych jest napędzany, przez dynamicznie rozwijającą się medycynę. Nie sposób objąć całkowitą opieką pacjenta bez podziału pracy i kompetencji pomiędzy poszczególnych pracowników systemu ochrony zdrowia. Innowacje i coraz większe zagłębianie się w specjalistyczną wiedzę uniemożliwia holistyczną pomoc chorym. Praca w grupie złożonej z profesjonalistów różnych dziedzin sztuki medycznej – lekarzy, pielęgniarek, techników, farmaceutów, dietetyków i innych wymaga odpowiedniego przygotowania. Żadne zarządzenie regulujące powstanie zgranego zespołu nie stworzy go z dnia na dzień. Obecne problemy komunikacyjne, dotychczasowy poziom relacji oparty na braku szacunku, zazdrości i nierównościach w traktowaniu prowadzą do szkodliwego dla placówek medycznych i całego systemu nieefektywnego schematu pracy indywidualnej. Wynika to bezpośrednio z braku odpowiedniej edukacji opartej na wdrażaniu podstaw pracy w zespołach terapeutycznych już w czasie trwania studiów.

W Polsce wspólną i jednoczasową naukę studentów medycyny i innych kierunków proponował Warszawski Uniwersytet Medyczny. Prof. Jacek Imiela na wzór zachodnich uczelni proponował by przedmioty przedkliniczne jako wiedzę podstawową przekazywać wszystkim studentom mającym w późniejszym życiu kontakt z pacjentami jednocześnie.

Nauka razem ma dawać przykład, iż kompetencje osób stanowiących elementy zespołów terapeutycznych wywodzą się z tego samego źródła a zatem nierówności, dyskryminacja i brak szacunku nie mają żadnego podłoża.

Zagraniczne stowarzyszenia zajmujące się edukacją medyczną jak i poszczególne uczelnie promują taki typ nauczania studentów kierunków medycznych. Edukacja zespołowa istotnie poprawia współpracę pomiędzy lekarzami a pozostałymi pracownikami i skutkuje dużo lepszą jakością opieki zdrowotnej. Grupy interprofesjonalne z perspektywy ekonomicznej zaś owocują lepszym wykorzystaniem czasu na pacjenta i istotnie redukują koszty związane z nieefektywnym zjawiskiem przerzucania odpowiedzialności za pacjenta.

W perspektywie polskiej zdecydowanym rozwiązaniem powinno być zatem wdrażanie systemu edukacji medycznej opartego nie tylko na symulacji medycznej natomiast także na pracy w zespołach złożonych z zawodowców, w których lekarz a także inni członkowie mają określone kompetencje i zakres obowiązków.



# AUTONOMIA ZAWODÓW MEDYCZNYCH NA PRZYKŁADZIE WSPÓŁPRACY LEKARZA Z PERSONELEM PIELEŃNIARSKIM



## Paweł Ostałowski

Paweł Ostałowski - student ostatnich lat studiów magisterskich ze zdrowia publicznego specjalności zarządzanie w ochronie zdrowia oraz licencjackich z pielęgniarstwa. Poza zajęciami aktywny członek zarządu SKN Managerów Zdrowia WUM. Zaangażowany w tematykę badań klinicznych, starzenia się społeczeństwa oraz jakości opieki pielęgniarstwa. Na co dzień zapalony biegacz i czytelnik lektury post-apokaliptycznej. Doświadczenie praktyczne zdobywał na praktykach w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Dziale Weryfikacji Świadczeń Medycznych oraz w Dziale Międzynarodowych Badań Klinicznych w firmie Roche. Praktyczne poznanie systemu ochrony zdrowia umożliwiły również praktyki w wielu szpitalach i podmiotach lecznictwa otwartego jak Centrum Zdrowia Dziecka, przychodnia prowadząca badania kliniczne oraz wiele oddziałów szpitali przy ulicy Banacha oraz Lindleya.

## POLSKA – PRZEGLĄD AKTUALNYCH ZJAWISK

Współpraca pomiędzy przedstawicielami zawodów medycznych, którzy sprawują opiekę nad pacjentem jest nieodzowna. Podyktowane jest to przede wszystkim troską o dobro pacjenta, oraz jakością świadczonych usług. Co więcej, współpraca pomiędzy przedstawicielami zawodów medycznych wynika także z przepisów prawa, nie wspominając już o deontologii.

Poszczególne zawody medyczne, dla których uchwalono ustawy regulujące ich funkcjonowanie są zawodami samodzielnymi. Jednakże ze względu na specyfikę pracy i naleciałości historyczne zawody lekarza i pielęgniarki są zawodami wzajemnie zależnymi od siebie i najściślej współpracującymi w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia.

Do roku 1996 wykonywanie zawodu pielęgniarki w dużej części miało charakter tylko wykonawczy. Samodzielne czynności były ograniczone do „pielęgnowania chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych” oraz „szerzenie higieny ogólnej i osobistej”, jak stanowiła ustawa z roku 1935. We wcześniejszej ustawie samodzielność podejmowania decyzji przez pielęgniarkę była niedozwolona, przynajmniej w rzeczywistości prawnej. Nowe uprawnienia pielęgniarki i położnej uzyskały wraz z wejściem w życie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z roku 1996. Zmiana ta była istotna nie tylko w kontekście zawodu pielęgniarki i położnej, ale także wobec innych zawodów. Oprócz, wyżej wspomnianego, przepisu o samodzielności zawodowej (art. 2) zdefiniowano też prawnie, na czym polega wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej (PiP), tj. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Nowością był również przepis o obowiązku „realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia

i rehabilitacji” przez PiP. Tylko jeden przepis mówi o współpracy między tymi dwoma zawodami.

Jednakże realizacja zleceń lekarskich nie oznacza wykonywania procedur, badań czy czynności bez odpowiedzialności czy własnego wkładu umysłowego w trakcie ich trwania. Zaczynając od zleceń na badania krwi czy wydzielin i wydaliny ciała człowieka, PiP musi dbać o prawidłową technikę pobrania próbek, czy odpowiedni czas transportu. Samo przyjęcie do szpitala często jest poprzedzone wstępnym zebraniem wywiadu pielęgniarskiego, który służy nie tylko zaplanowaniu procesu pielęgnowania. Jego celem jest także zebranie informacji na temat objawów czy dolegliwości, których przekazanie personelowi lekarskiemu może okazać się decydujące w trakcie stawiania diagnozy.

Jednakże pomimo tych oczywistych zależności pomiędzy tymi dwiema grupami specjalistów medycznych często słyszy się, iż pielęgniarka to wykonawczyni zleceń lekarskich. Tymczasem powinna się skupić na procesie pielęgnowania i wspomagania procesu leczenia. Ważna jest też ilość czasu poświęcana na wymianę danych o pacjencie w zespole terapeutycznym.

W zespole terapeutycznym osoba, która posiada najwięcej informacji o pacjencie jest osobą najważniejszą. Są to oczywiście lekarz i pielęgniarka lub położna. Ta druga grupa łączy elementy informacji z przekazem. Rolą pielęgniarki jest takie konsolidowanie działań, aby współpraca między personelem fachowym, przebiegała bez zakłóceń i z korzyścią dla pacjenta.


Na oddziałach szpitalnych oraz w placówkach lecznictwa otwartego istnieją pewne wzorce zachowań pomiędzy zawodami opisywanymi w tym rozdziale. Aby zobrazować je warto przywołać przysłowie: „Przykład idzie z góry”. Gdy ordynator daje do zrozumienia, iż bez „swojej” pielęgniarki oddziałowej nie wykona swoich działań oraz, że pielęgniarki pracujące na oddziale są pełnoprawnymi członkami zespołu to pozostali członkowie personelu lekarskiego będą wdrażać to w swoją praktykę. Wynika to stąd, iż każdy uczeń stara się naśladować swojego mistrza – a takim na pewno jest ordynator. Nakładają się na to również wartości, które studenci wnoszą z toku studiów. Z drugiej strony, jeżeli kadra lekarska a szczególnie, kadra kierownicza w danej jednostce nie propaguje szacunku do PiP i reszty białego personelu, personel lekarski również będzie mniej skłonny do okazywania tego. A przynajmniej większe jest prawdopodobieństwo pojawienia się trudnych sytuacji.

## POLSKA – REKOMENDOWANY MODEL WSPÓŁPRACY

Wiedza na temat współpracy między zawodami medycznymi powinna być przekazywana już na studiach, zarówno lekarskich jak i pielęgniarskich. Edukacja taka powinna zawierać nie tylko aspekty medyczne, ale również szczegóły określające miejsce i rolę każdego pracownika medycznego, który świadczy opiekę pacjentom.

Obie grupy powinny być zgodne w aspekcie swojej misji i celu swoich działań. Ich cele, czyli poprawa lub utrzymanie danego stanu zdrowia pacjenta, są wspólne jednakże osiągnięte za pomocą różnych narzędzi. Wartościowe wydaje się tutaj precyzyjne określenie kompetencji zawodowych, szanujące autonomię poszczególnych profesji jak również kładące nacisk na współpracę między przedstawicielami zawodów medycznych. Dla przykładu – głównym zadaniem lekarza jest wykonywanie specjalistycznych zabiegów, czego efektem np. w chirurgii jest





rana pooperacyjna. Ale to również ważnym zadaniem pielęgniarki jest holistyczna opieka nad pacjentem, kontrola gojenia się rany czy zmiana opatrunków. Czynności takie jak zdejmowanie szwów czy edukacja pacjenta jak powinien się zachowywać biorąc pod uwagę czynności dnia codziennego to doskonały przykład na załębiania się kompetencji lekarza i pielęgniarki.

Do aspektów medycznych, należy dodać tzw. umiejętności miękkie (soft skills). Członkowie zespołu powinni zdawać sobie sprawę z roli spotkań, rozmów i komunikacji. Podejście takie pozwala na równomierne rozłożenie pracy, w konsekwencji opieka nad pacjentem może być bardziej wydajna.

Istniejące bariery mogą skutkować występowaniem nie do końca prawidłowych relacji pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami. To między innymi bariera finansowa, która może być powodem frustracji i traktowaniem siebie nawzajem, jako konkurencji. Osoby, których zarobki kształtują się na poziomie nie adekwatnym do poziomu odpowiedzialności będą mniej zmotywowane do współpracy i dotyczy to obu grup zawodowych.

Poprawa sytuacji na linii lekarz-PiP wymaga zrozumienia z obu stron. Pielęgniarka nie może realizować swoich czynności podważając autorytetu lekarza. Z drugiej strony, lekarz nie może dyskredytować pielęgniarki, gdy ta wykona świadczenie poza jego zleceniem. Mowa tu o sytuacji, gdy lekarz nie jest dostępny a np. zwłoka w podaniu leku, które wymaga zlecenia lekarza miałyby negatywny skutek zdrowotny. Lekarze i pielęgniarki po prostu nie mogą realizować się zawodowo bez stałej codziennej współpracy.

## ŚWIAT – CZERPAMY PRZYKŁAD OD NAJLEPSZYCH

Istnieje powszechna opinia, iż współpraca pomiędzy poszczególnymi zawodami medycznymi w krajach Europy Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych jest na wyższym poziomie. Przeszukując bazę MedLine można natrafić na dość pokaźną liczbę artykułów naukowych, których celem jest zbadanie tej zależności i poziomu współpracy pomiędzy tymi dwiema grupami.

Wyszukiwania dokonano za pomocą algorytmu ((collaboration[Title/Abstract]) AND nurse[Title/Abstract]) AND physician[Title/Abstract]. Po dokonaniu wstępnej weryfikacji abstraktów, pięć prac zostało wybranych jako warte uwagi i przydatnych do przytoczenia w tym rozdziale.

Pierwsza z przytaczanych prac oparta została na przeglądzie literatury. Skupia się ona na barierach i sytuacjach, które mają wpływ na współpracę i pracę grupową pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami w podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W tym celu dokonano przeglądu piśmiennictwa, z którego wybrano 11 artykułów spełniających kryteria włączenia. Analiza prac pozwoliła na wyróżnienie przez autorów trzech najczęstszych czynników mających wpływa na współpracę między przedstawicielami zawodów medycznych (lekarzami i pielęgniarkami) w POZ. Są to zakres odpowiedzialności i role w zespole. Im wyższe poczucie odpowiedzialności członków tym współpraca ta była na wyższym poziomie. Po drugie zauważono, że praca grupowa zależy od stopnia komunikacji, zaufania, poszanowania dla drugiego zawodu, którym darzą się członkowie grupy. Jako trzeci czynnik podkreślono rolę edukacji w tym zakresie (McInnes et. al. 2015).

W jednym z miejskich szpitali w Stanach Zjednoczonych do tandemu lekarz-pielęgniarka dodano trzecią grupę zawodową – nielicencjonowany personel pomocniczy. Badanie

oparto na podejściu jakościowym, jako narzędzie badawcze zastosowano ustrukturyzowane wywiady pogłębione. Badanie zasugerowało, że przez większość czasu swojej pracy zarówno lekarze, pielęgniarki jak i personel pomocniczy, działają, jako oddzielne podmioty („usługodawcy”) i rzadko się ze sobą komunikują. Lekarze widzą siebie jak tych, którzy są ważniejsi w podejmowaniu decyzji. Zarazem uznają znaczenie wiedzy i doświadczenia PiP. Badanie zidentyfikowało braki w zakresie komunikacji pielęgniarka – personel pomocniczy. Ten przykład został podany, aby, podkreślić miejsce, w jakim znajdują się polskie pielęgniarki. Należy budować prawidłową postawę od podstaw i wśród całego personelu medycznego, gdyż sprawują oni opiekę nad tym samym, konkretnym pacjentem. (Lancaster G et. al. 2015).

W północnych Włoszech przeprowadzono inne badanie opierające się na stwierdzeniu, iż współpraca pomiędzy lekarzem i pielęgniarką wiąże się z dualnością ich ról. Z jednej strony są to zaangażowanie zawodowe a z drugiej strony zaangażowanie w zespole. Ankietę rozdano 270 pielęgniarkom oraz 95 lekarzom. Wyniki wykazały wyższy poziom współpracy, gdy obydwa aspekty były postrzegane jako ważne dla danej osoby. To potwierdza tezę, iż zwiększanie poziomu przynależności do grupy zacieśnia relacje i współpracę. Może przydatne okazałyby się szkolenia z tego zakresu wśród personelu medycznego w realiach polskiego systemu ochrony zdrowia? (Caricati L. et. al. 2015).

Rok później w tym samym szpitalu przeprowadzono dalsze badania w tym zakresie i potwierdzono, iż pozytywna postawa wyrażana przez przedstawicieli obu zawodów, w stosunku do zaangażowania w zespół jak i w swój zawód ma pozytywny wpływ na współpracę. Jednakże odnotowano, iż oba aspekty wpływają na te relacje w różnym stopniu. (Caricati L. et. al. 2016).


Należy również wspomnieć o badaniu, które się miało miejsce w roku 2014 na 42 łóżkowym oddziale szpitalnym na obszarze środkowo-zachodnich Stanów Zjednoczonych. Zbadano jak wdrożenie wspólnych obchodów lekarsko-pielęgniarskich przy pacjencie miało wpływ na percepcję pracy grupowej oraz satysfakcję pacjentów i satysfakcję z pracy wśród pielęgniarek. Dane były zbierane przed i po wdrożeniu pilotażowego rozwiązania. Do badania włączono 26 pielęgniarek oraz 12 lekarzy. Liczba osób, które zwróciły ankiety to 13 pielęgniarek oraz 6 lekarzy. Kwestionariusze, jakie mieli do wypełnienia pracownicy, dotyczyły poczucia współpracy oraz relacji w zespole. Wyniki po wprowadzeniu lekarsko-pielęgniarskich obchodów wskazały na pozytywny wpływ na zakres współpracy wśród personelu. Pielęgniarki stwierdziły, iż ich interakcje z lekarzami były częstsze i czuły się bardziej zaangażowane w proces leczenia. Poprawa nastąpiła również w wynikach leczenia, które wynikały między innymi z większego zaangażowania osób świadczących opiekę. (Pritts K. et. al. 2014).

## REKOMENDACJE/MOŻLIWE ROZWIĄZANIA

Współpraca między lekarzami i pielęgniarkami jest złożona i wpływa na nią wiele aspektów.

W każdym z cytowanych badań, jedną z konkluzji była konieczność przeprowadzania dalszych badań w tym zakresie. Inicjatorami takich badań może być zarówno personel pracujący przy pacjencie jak i kadra odpowiedzialna za politykę jakości w danej placówce medycznej jak również środowiska akademickie. Wydaje się, iż w szpitalach idealnym miejscem jest Biuro Pełnomocnika Dyrektora Ds. Jakości, bo relacje między pracownikami czy poziom współpracy należą do zagadnień z grupy zarządzania jakością.





Dotychczas powstało również wiele wytycznych z zakresu „Interprofessional collaboration”. Autorami tych opracowań jest WHO. Światowa Organizacja Zdrowia wskazała edukację z zakresu współpracy między zawodowej, jako innowacyjną strategię, która będzie odgrywała ważną rolę w kontekście łagodzenia kryzysu niedoboru kadry medycznej. Wytyczne te wskazują również na to, iż wspólna edukacja różnych zawodów medycznych to krok konieczny, aby kadry potrafiły lepiej odpowiadać na lokalne potrzeby zdrowotne. Promocja takich praktyk, może się odbywać poprzez tworzenie ogólnoswiatowych i europejskich polityk dotyczących współpracy między zawodowej. Kontekstualizacja tych założeń oraz edukacja w tym zakresie wpisuje się również w spełnianie Milenijnych Celów Rozwoju ustanowionych przez ONZ. Co więcej, edukacja ta powinna się odbywać zarówno na poziomie akademickim jak i po zakończeniu studiów (w ramach kształcenia podyplomowego).

Pomysłem wartym do rozważenia jest włączenie do zespołów interdyscyplinarnych przedstawicieli innych zawodów medycznych i pokrewnych jak specjalistów zdrowia publicznego czy pracowników socjalnych. To właśnie te zawody są uczone kooperacji swoich działań i pracy w zespołach nie rzadko składających się z przedstawicieli różnych środowisk. Atutem tych osób jest również wiedza na temat funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Takie osoby, mogłyby być koordynatorami zespołów, osobami, które w efektywny sposób zarządzałyby dostępnymi zasobami ludzkimi i materialnymi.

Taką edukację od wielu lat stara się wdrożyć krajowy konsultant ds. chorób wewnętrznych prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela – propagator idei współpracy między zawodowej. Mowa tu o obozach praktyk wakacyjnych w miejscowości Działdowo dla studentów różnych kierunków jak medycyna, fizjoterapia, dietetyka, pielęgniarstwo, ale także takich kierunków jak psychologia czy uczestników wyższych seminariów duchownych. Pierwszy obóz został zorganizowany 35 lat temu.. W opinii profesora Imieli kluczowe było „zjednanie sobie zespołu oraz wypracowanie zaufania do projektu w tej interdyscyplinarnej formule wśród wszystkich osób (...)”. Obozy zawsze przyciągają dużą rzeszę zainteresowanych, pomimo, iż część wydatków muszą ponieść sami uczestnicy. W ostatnim obozie w roku 2014 chętnych było ponad 100 i na niektóre miejsca było nawet po 4 aplikantów. Warto podkreślić, że sami studenci wyrażają duże zainteresowanie tą formą kształcenia. W praktyce wygląda to tak, iż każdy pacjent w razie potrzeb i chęci ma zagwarantowaną holistyczną opiekę od strony medycznej, pielęgnacyjnej, duchowej i psychologicznej. Opieka ta realizowana jest przez zespoły terapeutyczne, z których każdy zawiera osoby związane z naukami medycznymi oraz innymi dziedzinami. Każdy zespół terapeutyczny posiada swojego opiekuna w postaci bardziej doświadczonych lekarzy. Doświadczenie zdobyte w takiej formie nie może pozostać bez wpływu na dalsze życie zawodowe uczestników. To źródło idei i umiejętności jak współpraca ze specjalistami z różnych dziedzin wyglądać może w praktyce klinicznej. Do tego dochodzą, oprócz oczywistych umiejętności klinicznych, umiejętności miękkie jak kontakt i podejście do pacjenta.

Podsumowując, lekarze oraz pielęgniarki i położne nie są w stanie realizować się zawodowo bez ciągłej współpracy. Realizacja kwestii, o których wspomniano wyżej wymaga zrozumienia z obu stron oraz poszanowania autonomii poszczególnych profesji medycznych. Kluczem do sukcesu jest ciągła edukacja - zarówno na etapie szkolenia przed- jak i podyplomowego. Ograniczać nie powinna się tylko ona do kwestii medycznych ale również skupiać się na umiejętnościach „miękkich” i sztuce prowadzenia efektywnej komunikacji. Gruntowne zmiany w programie kształcenia, z całą pewnością przysłużyłyby się pacjentom i przyniosły wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia.



# OPIEKA FARMACEUTYCZNA JAKO PRZYKŁAD WSPÓŁPRACY MIĘDZY FARMACEUTĄ A PRZEDSTAWICIELAMI ZAWODÓW MEDYCZNYCH



## mgr farm. Patryk Poniatowski, Jacek Rozum




mgr farm. Patryk Poniatowski – farmaceuta kliniczny pracujący na co dzień w szpitalu w Wielkiej Brytanii. Absolwent Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Przed podjęciem pracy w szpitalu zdobywał doświadczenie w Najlepszej Niezależnej Aptece wg magazynu Chemist and Druggist w Exmouth, przychodni zdrowia w Heysham i jako kierownik apteki w Lancaster



Jacek Rozum – student ostatniego roku farmacji na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Alumn III edycji projektu Liderzy Ochrony Zdrowia organizowanego przez Fundację Lestawa A. Pagi. Zainteresowany tematyką implementacji i rozwoju opieki farmaceutycznej w Polsce. Zawodowo związany z obszarem badań klinicznych nad innowacyjnymi lekami. Obecnie zajmuje się zarządzaniem danymi klinicznymi w międzynarodowej firmie CRO. Zdobyt również doświadczenie w zakresie rejestracji produktów leczniczych.

## DIAGNOZA ZJAWISKA – POLSKA

Opieka farmaceutyczna jest doskonałym przykładem zintegrowanego podejścia do terapii umożliwiającym udział i współpracę farmaceuty z lekarzem w procesie leczenia pacjenta. Pomimo sukcesu jaki opieka farmaceutyczna odniosła zagranicą, w Polsce jej wdrażanie jest cały czas w początkowej fazie. Początkiem rozważań nad wprowadzeniem do polskich aptek dodatkowych usług farmaceutycznych było wydanie w przez Naczelną Radę Aptekarską „Strategii wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce” w 2007 r. Opublikowany dokument zawierał opis niezbędnych działań, które w przyszłości umożliwiłyby świadczenie usług farmaceutycznych. Ważnym krokiem było wprowadzenie opieki farmaceutycznej do zakresu obowiązków farmaceuty poprzez ustawę z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. nr 47 poz. 273 dnia 19 marca 2008) mówiącą o zadaniu: „sprawowania opieki farmaceutycznej polegającej 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”. Kolejnym pozytywnym działaniem było wprowadzenie od roku akademickiego 2008/2009 zajęć z opieki farmaceutycznej na wszystkich wydziałach farmaceutycznych w Polsce.

Bardzo istotnym projektem badawczym przedstawiającym praktyczne doświadczenia wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce był FONTiC - pilotażowy program opracowany przez Uniwersytet Jagielloński dotyczący opieki nad pacjentami z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą typu II. FONTiC obejmował prowadzenie dokumentacji, informowanie lekarzy prowadzących pacjenta i zapewnienie im wglądu do danych przechowywanych w aptece. Udział w programie mogła wziąć każda zainteresowana apteka. Zaangażowani w projekt farmaceutyci mieli możliwość uczestnictwa w dodatkowych szkoleniach. Rezultaty programu okazały się bardzo obiecujące, jednak dalsze projekty sprzyjające rozwojowi opieki farmaceutycznej w Polsce są wskazane.

Kolejną wartą pochwały inicjatywą propagującą opiekę farmaceutyczną w Polsce była kampania „Rzuć Palenie w Swojej Aptece” podkreślająca rolę farmaceuty w terapii uzależnienia nikotynowego. Inicjatywa została zorganizowana przez Fundację Promocji Zdrowia oraz Naczelną Izbę Aptekarską. Następnym ważnym dokumentem dotyczącym implementacji dodatkowych usług farmaceutycznych są „Perspektywy rozwoju farmacji w Polsce do roku 2030” przygotowane w 2013r. przez Zarząd Ogólnopolskiej Sekcji Opieki Farmaceutycznej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Dokument ten podkreśla potrzebę wprowadzenia opieki farmaceutycznej dla osób starszych (powyżej 65 roku życia), a także dla pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe.


Pod koniec lipca 2015r. Śląska Izba Aptekarska przedstawiła swoją propozycję wprowadzenia refundowanej opieki farmaceutycznej w polskich aptekach. Przygotowany raport stał się przedmiotem późniejszych dyskusji w Ministerstwie Zdrowia.

Bardzo obiecującą decyzją dla polskich farmaceutów było Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2015 r. i powołanie zespołu roboczego do spraw opieki farmaceutycznej. Zadaniem zespołu było opracowanie modelu opieki farmaceutycznej, który mógłby być finansowany ze środków publicznych. Działania podjęte przez Ministra Mariana Zembalę potwierdziły zainteresowanie opieką farmaceutyczną decydentów systemu ochrony zdrowia. Niemniej jednak decyzją nowego Ministra Zdrowia – Konstantego Radziwiła zespół został rozwiązany z dniem 31 sierpnia 2016 r.

Niestety rezultaty rocznej pracy zespołu nie przyniosły żadnych przełomowych zmian w zakresie implementacji opieki farmaceutycznej w Polsce.

## DIAGNOZA ZJAWISKA – ŚWIAT

Prowadzenie opieki farmaceutycznej nie jest nowością w krajach takich jak Wielka Brytania, w której apteka stała się pierwszym miejscem, gdzie udaje się każdy pacjent. To tutaj, najczęściej w tej ogólnodostępnej placówce zdrowia zaczyna się rozpoznanie objawów, podjęcie kolejnych kroków leczenia lub skierowanie pacjenta do lekarza. Dzięki lokalnym serwisom świadczonym przez apteki takim jak „Minor Ailments” każdego dnia po przeprowadzonym przez farmaceutę wywiadzie z pacjentem w pokoju konsultacyjnym wydaje się leki na zapalenie spojówek, problemy z układem pokarmowym, zapalenie pęcherza moczowego i wiele innych



prostych schorzeń, które da się wyleczyć bez wizyty w przychodni. Plan rozszerzenia tego serwisu na całą Wielką Brytanię (oraz ilości wydawanych leków przez farmaceutów) świadczy o pozytywnym wpływie na zdrowie i jakość świadczonych usług przez cały personel medyczny. Celem wyżej wymienionego programu, czy innych takich jak MUR (Medicine Use Review - corocznego przeglądu leków z pacjentami, polegającego na edukacji pacjenta jak i kiedy brać dane leki), NMS (New Medicine Service – wywiadu z pacjentem po pierwszym i trzecim tygodniu brania nowych leków w celu sprawdzenia skuteczności terapii) czy Flu Vaccination Service (darmowe szczepienia pacjentów na grypę z określonych grup oraz powyżej 60 roku życia) nie jest chęć zastąpienia innych medycznych profesji. Opieka farmaceutyczna, którą zajmuje się każda apteka wchodzi w skład szeroko rozumianej współpracy pomiędzy zawodami medycznymi. Dzięki odpowiednim szkoleniom, egzaminom, akredytowani farmaceuci i ich zespoły w aptekach są w stanie zredukować kolejki w przychodniach, pozwalają się skupić lekarzom, pielęgniarkom i fizjoterapeutom na przypadkach, w których ich wiedza jest kluczowa. Przeprowadzane wywiady z pacjentami (Medicine Use Review czy New Medicine Service) pozwalają na wykrycie pomniejszych błędów, które farmaceuci są w stanie przedyskutować z pacjentem. W wypadku poważniejszych problemów w terapii farmaceuta ma obowiązek powiadomić przychodnię lub szpital o danym przypadku, który personel medyczny analizuje je i stara się zoptymalizować terapię danej osoby.


Od kilku tygodni, każdy farmaceuta, po przebyciu odpowiedniego kursu ma dostęp do tzw. Summary Care Records, czyli do danych klinicznych pacjenta. Po wyrażeniu zgody (pisemnej lub ustnej) farmaceuta jest w stanie sprawdzić dane wprowadzone przez lekarza o historii choroby, lekach, które przyjmuje pacjent czy też jego alergiach. Dzięki temu apteki są w stanie po godzinach pracy przychodni zapewnić kluczowe leki dla pacjenta np. inhalatory, do czasu wizyty u lekarza. Każda taka sytuacja, jest udokumentowana i lekarz jest poinformowany, najczęściej pisemnie o całej sytuacji. Innym przykładem zastosowania jest sprawdzenie interakcji z innymi lekami, najczęściej podczas zapisywania antybiotyków czy nowych leków przez personel medyczny. Patrząc na system brytyjski wprowadzenie podobnych rozwiązań w Polsce mogłoby zredukować kolejki do lekarzy rodzinnych i pozwolić im na właściwe wykorzystanie swojej szerokiej wiedzy klinicznej.

System brytyjski ma na celu jak najlepsze wykorzystanie umiejętności każdego zawodu medycznego w jednym celu – skutecznej i szybkiej terapii pacjenta, dzięki czemu w służbie zdrowia oszczędzane są miliony funtów.

## RECEPTA - PROPOZYCJA ROZWIĄZAŃ

Pomimo przedstawionych wcześniej decyzji i inicjatyw promujących opiekę farmaceutyczną, jej wdrażanie przebiega w powolnym tempie. Nie sposób nie wspomnieć o trudnościach, które należy rozwiązać, aby farmaceuta mógł świadczyć usługi opieki farmaceutycznej. Pierwszym aspektem są przepisy prawne. Oprócz definicji opieki farmaceutycznej w Ustawie o Izbach Aptekarskich brakuje regulacji prawnych w zakresie prowadzenia tego typu opieki.

Z Art. 2a wynika, iż opiekę farmaceutyczną może świadczyć wyłącznie farmaceuta. Jednakże brak jest regulacji mówiących o tym w jaki sposób opieka powinna być świadczona. Z powyższego artykułu wynika również, że opieka farmaceutyczna jest udokumentowanym procesem. Pojawia się tutaj problem przechowywania tzw. wrażliwych danych o stanie zdrowia pacjenta. Aby apteka mogła przechowywać takie dane niezbędna jest rejestracja bazy danych u Głównego Inspektora ds. Ochrony Danych. Nie jest to proces łatwy, gdyż wymaga



spełnienia wielu formalnych wymagań. Ułatwienie tego procesu oraz wyznaczenie standardów dotyczących przechowywania danych pacjenta powinno znacznie ułatwić farmaceutom świadczenie swoich usług.

Kompetencje zawodowe oraz umiejętności komunikacji z pacjentem i lekarzem są kluczowymi czynnikami, które zadecydują o jakości świadczonej opieki farmaceutycznej. Pomimo wprowadzenia do programu nauczania przedmiotu opieka farmaceutyczna, na polskich uniwersytetach nadal przykładana jest zbyt mała uwaga do praktycznych umiejętności i wiedzy niezbędnej do świadczenia opieki. Niestety bardzo często absolwenci studiów farmaceutycznych nie są wystarczająco przygotowani do aktywnego uczestnictwa w procesie terapii pacjenta. Podczas studiów brakuje również zajęć doskonalących umiejętności współpracy farmaceuty z innymi zawodami medycznymi, a jest to niezwykle istotne w kontekście świadczenia opieki. Warto również wspomnieć o potrzebie ciągłego kształcenia farmaceutów. Proces ten jest kluczowym czynnikiem wpływającym na jakość oraz satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług farmaceutycznych.

Farmaceuci w Wielkiej Brytanii po studiach są zobowiązani do ciągłego szkolenia swoich umiejętności: klinicznych, współpracy i komunikacji z pacjentem a także w jaki sposób efektywnie zarządzać personelem i całą apteką. Patrząc na system szkolenia w Polsce i Anglii istnieje wiele podobieństw, jednakże w Polsce brakuje nam praktyków mających codzienną styczność z pacjentami, którzy wraz z osobami zajmującymi się pracą na uczelni byłiby w stanie stworzyć fundamenty opieki farmaceutycznej w Polsce. Impuls w postaci zmiany prawa, dostępu do danych klinicznych pacjenta a co z tym idzie wymogu posiadania poszczególnych certyfikatów byłby dobrym bodźcem dla rozwoju opieki farmaceutycznej i poszerzenia stanu wiedzy nie tylko farmaceutów a także techników farmaceutycznych, których wiedza i doświadczenie są niezbędne w codziennej pracy w aptece w Wielkiej Brytanii. Rozpoczęcie działań od najprostszych rzeczy typu – stworzenia tzw. „blister pack” dla poszczególnych pacjentów, propagowania kolejnych akcji dotyczących rzucania palenia, pomiaru ciśnienia czy prawidłowego stosowania inhalatorów powinno być punktem docelowym każdego kierownika apteki w Polsce.

# NA ZAPROSZENIE – MGR FARM. PIOTR MERKS




## **mgr farm. Piotr Merks**

Ceniony w Polsce i na świecie Ekspert w zakresie opieki farmaceutycznej, z blisko 20-letnim doświadczeniem w branży. Doktorant Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Posiada międzynarodowe doświadczenie w różnych sektorach: pałcówki naukowe, organy rządowe i pozarządowe, firmy komercyjne, szpitale, apteki. Droga kariery zaprowadziła go również do Australii i Finlandii, gdzie poznał w praktyce kolejne rynki farmaceutyczne. Należy do wielu branżowych organizacji, takich jak brytyjska Royal Pharmaceutical Society oraz polska Naczelna Izba Aptekarska. Aktywnie działa na rzecz poprawy zdrowia publicznego, bezpieczeństwa stosowania leków i eliminacji leków fałszowanych z obrotu detalicznego. Wynalazca i koordynator narzędzia opieki farmaceutycznej Lekolepki. Autor projektów, publikacji, uczestnik międzynarodowych konferencji. Aktualnie dyrektor ds. rozwoju biznesu na Polskę Aegate Holding Ltd.

Opieka farmaceutyczna stanowi temat ostatnio coraz częściej poruszany w mediach. Pacjenci są zdziwieni, lekarze wzburzeni, w efekcie, czego już na początku opieka farmaceutyczna kojarzy się źle... Bo czyż farmaceuta ma prawo leczyć? Jako farmaceuta posiadający praktyczne doświadczenie we wdrażaniu opieki w innych krajach na świecie, patrzę z lekką dozą przerażenia na niezdarne próby wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce. Śledząc prasę zarówno tą dla lekarzy, jak i dla farmaceutów wciąż nie dostrzegam właściwej drogi, która prowadziłaby nas do farmaceutycznej Europy czy Świata.

Przekładając definicję opieki farmaceutycznej na codzienną praktykę, opieką farmaceutyczną nazywamy wszystkie działania mające na celu ocenę indywidualnego zapotrzebowania pacjenta na leki. Równie istotne jest określenie występujących lub potencjalnych problemów lekowych, a gdy takie wystąpią podjęcie niezbędnych kroków. W tym celu podejmuje się współpracę z pacjentem oraz pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych, co umożliwi rozwiązanie problemów poprzez zaprojektowanie, wdrożenie i monitorowanie odpowiedniego planu leczenia.

W ciągu ostatnich 30 lat dokonał się duży postęp zarówno pod względem funkcji, jaką pełni farmaceuta w opiece nad chorym i co się z tym bezpośrednio wiąże ogólnej wiedzy farmaceuty dotyczącej chorób i leczenia. Tradycyjny podział ról, gdzie lekarz przepisuje leki a aptekarz je biernie wydaje jest anachroniczny i niewystarczający do zapewnienia właściwej, kompleksowej opieki nad pacjentem. Obecnie zwraca się uwagę na zapewnieniu bezpieczeństwa i efektywności leczenia farmakologicznego. Efektywność dotyczy m. in. kosztów ponoszonych przez skarb państwa, a związanych z hospitalizacją i leczeniem naprawczym chorób spowodowanych błędami w farmakoterapii. Bezpieczeństwo zaś przejawia się w takich aspekty terapii lekowej jak interakcje, działania niepożądane czy też adherence - stosowanie się pacjenta do zaleceń terapeutycznych. Ze względu na rosnącą złożoność zarządzania terapią lekową farmaceutyci zajęli stabilną pozycję w zespole opieki zdrowotnej, optymalizując leczenie farmakologiczne chorego poprzez identyfikację, rozwiązywanie i zapobieganie problemom lekowym, ale nie w Polsce. Od wielu lat w krajach rozwiniętych praktykuje się zasadę pracy zespołowej. Korzyści jakie z tego zaobserwowano dowodzą, że jedynie racjonalna współpraca poszczególnych zawodów medycznych umożliwi zbudowanie funkcjonalnego systemu opieki zdro-



wotnej. Stwierdzono również, że współpraca na płaszczyźnie lekarz-farmaceuta jest bardzo owocna i może przynosić największe korzyści, z uwagi na fakt, że obie grupy mają pierwszy kontakt z chorym, który właśnie do nich zwraca się z konkretnym problemem. Jednym z głównych problemów dotyczących tej integracji są przepisy prawne oraz bardzo konserwatywne spojrzenie polityków i urzędników na zadania obu grup.

Współczesny farmaceuta w ramach spełniania zadań opieki farmaceutycznej, pojmowanej, jako dobra praktyka apteczna, powinien przede wszystkim troszczyć się o pacjenta, dbając o zapewnienie mu właściwej informacji o terapii prowadzącej do poprawy komfortu życia, używając choćby narzędzi edukacyjnych. Błędne interpretacje założeń opieki farmaceutycznej są źródłem częstych w Polsce nieporozumień, jakoby farmaceuta miał przejąć kompetencje lekarza.

Nie ma obecnie w Polsce standardów postępowania farmaceutycznego i jasno określonych kompetencji farmaceuty i lekarza. Ze zgrozą obserwuję moich polskich kolegów po fachu, którzy niejednokrotnie stają w obliczu dylematów, których przyczyną jest brak konkretnie wyznaczonych ról i obowiązków w procesie opieki nad pacjentem. Lekarze, zastawiają się jak prawidłowo wypisać receptę, farmaceuci natomiast jak ją zrealizować. Obie grupy żyją w ciągłym strachu i niepewności o swoją przyszłość, z powodu kar i sankcji finansowych, którymi mogą skutkować błędy natury formalnej popełnione w toku sprawowania opieki nad chorym. Taki system powoduje straty finansowe zarówno dla lekarzy i farmaceutów, ale również dla budżetu państwa. Polski system refundacji nakłada na lekarzy i farmaceutów je realizujących olbrzymie obowiązki biurokratyczne, które skutecznie dekoncentrują obie profesje odciągając uwagę od tego, co dla systemu opieki zdrowotnej jest najważniejsze: pacjenta i jego zdrowia.

Ze względu na to, że pracując w Wielkiej Brytanii miałem okazję dobrze poznać funkcjonowanie systemu opieki farmaceutycznej mogę odnieść sytuację w Polsce do tej, z jaką zetknąłem się w UK czy innych krajach opartych na systemie z Wielkiej Brytanii.

Podstawową ideą opieki farmaceutycznej jest zwracanie uwagi na to, czy pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich, monitorowanie działań niepożądanych oraz prowadzenie kampanii społecznych promujących zdrowy tryb życia. Ponadto zachęca się pacjentów do regularnego wykonywania podstawowych badań diagnostycznych takich jak np. pomiar ciśnienia tętniczego.

W Finlandii, Anglii, Australii, czy Kandy, gdzie miałem okazję pracować, lista usług farmaceutycznych jest podzielona i zróżnicowana: od podstawowych do bardzo zaawansowanych. Część z nich, jak informowanie pacjenta to też element opieki farmaceutycznej, który świadczy o dobrej praktyce aptecznej. Praca szczególnie w brytyjskim systemie opieki farmaceutycznej pozwalała mi w pełni wykorzystać zdobyte wcześniej umiejętności i wiedzę. Ponadto dzięki niej miałem poczucie wypełniania misji społecznej, jako farmaceuta, służący swoją pracą pacjentowi.

Żaden z lekarzy, z którymi blisko współpracowałem nigdy nie tłumaczył swoim pacjentom zagadnień związanych z zażywaniem przepisanych leków, a jeżeli tak to w sposób lakoniczny. Podyktowane było to przede wszystkim brakiem czasu. Zawsze wtedy pacjent był odsyłany do farmaceuty, który mając więcej czasu mógł dokładnie rozwiązać wszelkie wątpliwości pacjenta. Wielokrotnie powtarzaliśmy wcześniej przekazane już pacjentowi informacje, co dawało nam większą pewność, że pacjent to zapamięta i zastosuje. Lekarze diagnozowali a my radziliśmy i analizowaliśmy ich zalecenia. Kontroli podlegała każda recepta. Jeżeli zawierała błędy, np. w dawkowaniu recepta była anulowana, a kolejna poprawiona była dostarczana do apteki drogą faxową czy elektroniczną.

Ponadto podczas realizowanych raz do roku rozmów z pacjentem, w ramach opieki farmaceutycznej, przeprowadzaliśmy optymalizację terapii. W pokoju konsultacji omawialiśmy problemy związane ze stosowaniem przez niego leków. Ten aspekt opieki sprawiał mi olbrzymią przyjemność, szczególnie, gdy mogłem stwierdzić, że pacjent może obniżyć dawkę, czy w sytuacji gdy widziałem, że po prostu odzyskuje zdrowie. Informacje uzyskane podczas takiej konsultacji zawsze były zgłaszane do lekarza w formie pisemnego formularza lub drogą elektroniczną. Typowym przykładem optymalizacji było sprawdzanie, czemu pacjent zażywa bardzo wysoką dawkę tyroksyny, dlaczego wysoka dawka digoksyny wpływa na stan jego zmęczenia, a może wpływa na to inny przyjmowany lek (np. spironolakton). Informowałem pacjentów, aby nie używali bifosfonianów, wtedy gdy przyjmują preparaty wapnia. Ze względu na obowiązującą mnie tajemnicę zawodową nie mogę przytoczyć treści wymienianej z lekarzami korespondencji, ale niejednokrotnie byłem zaskoczony stopniem szczegółowości i skrupulatności w podejściu do przypadku każdego pacjenta.

Wieloletnie obserwacje kondycji polskiego systemu ochrony zdrowia wskazują wyraźną potrzebę takich właśnie reform w Polsce.



