Fragment książki Agnieszki Skowron *Model opieki farmaceutycznej dla polskiego systemu zdrowotnego.* Wydawnictwo Fall. Kraków 2011

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ I WSPÓŁCZESNA PRAKTYKA FARMACEUTYCZNA

1 Zalecenia i wytyczne międzynarodowych organizacji farmaceutycznych.....9
1.1 Rola farmaceuty w procesie samoopieki pacjenta.....12
1.2 Farmaceuta jako doradca pacjenta i lekarza.....13
1.3 Rola farmaceuty w systemie zdrowotnym.....16

2 Farmaceuta w Polsce.....19
2.1 Zadania farmaceuty w systemie zdrowotnym.....19
2.2 Organizacja systemu zdrowotnego w zakresie dostarczania leków.....22
2.2.1 Finansowanie usług farmaceutycznych.....24
2.2.2 Zmiany w usługach farmaceutycznych.....25
2.3 Społeczne postrzeganie farmaceuty.....27

3 Nadzorowanie farmakoterapii.....30
3.1 Zarządzanie farmakoterapią.....31
3.1.1 Opieka zarządzana.....31
3.1.2 Zarządzanie chorobą.....32
3.2 Kognitywne usługi farmaceutyczne.....33
3.2.1 Opieka farmaceutyczna.....37

4 Organizacja opieki farmaceutycznej w warunkach polskich.....41
4.1 Przygotowanie systemu zdrowotnego do świadczenia opieki farmaceutycznej.....41
4.2 Przygotowanie apteki do świadczenia opieki farmaceutycznej.....44
4.2.1 Kwalifikacje i umiejętności personelu.....46
4.2.2 Zakres odpowiedzialności personelu.....47
4.2.3 Motywowanie pracowników.....48
4.3 Miejsce do pracy z pacjentem.....54
4.4 Populacja docelowa pacjentów.....57
4.5 Promocja nowej usługi wśród pacjentów.....58

5 Praca farmaceuty z pacjentem.....63
5.1 Budowanie relacji farmaceuta – pacjent.....63
5.1.1 Elementy komunikacji interpersonalnej.....66
5.1.2 Psychologiczne aspekty pracy z pacjentem.....77
5.2 Źródła danych o stanie zdrowia pacjenta.....83
5.2.1 Pacjent jako źródło informacji.....83
5.2.2 Inne źródła danych o stanie zdrowia.....84
5.2.3 Ocena jakości życia, wiedzy i umiejętności pacjenta.....87
5.3 Analiza danych zebranych od pacjenta.....93
5.3.1 Problem lekowy.....94
5.4 Plan opieki farmaceutycznej.....98
5.4.1 Cel terapeutyczny.....99
5.4.2 Działania w ramach planu opieki.....100
5.5 Wdrożenie i monitorowanie planu opieki.....105
5.5.1 Dokumentowanie opieki farmaceutycznej.....105
5.5.2 Monitorowanie skuteczności.....105

5.6 Zarządzanie jakością w usługach kognitywnych 108

CZĘŚĆ II. MODEL KOGNITYWNYCH USŁUG FARMACEUTYCZNYCH DLA OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH

6 Metodyka oceny kognitywnych usług farmaceutycznych.....113
6.1 Analiza wyników.....116
6.2 Miejsce przeprowadzenia badań.....117

7 Społeczne i psychologiczne aspekty kognitywnych usług farmaceutycznych w Polsce.....119
7.1 Wiedza społeczeństwa o nadciśnieniu i cukrzycy.....119
7.1.1 Stopień trudności ankiet wiedzy o chorobie.....121
7.1.2 Ogólny poziom wiedzy o nadciśnieniu i cukrzycy wśród chorych i zdrowych.....123
7.2 Postrzeganie roli farmaceuty przez chorych.....124
7.2.1 Oczekiwania pacjentów wobec farmaceutów.....128
7.2.2 Zainteresowanie pacjentów kognitywnymi usługami farmaceutycznymi 132
7.2.3 Opinia pacjentów na temat porady farmaceutów przy realizacji recepty.....133
7.2.4 Gotowość pacjentów do płacenia za kognitywne usługi farmaceutyczne.....137
7.3 Jakość kognitywnych usług farmaceutycznych w Polsce.....143
7.3.1 Ocena i postrzeganie przez farmaceutów swojej roli w systemie.....143
7.3.2 Ocena jakości usług farmaceutycznych w badaniach obserwacyjnych.....156

8 Model opieki farmaceutycznej w warunkach polskich.....175
8.1 FONT: opieka farmaceutyczna w nadciśnieniu tętniczym.....176
8.2 FONT: implementacja do praktyki aptecznej.....180
8.2.1 FONT: realizacja FAZY SZKOLENIOWEJ.....181
8.2.2 FONT: realizacja FAZY IMPLEMENTACYJNEJ.....184
8.3 FONT: ocena modelu.....185
8.3.1 FONT: realizacja FAZY OCENY.....185
8.3.2 FONT: charakterystyka aptek, farmaceutów i pacjentów.....186
8.3.3 FONT: farmakoterapia i problemy lekowe.....188
8.3.4 FONT: ocena wiedzy o chorobie i postawy zdrowotnej pacjentów.....196
8.3.5 FONT: ocena jakości życia pacjentów.....197
8.3.6 FONT: inne wskaźniki skuteczności opieki farmaceutycznej.....199

9 FONTiC: opieka farmaceutyczna w nadciśnieniu tętniczym i cukrzycy 2 typu.....201
9.1 Model FONTiC.....201
9.1.1 FONTiC: program szkolenia farmaceutów.....202
9.1.2 FONTiC: promocja opieki wśród pacjentów.....203
9.1.3 FONTiC: scenariusze prowadzenia opieki.....205
9.1.4 FONTiC: narzędzia wspomagające.....206
9.2 FONTiC: implementacja modelu do praktyki.....209
9.2.1 FONTiC: faza pilotażowa implementacji modelu 209
9.2.2 FONTiC: implementacja modelu do praktyki.....212

10 Dyskusja i wnioski z badania praktyki farmaceutycznej.....216
10.1 Dyskusja wyników badania praktyki farmaceutycznej i wdrożenia opieki farmaceutycznej.....216
10.2 Wnioski.....233
10.2.1 Praktyka farmaceutyczna w Polsce.....233
10.2.2 Projekt FONT.....233

CZĘŚĆ III. MODEL OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ W POLSCE

11 Realizacja opieki farmaceutycznej w warunkach polskich.....239
11.1 Zebranie informacji o stanie zdrowia pacjenta.....239
11.2 Problemy i potrzeby lekowe.....242
11.3 Wdrażanie i monitorowanie planu opieki.....248
11.3.1 Spotkania z pacjentem w opiece farmaceutycznej.....248
11.3.2 Plan opieki.....250

12 Elementy opieki farmaceutycznej w wybranych schorzeniach.....255
12.1 Nadciśnienie tętnicze i hyperlipidemia 255
12.1.1 Cele terapeutyczne w nadciśnieniu tętniczym.....256
12.1.2 Problemy lekowe w nadciśnieniu.....256
12.1.3 Edukacja pacjentów z nadciśnieniem.....258
12.1.4 Ocena skuteczności opieki w nadciśnieniu tętniczym.....259
12.2 Choroby metaboliczne: cukrzyca.....261
12.2.1 Plan opieki farmaceutycznej w cukrzycy.....262
12.2.2 Edukacja pacjenta z cukrzycą.....265
12.2.3 Monitorowanie skuteczności opieki farmaceutycznej w cukrzycy.....266
12.3 Choroby układu oddechowego: astma i POChP.....268
12.3.1 Cele terapeutyczne w astmie.....269
12.3.2 Edukacja pacjenta z astmą i POChP.....270
12.3.3 Skuteczność opieki farmaceutycznej w astmie.....271
12.3.4 Rola farmaceuty w monitorowaniu chorób układu oddechowego.....271

13 Przystosowanie systemu zdrowotnego do prowadzenia opieki farmaceutycznej w aptekach ogólnodostępnych.....274
13.1 Zapisy prawne ułatwiające prowadzenie opieki 274
13.2 Zarządzanie jakością w opiece farmaceutycznej 275
13.2.1 Zespół ekspertów ds. opieki farmaceutycznej.....277
13.2.2 Komisja Akredytacyjna.....278
13.2.3 Certyfikacja farmaceutów prowadzących opiekę farmaceutyczna.....278
13.2.4 Akredytacja aptek prowadzących opiekę.....281
13.3 Rekompensata za opiekę farmaceutyczną.....283

14 Spis tabel, rysunków i wzorów.....288
14.1 Spis tabel.....288
14.2 Spis rysunków.....291
14.3 Spis wzorów.....292

15 Załączniki – materiały i scenariusze programu FONTIC.....293
15.1 Scenariusze akcji promocyjnej programu FONTiC.....293
15.1.1 Scenariusz podstawowy akcji promocyjnej.....293
15.1.2 Zadania farmaceuty w czasie trwania akcji promocyjnej:.....293
15.1.3 Scenariusz kwalifikacji pacjenta 294
15.1.4 Dodatkowe informacje dla pacjenta.....296
15.2 Scenariusze wizyt w programie FONTiC.....296
15.2.1 Pierwsza wizyta pacjenta w ramach programu.....296
15.2.2 Wizyty w ramach programu opieki.....299

16 **Piśmiennictwo**.....301

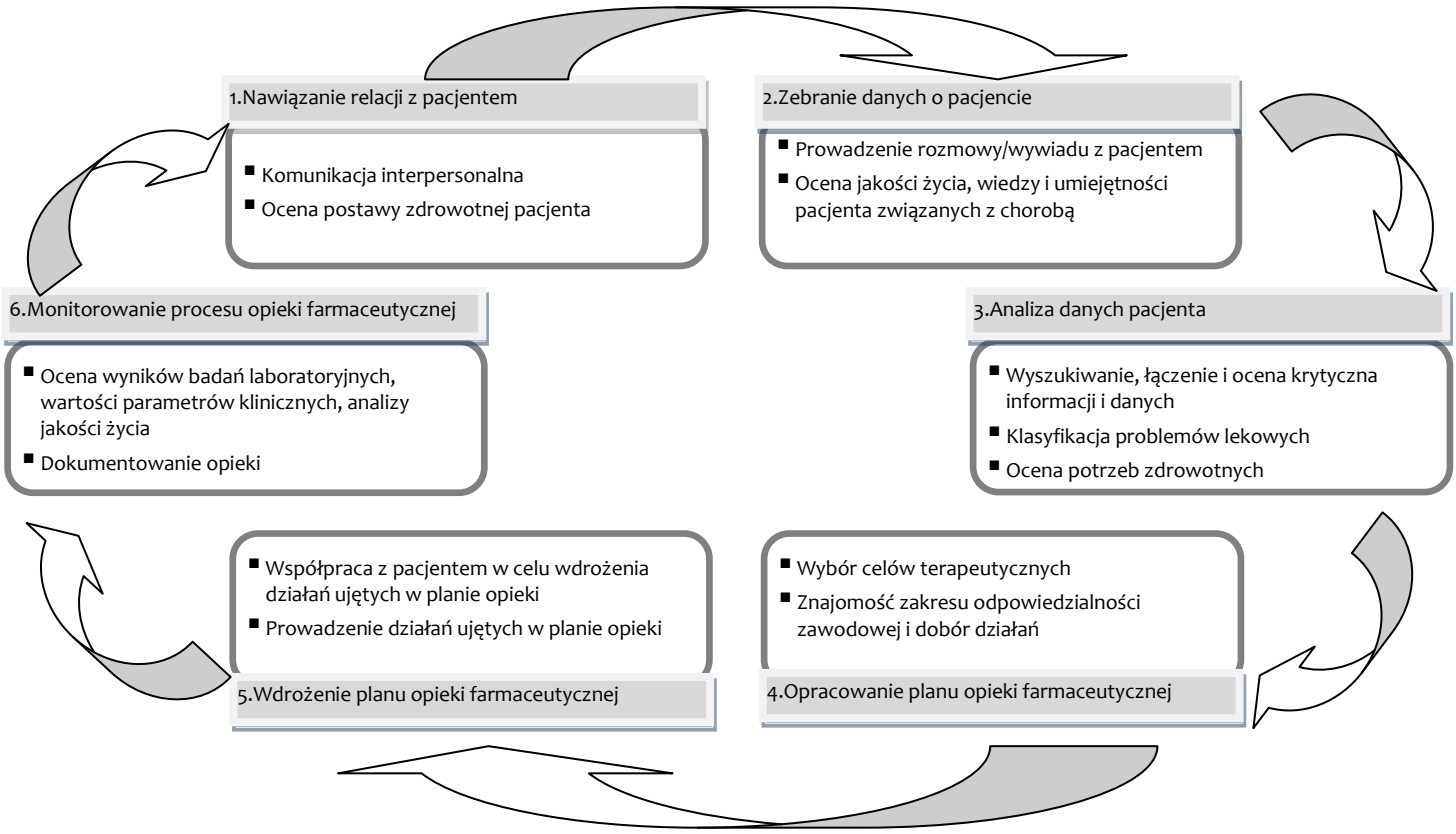
5. Praca farmaceuty z pacjentem

Z punktu widzenia farmaceuty opieka farmaceutyczna to indywidualne spotkanie z pacjentem w aptece, w czasie którego wykrywane i rozwiązywane są problemy lekowe pacjenta i zaspokajane jego potrzeby zdrowotne [379]. Dlatego farmaceuta musi:

- nawiązać opartą na wzajemnym zaufaniu współpracę z pacjentem oraz członkami zespołu medycznego, którzy zajmują się pacjentem (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant i in.),
- zebrać dokładne dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta,
- wykrywać i rozwiązywać problemy lekowe,
- opracować i wdrożyć plan opieki farmaceutycznej,
- monitorować farmakoterapię prowadzona przez pacjenta samodzielnie i na zlecenie lekarza, w tym monitorować parametry kliniczne w celu oceny skuteczności opieki,
- edukować pacjenta,
- dokumentować prowadzone przez siebie działania.

Cały proces opieki w odniesieniu do indywidualnego pacjenta powinien zostać tak zaplanowany, aby w możliwie krótkim czasie uzyskać pozytywny efekt, a w dalszych etapach opieki, utrzymać go lub poprawić. Proces opieki farmaceutycznej składa się z kilku etapów, których realizacja wymaga od farmaceuty specyficznych umiejętności przedstawionych na rysunku 4.

Rysunek 1. Wykaz umiejętności farmaceuty na poszczególnych etapach opieki farmaceutycznej



5.1. Budowanie relacji farmaceuta – pacjent

Nawiązanie odpowiednich relacji z pacjentem w początkowym etapie opieki farmaceutycznej gwarantuje uzyskanie zaufania pacjenta do proponowanych przez farmaceutę działań, co w późniejszym okresie pozwoli na uzyskanie odpowiedniego poziomu współpracy z jego strony [72]. Współpraca pacjenta z farmaceutą oznacza, że:

- wszystkie decyzje dotyczące stanu zdrowia pacjenta podejmowane są wspólnie przez farmaceutę i pacjenta, bez względu na to czy osobą inicjującą określone działania jest pacjent czy farmaceuta,
- pacjent nie ma żadnych zahamowań przed poinformowaniem farmaceuty o wszelkich objawach czy zachowaniach (zarówno planowanych, jak i już podjętych), które mogą wpłynąć na jego stan zdrowia,
- farmaceuta nie ocenia zachowań pacjenta, a jedynie wskazuje w sposób obiektywny ich konsekwencje,
- farmaceuta i pacjent zachowują wobec siebie postawę opartą na zasadach asertywności, dając każdej ze stron prawo do podejmowania niezależnych decyzji, jeśli nie mają one wpływu na drugą osobę, dotyczy to również prawa do odmowy podejmowania określonych działań,
- farmaceuta gwarantuje pacjentowi, że wszelkie podejmowane przez niego działania w odniesieniu do stanu zdrowia pacjenta oparte są na jego najlepszej wiedzy i jedynym ich celem jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjenta.

W praktyce oznacza to, że każda decyzja terapeutyczna powinna zostać skonsultowana z pacjentem przed jej wdrożeniem w życie, a zadaniem farmaceuty jest przekonanie pacjenta o konieczności podjęcia określonych działań i podzielenie zakresu odpowiedzialności za nie pomiędzy farmaceutę i pacjenta [48;72]. Weryfikacja decyzji może nastąpić, jeśli racjonalne argumenty pacjenta wskazują na brak możliwości praktycznej realizacji planowanych działań, z powodów zależnych lub niezależnych od pacjenta. Dobra współpraca z pacjentem:

- ułatwi wyeliminowanie większości problemów lekowych, których przyczyną są zachowania pacjenta, m.in. zjawisko niestosowania się do zaleceń terapeutycznych, samodzielne zmiany dawkowania leku przez pacjenta, duplikacje grup terapeutycznych/substancji leczniczych przede wszystkim w obrębie leków OTC czy stosowanie leków przeciwwskazanych,
- zwiększy skuteczność prowadzonej edukacji, dzięki zwiększeniu zaangażowania pacjenta w poszukiwanie informacji oraz poprawę własnych umiejętności,
- przyspieszy wykrywanie problemów lekowych i ewentualnych błędów lekowych/medycznych dzięki zwiększeniu świadomości zdrowotnej pacjenta i zmniejszeniu czasu pomiędzy pojawieniem się objawów a ich zgłoszeniem przez pacjenta personelowi medycznemu.

Proces nawiązywania i budowania relacji z pacjentem bywa niedoceniony przez farmaceutów, którzy uważają że zawód, który wykonują oraz usługi, które świadczą obronią się same. Tymczasem prowadząc w sposób nieświadomy rozmowę można zniechęcić do siebie i działalności, którą prowadzimy potencjalnego klienta, co w konsekwencji wpłynie nie tylko na poziom własnej satysfakcji z pracy, ale również na kondycję finansową organizacji, a w przyszłości zdecydować może o jej rozwoju lub przetrwaniu [204;411]. O zasadach komunikacji interpersonalnej napisano wiele książek, warto zwrócić uwagę na jeden istotny element z nią związany. Wiele nawyków i sposobów komunikacji przejęliśmy z otoczenia w którym zostaliśmy wychowani, i w którym żyjemy, jednak rozpoznanie mechanizmów komunikowania się między ludźmi i wprowadzenie ich w swoim życiu może ułatwić codzienną egzystencję, zarówno prywatną, jak i zawodową [446].

Ponieważ zawód farmaceuty w sposób nieodłączny wiąże się z koniecznością ciągłego kontaktu z różnymi osobami, już dawno dostrzeżono, że odpowiednie umiejętności farmaceuty w tym zakresie w znacznym stopniu wpływają na uzyskanie pożądanych zachowań zdrowotnych pacjentów. Prowadzone na świecie badania zmierzają przede wszystkim do rozpoznania i oceny czynników związanych z wzajemnymi interakcjami pacjenta i pracownika systemu zdrowia, które wpływają na zrozumienie przez pacjenta swojej choroby, zasad leczenie i tym samym wpływają na podejmowane przez niego decyzje [361].

Wykazano również, że stworzenie opartych na zaufaniu relacji z pacjentem w znaczącym stopniu wpływa na proces jego leczenia: pacjenci szybciej zdrowieją, i odczuwają mniej bólu [361]. Wpływ na skuteczność komunikowania się mają: cechy charakteru rozmówców, w szczególności typ osobowości; umiejętności rozmówców w zakresie komunikowania się; środowisko, w którym prowadzona jest rozmowa oraz obecność barier w komunikacji [446].

Praca chroniona prawami autorskimi. Przedruk w całości lub fragmentach zabroniony