

Nr 2 (12) luty 2007

APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej



www.aptekarzpolski.pl

- Porozumienie GIF - Prezes NRA
- Rozważania o instytucji rękojmi
- Opieka farmaceutyczna w praktyce aptecznej
- W numerze: Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej

zgjzmp1arzz bezplatny

ŚLĄSKIE TARGI FARMACEUTYCZNE WIOSNA 2007

19 maja 2007 r.

„Szafranowy Dwór”
Czeladź, ul. Będzińska 82



Śląska Izba Aptekarska oraz Kolporter EXPO
zapraszają na Śląskie Targi Farmaceutyczne
WIOSNA 2007

Zakres tematyczny Śląskich Targów Farmaceutycznych - WIOSNA 2007:

- leki gotowe • surowce farmaceutyczne • kosmetyki
- wyroby, sprzęt i materiały medyczne • wyposażenie aptek

Partnerzy farmaceutyczni:

- Hurtap • Itero • Medicare • Mini-Maxi • Prosper • Salus • Silfarm • Torfarm

W programie:

- środowiskowa konferencja służąca podnoszeniu kwalifikacji zawodowych w ramach ciągłych szkoleń punktowanych dla farmaceutów
- prezentacje firm i pokazy sprzętu organizowane przez wystawców
- jubileusz Śląskiej Izby Aptekarskiej

Organizator

KOLPORTER EXPO

Szczegóły oferty handlowej kierowanej przez producentów do aptekarzy uzgodnić należy ze **Śląską Izbą Aptekarską**:
40-637 Katowice, ul. Kryniczna 15
Krzysztof Mańka - dyrektor projektu
tel. 32 608 97 57, fax 32 608 97 69
kom. 668 220 318
e-mail manka.krzysztof@farmacja.pl
www.katowice.oia.pl

Warunki techniczne i finansowe uczestnictwa w Śląskich Targach Farmaceutycznych należy uzgodnić z **Kolporter Expo**:
25-659 Kielce, ul. Strycharska 6
Henryk Skup - dyrektor projektu
tel. 41 367 86 60, fax 41 367 86 56
kom. 510 031 665
e-mail henryk.skup@kolporter.com.pl
www.kolporterexpo.pl



Już niedługo „duża nowelizacja”

Od wielu miesięcy śledzimy poczynania polityków w polskim parlamencie z wielką nadzieją na choćby niewielką zmianę w Prawie Farmaceutycznym, która poprawi sytuację małej i przeciętnej rodzimej apteki. Już niedługo „duża nowelizacja” Prawa Farmaceutycznego powinna przynieść uspo-

kojenie na rynku dystrybucyjnym produktów leczniczych w zakresie tzw. wojen cenowych i ograniczenie reklamy, głównie aptek oraz punktów aptecznych. Zabezpieczenie praw nabytych podmiotów prowadzących działalność apteczną i jej dziedziczenie, gruba kreska dla wymogów lokalowych, sprzedaż wysyłkowa leków są przedmiotem prowadzonych obecnie prac sejmowych nad nowelizacją Prawa Farmaceutycznego. Zakończenie tych prac jest planowane w drugim kwartale 2007 roku.

8 lutego odbyło się w siedzibie Narodowego Funduszu Zdrowia spotkanie przedstawicieli naszego samorządu z prezesem Andrzejem Sośnierzem. Nie przyniosło ono przełomowych rozstrzygnięć, tym niemniej stanowi początek, mam nadzieję, owocnej współpracy przy rozwiązywaniu bieżących problemów na linii płatnik – apteka. Z wielkim zainteresowaniem oczekujemy pierwszych decyzji związanych m.in. z **kompleksowym monitorowaniem zdarzeń medycznych w polskiej ochronie zdrowia**, ponieważ nie można w nieskończoność twierdzić, iż głównym lekiem na zapaść w tej dziedzinie życia społecznego jest niemal wyłącznie cięcie kosztów prowadzonej farmakoterapii. Dzięki własnej przedsiębiorczości, sumienności i potencjałowi naukowemu od początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia aptekarze byli zawsze w czołówce reformatorów narodowej gospodarki. Mamy prawo oczekiwać, iż pozostali pracujący w systemie ochrony zdrowia dołączą do nas w końcu i zbudujemy wspólnie modelowy system na miarę naszych możliwości.

Na posiedzeniu komisji zdrowia Sejmu RP w dniu 13. lutego br. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia zdali relację parlamentarzystom z kształcenia podyplomowego personelu medycznego w Polsce. Najciekawszym dla nas, farmaceutów, było sprawozdanie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego z doskonalenia zawodowego w zakresie poszczególnych specjalizacji. Otóż **na 1770 miejsc przygotowanych dla farmaceutów przez CMKP w 2006 roku było w sumie wykorzystanych 1573. Największym zainteresowaniem naszych koleżanek i kolegów cieszyła się farmacja apteczna – 1498 chętnych do szkolenia, farmacja szpitalna – 28, analityka farmaceutyczna – 29, farmacja kliniczna – 15 i farmakologia – 3. Osobiście martwi mnie stosunkowo niewielkie zainteresowanie specjalnościami przydatnymi w praktyce szpitalnej. Trudno będzie bez dysponowania argumentami związanymi z gruntownym wykształceniem kadry farmaceutycznej przekonać zarządzających placówkami lecznictwa zamkniętego np. do przeprowadzania awansu zawodowego farmaceutów oraz ich uposażenia.**

Andrzej Wróbel
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Warszawa, luty 2007

25 285 osób.....	4
EKSPERTYZY, RAPORTY	
Miniony rok na rynku aptecznym.....	4
AKTUALNOŚCI.....	5, 6
ROZMOWY REDAKCJI	
Opowiadam się za kontynuacją.....	6
NASZE SPRAWY	
Rozważania o instytucji rekojmi.....	9
Minął rok – mamy się czym pochwalić.....	22
Zachęcić młodych farmaceutów.....	23
Szkolenie rozluźnia atmosferę.....	23
NOWE REJESTRACJE I NOWOŚCI NA RYNKU	
Nowe produkty lecznicze – listopad 2006.....	11
Opieka farmaceutyczna w Polsce	
staje się faktem.....	15
Etyka to nauka dynamiczna.....	16
WSZECHNICA APTEKARSKA	
Samoleczenie jako zjawisko społeczne.....	17
MANUAŁ APTEKARSKI	
Chrońmy skórę przed zimnem	
i mroźnym wiatrem.....	21
Remedium na łuszczycę.....	23
LEX APOTHECARIORUM.....	26
Drogowskaz.....	27
PRZEGLĄD PRASY.....	27
BIBLIOTEKA APTEKARZA	
Teka pełna exlibrisów.....	28
Ryszard Kapuściński – wielki pisarz, mistrz reportażu.....	28
SPORT TO ZDROWIE	
Jedno oko na Maroko, a drugie na Kaukaz.....	30
BIULETYN NRA.....	I - XII

Na okładce fragment obrazu Martty Węg „Tajemnica Zimowej Emilii”

Aptekarz Polski – Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej,
www.aptekarzpolski.pl

Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16,
00-238 Warszawa, tel: 022 635 92 85, fax: 022 887 50 32,
e-mail: nia@nia.org.pl; www.nia.org.pl

Redakcja: mgr farm. Michał Grzegorzczak - redaktor
wydawca; Zbigniew Solarz - redaktor naczelny;
dr n. farm. Tomasz Baj - z-ca redaktora naczelnego,
konsultant farm.; Ewa Dębińska - sekretarz redakcji,
tel. 022 635 02 39 e-mail: redakcja@aptekarzpolski.pl

Stali współpracownicy: mgr farm. Joanna Marczak,
Grażyna Smolarek-Kamińska (Bydgoszcz)

Marketing i reklama: Ewa Firlej

Grafik: Magda Sierocińska

Korekta: Halina Śnieżko

Druk: Miller Druk sp. z o.o, W-wa, ul. Jagiellońska 82

Aptekarz Polski zawiera treści przeznaczone dla osób uprawnionych do wystawiania recept lub farmaceutów. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i materiałów sponsorowanych oraz zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów w tekstach nadesłanych. Redakcja nie zwraca materiałów.

25 285 osób

Z dokonanego na koniec 2006 roku spisu wynika, że samorząd aptekarski skupia ponad 25 tysięcy członków. Dokładnie jest nas 25 285 osób.

Liczba studentów wstępujących w progi wydziałów farmacji nie maleje. Limit przyjęć na magisterskie studia farmaceutyczne osiągnął w 2006 roku pułap 1700. osób. Tak duża liczba adeptów zawodu farmaceuty napawa optymizmem. Oznacza, że zawód farmaceuty jest ciągle bardzo atrakcyjny.

OBRAZ WIELKOŚCI SZEREGÓW OKRĘGOWYCH IZB APTEKARSKICH

Najwięcej osób legitymujących się prawem wykonywania zawodu farmaceuty praktykuje na Mazowszu. Do Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie należy 3614 osób. Na następnym miejscu pod względem wielkości szeregów plasuje się Izba Krakowska, licząca 2385 członków. Nieznacznie mniejsze są Izby: Śląska – mająca 2242 członków, Łódzka – należy do niej 2189 farmaceutów i Dolnośląska – mająca 2087 członków.

Stawkę dużych Izb uzupełniają (w nawiasach liczba członków): Izba Wielkopolska (1966), Izba Gdańska (1937) oraz Izba Lubelska (1864).

Średnią wielkość mają Izby: Pomorsko-Kujawska (1084), Podkarpacka (1024). Mniejsze od nich są: Białostocka OIA (698), Kielecka OIA (645) i Beskidzka OIA (514). Następne pod względem liczebności szeregów, to – Izba Zachodniopomorska (497), Izba Opolska (487), Izba Lubuska (465) i Izba Olsztyńska (456).

Najmniej członków zrzesza Kaliska Okręgowa Izba Aptekarska. Należy do niej 323. farmaceutów. Niewiele większe są szeregi Izby Częstochowskiej mającej 400. członków i Izby Środkowopomorskiej, do której należy 417 osób.

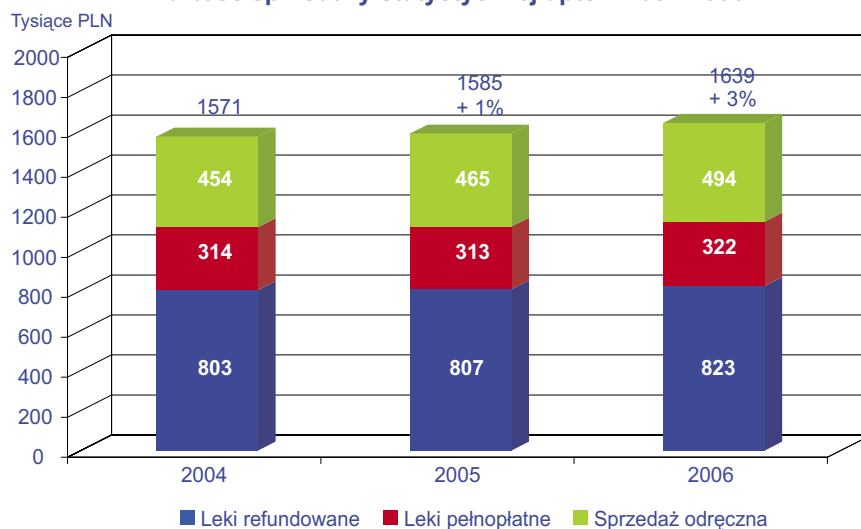
Zbigniew Solarz

Raport PharmaExperta Miniony rok na rynku aptecznym



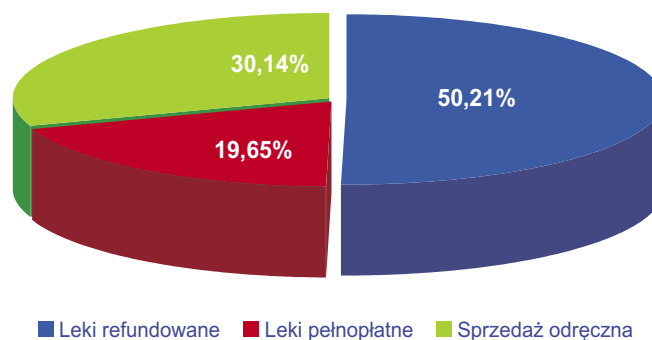
Całkowity obrót rynku aptecznego w 2006 roku w Polsce, zgodnie z przewidywaniami analityków PharmaExpert wyniósł 20,2 mld PLN. Rynek wzrósł w stosunku do roku 2005 o 7,65%, sprzedaż leków refundowanych wyniosła 10,15 mld PLN (wzrost o 6,17%), leków pełnopłatnych 3,98 mld PLN (wzrost o 7,28%), a produktów w sprzedaży odręcznej 6,09 mld PLN (wzrost o 10,45%).

Wartość sprzedaży statystycznej apteki 2004-2006



To, co z pewnością raduje właścicieli aptek, to znaczący wzrost sprzedaży wysokomarżowych preparatów OTC. Dzięki temu średnia marża apteczna wyniosła 19,6% i była nieco wyższa niż w roku 2005 (19,2%). Równocześnie swój wpływ na wzrost średniej marży miał segment tańszych leków Rx.

Wartość sprzedaży statystycznej apteki 2006



AKTUALNOŚCI WYBÓR Z KURIERKA NIA www.nia.org.pl

Nr 6 – 2007

8 lutego – Andrzej Wróbel, prezes NRA i wiceprezes NRA Grzegorz Kucharewicz zostali przyjęci przez Bolesława Piechę, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Podczas spotkania poruszono temat realizacji recept na leki recepturowe, zawierające surowce, którym wygasły pozwolenia dopuszczające do obrotu, projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych w placówkach obrotu pozaaptecznego i punktach aptecznych.

6 lutego – Andrzej Wróbel, prezes NRA i wiceprezes NRA Grzegorz Kucharewicz spotkali się z Andrzejem Sośnierzem, prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Tematyka rozmów dotyczyła ogólnej współpracy pomiędzy organizacjami. Omawiano sposób realizacji recept na leki recepturowe, gdzie używane są surowce, które utraciły rejestrację w Polsce. Przedyskutowano także kwestię projektowanych zmian w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej (recepta elektroniczna).

Nr 5 – 2007

3 lutego – w Ciechocinku odbył się XVI Okręgowy Zjazd Aptekarzy Pomorsko-Kujawskiej OIA.

2 lutego – odbyło się pierwsze spotkanie grupy roboczej prowadzącej prace nad implementacją do polskiego porządku prawnego Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Nr 4 – 2007

27 stycznia – w Częstochowie odbył się Okręgowy Zjazd Aptekarzy.

24 stycznia – odbyło się posiedzenie plenarne NRA.

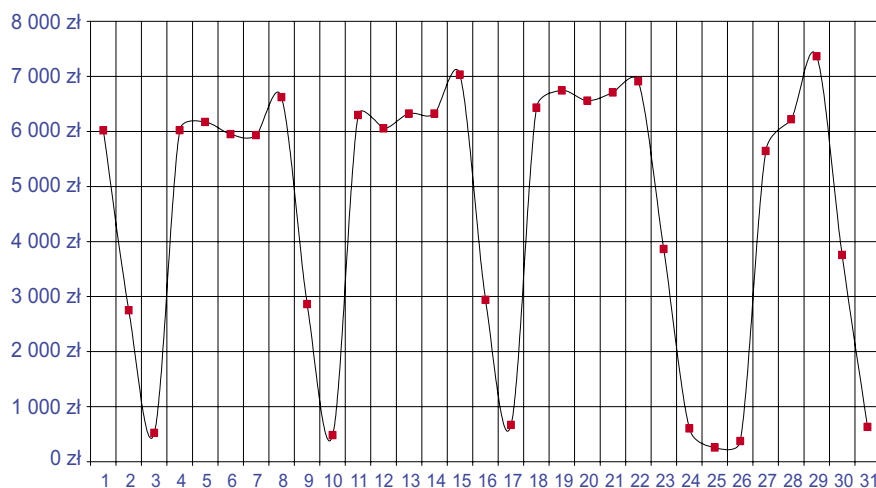
23 stycznia – prezes NRA Andrzej Wróbel oraz wiceprezes NRA Grzegorz Kucharewicz zostali przyjęci

Niestety wzrost rynku aptecznego nie przekłada się automatycznie na identyczny wzrost obrotów statystycznej apteki, za co odpowiedzialna jest rosnąca liczba aptek.

Wzrost sprzedaży średniej polskiej apteki wyniósł ponad 3% i wartość rocznej sprzedaży zamknęła się kwotą 1,639 tys. PLN w porównaniu z 1,585 tys. PLN w roku 2005.

Ciekawym spostrzeżeniem analityków PharmaExpert zilustrowanym na grudniowym wykresie sprzedaży dziennej, jest fakt, że pacjenci największe zakupy apteczne dokonują w piątki. Zarządzając zatem swoimi aptekami powinniśmy wziąć to pod uwagę i planować pracę naszego personelu za pierwszym stołentak, aby pacjenci nie musieli zbyt długo czekać na swoją kolejkę.

Wielkość obrotu statystycznej apteki w poszczególnych dniach grudnia



W roku 2006 zauważyliśmy dalszy wzrost cen leków. Cena jednego opakowania wyniosła średnio 13,59 PLN, leku refundowanego 23,40 PLN, a produktu w sprzedaży odręcznej 7,57 PLN.

Kilka spostrzeżeń dotyczących kwestii refundacji; w roku 2006 wyniosła ona 6,68 mld PLN w stosunku do 6,2 mld w roku 2005. W roku 2007 Narodowy Fundusz Zdrowia zamierza wydać na dopłaty do leków kwotę 7 mld PLN. Zgodnie z analizami i symulacją przeprowadzoną przez analityków PharmaExpert, sprzedaż całkowita leków w 2007 roku wzrośnie około 4 – 5 %, natomiast dopłata pacjentów do leków refundowanych wzrośnie około 8,8% przy założeniu takiej samej konsumpcji refundowanych preparatów jak w roku minionym. Nie jest nadal wiadome, czy planowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt sztywnych marż hurtowych zostanie wprowadzony w tym roku. Jeśli tak, oznaczać to będzie obowiązek sprzedawania leków przez apteki po maksymalnej cenie urzędowej, bez rabatów, co spowoduje dalszy wzrost kosztów leczenia dla pacjenta.

Piotr Kula

Prezes PharmaExpert

WARTO WIEDZIEĆ

16 stycznia 2007 r. ogłoszono Listę Stu Najbardziej Wpływowych Osób w Ochronie Zdrowia. Na czele listy jest profesor Zbigniew Religia, minister zdrowia. Prezes NRA Andrzej Wróbel zajmuje w tym rankingu czterdzieste drugie miejsce, a Wojciechowi Giermaziakowi, wiceprezesowi NRA przyznano miejsce osiemdziesiąte pierwsze.

przez ministra zdrowia Zbigniewa Religę.

Nr 3 – 2007

19 stycznia – prezes NRA Andrzej Wróbel zgłosił uwagi samorządu aptekarskiego do projektów rozporządzeń refundacyjnych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy o cenach.

www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_03_zal4.pdf

18 stycznia – odbyło się spotkanie przedstawicieli samorządu aptekarskiego z międzynarodowymi ekspertami realizującymi projekt zatytułowany „Przejrzystość decyzji państwowego systemu opieki zdrowotnej w sprawie zwrotu kosztów leków”. Partnerem Polski jest Ministerstwo Zdrowia i Spraw Społecznych Francji.

16 stycznia – wiceprezes NRA Grzegorz Kucharewicz oraz mec. Krzysztof Baka na spotkaniu z Zofią Ulz, Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, omawiali zasady współpracy pomiędzy wojewódzkimi inspektoratami inspekcji farmaceutycznej a okręgowymi izbami aptekarskimi.

26 stycznia 2007 roku, w dniu setnej rocznicy urodzin magistra farmacji Jana KACZKOWSKIEGO odbyło się we Wrocławiu uroczyste spotkanie z Jubilatem.

Dolnośląska Rada Aptekarska przyznała nestorowi polskiego aptekarstwa godność Honorowego Członka samorządu aptekarskiego. Jubilat został także odznaczony Złotą Odznaką DIA we Wrocławiu.



W spotkaniu z Jubilatem uczestniczyły farmaceutki z Koła Seniora przy DIA

Opowiadam się za kontynuacją



Fot. archiwum redakcji

Rozmowa z ZOFIĄ ULZ, Głównym Inspektorem Farmaceutycznym

– **Pani minister, w ostatnich tygodniach bardzo wiele pracy spadło na Pani urząd. Czy jest to kontynuacja działań rozpoczętych za czasów Pani poprzednika, który w dramatycznych okolicznościach odszedł ze stanowiska?**

– Zawsze wysoko ceniłam merytoryczne przygotowanie Zbigniewa Niewójta. Nasze ścieżki zawodowe rozwijały się równoległe: do niedawna byliśmy wojewódzkimi inspektorami – on w Białej Podlaskiej, a ja w Rzeszowie; byliśmy na jednym roku studiów podyplomowych na Uniwersytecie Jagiellońskim. W konkursie na stanowisko Głównego Inspektora Farmaceutycznego startowaliśmy razem. I to „razem” znaczyło „kto lepszy, ten wygra”. Niedługo po tym, jak Zbigniew Niewójt objął stanowisko dyrektora Departamentu Nadzoru, ja przyję-

łam stanowisko dyrektora Departamentu Inspekcji ds. Wytwarzania. Zawsze ściśle współpracowaliśmy. Nic zatem dziwnego, że opowiadam się za kontynuacją rozpoczętych przez poprzednika prac. Myślmy bardzo podobnie. Ale oczywiście mam własną – bardzo wyraźną wizję działań Inspektoratu. Kontakt z panem Niewójtem utrzymujemy do dziś. Cieszy mnie, że mogę korzystać z jego ogromnej wiedzy i doświadczenia.

– **Jakie sprawy są kontynuowane?**

– Pan minister Niewójt rozpoczął wnikliwie przyglądać się kompleksowi zjawisk, który określamy skrótowo jako reklama w aptekach. Podjęliśmy decyzję, która ma na celu likwidację „dzikiej” reklamy w aptekach, które uczynią z nich z powrotem apteki,

a nie bazy czy kioski reklamowe. To nie mogą być placówki, w których myśli się wyłącznie o tym, byle więcej sprzedać, i to byle czego. Proszę zauważyć, że obecnie w aptekach leki stanowią coraz mniejszą część znajdujących się tam towarów! Ja jestem farmaceutką i dla mnie apteka musi być apteką! Mimo że dość długo jestem urzędnikiem państwowym, ale ciągle w nadzorze farmaceutycznym i nie zapominałam tego, o czym uczyli mnie moi mentorzy. Nie ukrywamy: jest grupa farmaceutów, której działania powodują, że nasz zawód ostatnio podupada. Stąd biorą się te leki za grosz, stąd te dopłaty stu złotych za zakupione leki, nakręcanie wydatków z pieniędzy publicznych. Natomiast jestem przekonana, iż większość z nas pamięta, że należy do zawodów zaufania publicznego i robi wszystko, by tego zaufania nie zawieść.

Kolejna sprawa, rozpoczęta jeszcze za kadencji Zbigniewa Niewójta, która wymaga interwencji mojego inspektoratu: apteki szpitalne. Mimo, że tak zwana „afery corhydronowa” zabiera mi mnóstwo czasu, to powinno mi go wystarczyć, aby przyjrzeć się uważnie działaniu aptek szpitalnych, farmaceutów klinicznych i ich roli w racjonalizacji farmakoterapii. Farmaceuta kliniczny ma być doradcą lekarza, ma przebywać przy łóżku chorego, co jest szczególnie istotne np. w onkologii. No i jest jeszcze sprawa szkoleń farmaceutów...

Oczywiście nie mogę zaniedbać tego, co robiłam do tej pory, czyli nadzoru nad przemysłem farmaceutycznym.

– Pytanie, którego chciałbym uniknąć, ale się nie da: prasa codzienna przyniosła zarzut, jakoby w „Jelfy” przy hydrocortizonie zatrudnieni byli nieuprawnieni pracownicy i stąd cały galimatias. To prawda?

– Spekulacje medialne zawierały wiele niesprawdzonych informacji – sprawą zajęła się prokuratura i ona wyjaśni, czy doszło do tego rodzaju nieprawidłowości. Przypadek „Jelfy” wywołuje pytanie: dlaczego było tak źle, skoro w fabryce było tak dobrze?! Niezależ-

ny ekspert niemiecki, który wnikliwie obejrzał organizację fabryki i procesów produkcyjnych, stwierdził, że zakład spełnia światowe standardy w swojej dziedzinie. W przypadku „Jelfy” sytuację postawiono na głowie – zgodnie z wyrokiem mediów za wszystko odpowiadać miały organy administracji państwowej, podczas gdy na całym świecie zgodnie z prawem i standardami światowymi za wszelkie niedociągnięcia odpowiada przecież „podmiot odpowiedzialny” i wytwórca. Przecież określenie „podmiot odpowiedzialny” coś oznacza! Wymaganie od ministra zdrowia czy Głównego Inspektora, aby stali za plecami pracowników każdej fabryki w Polsce – a najlepiej też w Indiach czy w Chinach, jest absurdalne. Zarówno nasze, jak i unijne przepisy precyzyjnie określają, jak ma wyglądać kontrola u producenta leków. I nie można powiedzieć, że to GIF był winien zaniedbania, do jakiego doszło w tamtej fabryce. Chciałabym jednak powiedzieć wyraźnie, że jeśli przestrzega się wspomnianych procedur, jeśli dokonuje się okresowych przeglądów, jeżeli powstają protokoły pokontrolne sugerujące jakieś działania naprawcze, to trzeba to wykonać. Jeśli z dawna ustalonych procedur nie przestrzega się – dochodzi do takich wpadek. Prawo mówi wyraźnie, że należy informować Głównego Inspektora Farmaceutycznego o wszelkich nieprawidłowościach, a jeśli tego się nie dokonuje – skutki są takie, jakie były, czyli oplakane. GIF ma 13. inspektorów ds. wytwarzania. czy są oni w stanie przez cały czas na okrągło dopilnować wszystkich producentów?! Nie, i to nie jest ich zadanie – to producenci są zobowiązani do skrupulatnego przestrzegania wszystkich zapisów prawa. Inspektorzy tylko w tym pomagają. My nie jesteśmy od pilnowania, my jesteśmy od wskazywania niedociągnięć, punktów ewentualnych zagrożeń. Co nam pokazał casus „Jelfy”? Niespójność systemu zapewnienia jakości obowiązującego w fabryce i nieprzestrzeganie zasad Dobrej Praktyki Wytwarzania, a także późniejsze unikanie odpowiedzialności prowadzi do katastrofy. Czy to się

firmie opłaciło? Nie! Ile na tym stracili – nie wiem, bowiem inspekcja farmaceutyczna nie ma nic do spraw finansowych, ale przypuszczam, że o wiele więcej niż kosztowałyby należyte przestrzeganie nakazanych standardów organizacji produkcji. Mam nadzieję, że wyciągnięcie właściwych wniosków z tej afery to jedyny pozytywny aspekt tej całej sprawy.

– GIF nie ma wpływu na ceny leków. Dobrze to czy źle?

– Powiem szczerze: nie tęsknię za tym. Tym zajmuje się Departament Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia. My mamy tyle do zrobienia, tyle obowiązków nałożono na nas Prawo Farmaceutyczne, że tak trudna kwestia przy tak nikłej obsadzie byłaby dużym problemem dla GIF. Kontrola przestrzegania wszystkich dobrych praktyk, a na tym gruncie mamy do czynienia z ogromnymi niedociągnięciami, to wystarczający odcinek pracy.

– Jakich istotnych zmian legislacyjnych mogą wkrótce spodziewać się aptekarze?

– Tak zwana mała nowelizacja Prawa Farmaceutycznego jeszcze nie weszła pod obrady Sejmu i to pytanie należy stawiać bardziej Prezydium Sejmu niż GIF. Mała nowelizacja ma dotyczyć tzw. geografii aptek. Jeżeli natomiast chodzi o wysyłkową sprzedaż leków i tzw. apteki internetowe, moim zdaniem – tego nie da się uniknąć. Zdaję sobie sprawę, że większość środowiska aptekarskiego będzie przeciwnego zdania. Mam jednak trudny wybór: albo prawnie i poprawnie zalegalizować taką formułę, albo wkrótce staniemy w obliczu konieczności dostosowania się prawa unijnego, a wówczas od naszego głosu zależeć będzie bardzo niewiele. Lepiej się przygotować i zrobić regulacje dostosowane do polskich, lokalnych warunków. Jeśli uprzemy się przy stanowisku „nie, bo nie”, to przyjdzie taki moment, kiedy trzeba będzie zmiany przeprowadzić w kilka tygodni, i nawet nie będzie czasu, by dogłębnie ten temat przedyskutować.

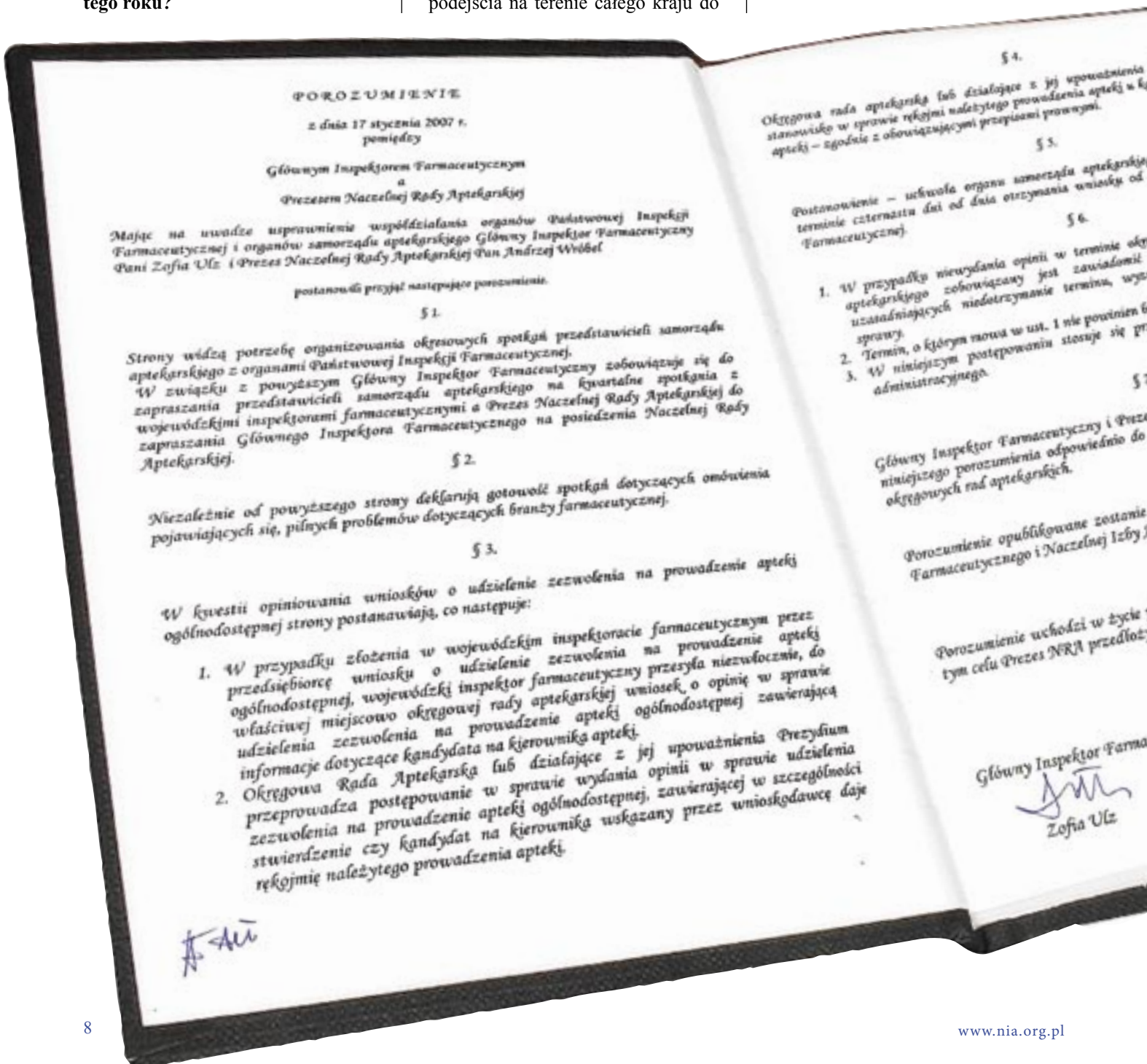
► Moje zdanie na temat aptek internetowych i sprzedaży wysyłkowej jest następujące: jeżeli tak to tylko dla już istniejących aptek. Nie mogą to być jakieś byty wirtualne, istniejące tylko w sieci, bez adresu, bez konkretnych nazwisk, bez możliwości świadczenia usług farmaceutycznych itd.

– Pani minister, pojawia się pytanie dodatkowe – o znaczenie porozumienia między Głównym Inspektorem Farmaceutycznym a prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej, Andrzejem Wróblem, który to dokument został podpisany 17 stycznia tego roku?

– O takim dokumencie myśleliśmy od dawna, ale w nowej sytuacji, jaka wytworzyła się w wyniku „afery corhydronowej” – nabrał on waloru aktualności. Oba stronom chodzi o szybszą, precyzyjniejszą, bardziej dokładną i stałą wymianę informacji mających wpływ na dobro pacjenta. Taka wymiana i cykliczne spotkania GIF z przedstawicielami samorządu aptekarskiego mają znaleźć swój odpowiednik również na szczeblu kontaktów inspektorów wojewódzkich farmaceutycznych z okręgowymi izbami aptekarskimi. Liczymy na osiągnięcie jednakowego podejścia na terenie całego kraju do

wydawania opinii w sprawie udzielania zezwoleń na prowadzenie aptek i zbudowanie ścisłej procedury oceny, czy dany kandydat na kierownika apteki daje rękojmię należytego wypełniania tych obowiązków. Jak to wpłynie na sytuację w aptekach – jeszcze poczekajmy z oceną; ważne, że stworzone zostały ramy stałej współpracy z samorządem aptekarskim. Pomagajmy sobie wzajemnie, bo mamy wspólny interes – dobro pacjenta. ■

rozmawiał Jacek Świdziński



Rozważania o instytucji rękojmi



Fot. archiwum redakcji

Podmiot starający się o uzyskanie zezwolenia na otwarcie apteki musi przedstawić osobę odpowiedzialną za jej prowadzenie, która daje rękojmię należytego prowadzenia apteki.

CZYM JEST RĘKOJMIA I JAK NALEŻY JĄ ROZUMIEĆ?

Wydaje się, że intuicyjnie wszyscy rozumiemy, co kryje się pod pojęciem „rękojmia”. W codziennym życiu sami bardzo często dajemy rękojmię – np. polecając znajomym fachowców z różnych dziedzin, wyrażając swoje zadowolenie z otrzymanej usługi czy też zachęcając innych do określonej aktywności, posiłkując się swoimi pozytywnymi doświadczeniami. Słownik języka polskiego opisuje słowo „rękojmia” jako „uroczyste poręczenie, zagwarantowanie czegoś”.

Tymczasem precyzyjne zdefiniowanie, czym jest rękojmia, nastęrcza wielu problemów. Profesor Michał Kulesza w opinii prawnej z 2004 roku opracowanej na zlecenie Naczelnej Rady Aptekarskiej zaleca, aby definiując pojęcie rękojmi skorzystać z orzecznictwa Naczelnego Sądu Administracyjnego. Orzeczenia NSA dotyczą głównie rękojmi należytego wykonywania zawodu i wyraźnie skłaniają się ku stwierdzeniu, że rękojmię daje osoba, która nie tylko może poszczycić się wiedzą i umiejętnościami zawodowymi, ale również posiada przymioty takie jak wiarygodność i nieskazitelność charakteru.

KTO POWINIEN DAWAĆ RĘKOJMIE?

Zadanie udzielania rękojmi spoczywa na samorządzie aptekarskim, a dokładnie na okręgowej radzie aptekarskiej. Obowiązek ten rada może przekazać prezydium.

Definicja rękojmi, choć jest niedoskonała, sugeruje, że poręczyć można w zasadzie tylko za kogoś, kogo się zna. Wydaje się, że opinia farmaceutów, którzy osobiście znają daną osobę, jej sposób pracy, wiedzę i walory osobiste stanowi esencję tego aktu. Jednocześnie umiejętność pozyskania takiego poręczenia świadczyć może o tym, iż osoba ta cieszy się nie tylko szacunkiem, ale i sympatią.

Dopuszczając taki współdziałanie członków izby w procesie opiniowania, należałoby się zastanowić nad umożliwieniem zgłaszania uwag negatywnych. Oczywiście wywiązać się może szereg problemów m.in., w jaki sposób uniknąć pomówień, czy zachować anonimowość nadawców, jeśli tak – to w jakim zakresie, w jaki sposób podawać do publicznej wiadomości informacje o kandydatkach itp. Kierując się zasadą praworządności organ samorządu powinien dołożyć wszelkich starań, aby zebrać wyczerpujący materiał dowodowy i dociec stanu faktycznego w sprawie.

CO I JAK BADAĆ?

Niestety brakuje jednoznacznych wskazówek, co i w jaki sposób mają badać organy samorządu. Pojawiają się głosy, aby opinia rady, biorąc pod uwagę jej autorytet, była motywowana czymś więcej niż tylko suchym stwierdzeniem zgodności wymaganych dokumentów. Z drugiej strony znaczne grono aptekarzy uważa, że przy obecnie istniejących procedurach i uprawnieniach samorządu nie ma potrzeby stwarzania dodatko- ▶

► wych barier i wymagań, bo sprzyja to jedynie rozrostowi biurokracji.

W stanowisku przyjętym w dniu 6 grudnia 2006 roku, Naczelna Rada Aptekarska przedstawia wytyczne dotyczące postępowania przy stwierdzaniu rękojmi należytego prowadzenia apteki. Znajdujemy tam zbiór przesłanek negatywnych, które mogą świadczyć o braku podstaw do stwierdzenia rękojmi. Wymienione są, m.in.: niedopełnienie wymogów formalnych, karalność za przestępstwa gospodarcze lub związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty, w tym kary nałożone w ramach odpowiedzialności zawodowej, a także niedopełnienie obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Takie wskazówki są jasne, przystępne i zrozumiałe. Jednak dalej czytamy, iż przesłanką negatywną może być także „rażący brak wiedzy lub umiejętności potrzebnych do należytego wypełnienia zadań kierownika apteki potwierdzony sprawdzeniem w odpowiedniej formie przez okręgową radę aptekarską (...)”. Oczywiście rada aptekarska ma wgląd w ewidencję kar wymierzanych w ramach odpowiedzialności zawodowej i niewątpliwie może z niej korzystać.

ZASADA DOMNIEMANIA

Wydaje się właściwe, aby do oceny kandydata przystępować z założeniem, iż daje on rękojmię. W związku z tym decyzja odmowna powinna być uzasadniona wyłącznie istnieniem konkretnych przesłanek negatywnych. Sądzę, że jest to logiczne i uczciwe. Nie powinno dochodzić do sytuacji, w których ktoś głosuje, „przeciwko”, bo nie podoba mu się np. typ apteki, w której pracę zamierza podjąć kandydat albo dlatego, że z założenia jest przeciwny powstawaniu nowych aptek. Należy jednocześnie głęboko przemyśleć fakt, iż odmówienie udzielenia rękojmi jest dalece idącą restrykcją wobec osoby wykonującej zawód. Wchodzą tu w grę elementy takie jak dobre imię i perspektywy zawodowe, w tym niebagatelne kwestie finansowe. Oznacza to, że nawet jeśli istnieją fakty przemawiające przeciwko danej osobie, to należy rozsądnie odmierzyć ich ciężar.

KAŻDY SOBIE CZY WSZĘDZIE TAK SAMO?

Standardy oceny powinny być ujednolicone. Nie powinno być tak, że w jednej izbie kandydat spokojnie oczekuje na orzeczenie w domu, a w innej musi np. zgłosić się na rozmowę kwalifikacyjną i wypełnić formularz. Tego typu zabiegi, choć niewątpliwie godne uwagi, powinny mieć z góry ustaloną formę, w której będą obowiązywać we wszystkich izbach. W przeciwnym razie będą pojawiać się uwagi, „bo gdzie indziej to wystarczy..., a u nas to trzeba...”. Co więcej – zróżnicowanie przyjętych wytycznych wpływa nie tylko na jakość zebranych informacji, ale również na statystyki podejmowanych decyzji. Są bowiem izby, w których przypadki wydania decyzji odmownych są sporadyczne, w innych z kolei nie są wcale rzadkością. Można się jedynie domyślać, że nie jest to spowodowane jedynie zróżnicowaniem poziomu kandydatów w poszczególnych regionach...

Nie ma wątpliwości, że jeśli procedura udzielania rękojmi ma być wiarygodna, to powinna obejmować każdą osobę starającą się o posadę kierownika. Nie ma znaczenia, czy chodzi o nowo otwieraną aptekę, czy o taką, która już działa – wymagania powinny być takie same.

GŁOS SAMORZĄDU – WIAŻĄCY, CZY NIE?

Nawet jeśli uda się doszlifować i udoskonalić „wewnętrzne” procedury, to opinia izby nie jest opinią wiążącą dla organu wydającego zgodę na prowadzenie apteki, czyli wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego. Ponadto niezasięgnięcie przez wojewódzkiego inspektora opinii o udzieleniu rękojmi nie stanowi rażącego naruszenia prawa.

CZY RĘKOJMIA JEST W OGÓLE POTRZEBNA?

Aptekarze wykonują zawód zaufania społecznego, a nawet, powiedziałabym „szczególnego” zaufania, bo odpowiadają za życie i zdrowie ludzi. To kierownik ustala standardy obowiązujące w danej placówce, za-

trudnia personel i podejmuje ostateczne decyzje w przypadku wątpliwości, co do wydania leku z apteki, sposobu realizacji recepty czy sporządzenia leku recepturowego.

KILKA KROKÓW NAPRZÓD

Wiele wskazuje na to, że przynajmniej niektóre z przedstawionych problemów znajdą rozwiązanie prawne w najbliższej przyszłości.

17 stycznia tego roku zostało zawarte porozumienie pomiędzy Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, Zofią Ulz a Naczelną Izbą Aptekarską. Uzgodnienia te umacniają kompetencje samorządu aptekarskiego, tworzą kanwę dla sprawnego współdziałania stron i regulują procedury postępowania administracyjnego.

Prawdopodobnie niebawem inspektorzy wojewódzcy będą prosić izby o udzielenie rękojmi w każdym przypadku obsadzania stanowiska kierownika, a procedura udzielania zezwolenia na prowadzenie apteki będzie jednolita w całym kraju.

W projekcie ustawy, której zmieniony tytuł ma brzmieć „Ustawa o zawodzie aptekarza i izbach aptekarskich”, znajdujemy zapis obligujący wojewódzkich inspektorów do zasięgania opinii samorządu pod rygorem rażącego naruszenia prawa. Podobne zastrzeżenie znajduje się w porozumieniu GIF-NIA. Ponadto ulepszony zapis ustawy dotyczący zadań samorządu aptekarskiego jednoznacznie ma wskazywać, że jest on upoważniony do wydawania opinii w sprawie udzielania zezwoleń na pełnienie funkcji kierownika apteki lub hurtowni farmaceutycznej.

Stanowisko w sprawie udzielania rękojmi zajęła nie tylko Naczelna Izba, ale również niektóre izby okręgowe. Zainteresowanie tym tematem organów samorządu oraz Inspekcji Farmaceutycznej napawa optymizmem. ■

mgr farm. Olga Sierpińska

Nowe produkty lecznicze listopad 2006



UE

← NOWE REJESTRACJE →

PL

NOWOŚCI NA RYNKU

W październiku 2006 r. Komisja Europejska w ramach procedury centralnej nie zarejestrowała żadnego leku o nowej substancji czynnej. W listopadzie 2006 r. Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała dwie decyzje o dopuszczeniu do obrotu nowych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi.

W listopadzie 2006 r. minister zdrowia wydał 20 nowych pozwoleń na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce.

Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych już na rynku, w ramach poszczególnych klas ATC/WHO oraz substancji czynnej lub składu preparatu, w przypadku rejestracji unijnych z krótkim opisem postaci i z uwzględnieniem wskazań, pomijając szczegóły (postaci, dawki, opakowania, kategorie dostępności, numery pozwoleń), które można znaleźć w internetowym Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

<http://www.bip.urpl.gov.pl>

oraz w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Leków

<http://www.emea.eu.int>

Tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** obejmuje klasyfikację ATC, marki i podmioty odpowiedzialne nowych produktów leczniczych na rynku, tj. wprowadzonych po raz pierwszy do sprzedaży w podanym miesiącu (w jakiegokolwiek postaci, dawce i opakowaniu), z uwzględnieniem obszaru i daty (miesiąc i rok) rejestracji.

Skrót PL oznacza wpis do polskiego Rejestru Produktów Leczniczych, zarówno w ramach procedury krajowej, jak również w ramach unijnych procedur wzajemnego uznania i zdecentralizowanej. Skrót UE oznacza rejestrację w ramach unijnej procedury scentralizowanej.

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A02 – Leki stosowane w zaburzeniach związanych z nadkwaśnością;
A02B – Leki stosowane w chorobie wrzodowej i refluksie żołądkowo-przelykowym; **A02BC** – Inhibitory pompy protonowej

Pantoprazolum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

A10 – Leki stosowane w cukrzycy;
A10B – Leki obniżające poziom glukozy we krwi, z wyłączeniem insuliny; **A10BB** – Sulfonamidy, pochodne mocznika

Glimepiridum: GlimTek (Ratiopharm) i Limeral (Actavis) to 26. i 27. zarejestrowana marka glimepiridu. Firma Ratiopharm zarejestrowała wcześniej preparat generyczny o nazwie międzynarodowej: Glimepirid-Ratiopharm. Na rynku obecnych jest 15 leków: Amaryl (Sanofi-Aventis; lek oryginalny), od grudnia 2005 Glime-Hexal (Hexal), od stycznia 2006 Beta-glid (Pliva Kraków) i Glidamid (ICN Polfa Rzeszów), od lutego 2006 Diaril (Biofarm), Glibezid (Jelfa), Glimepirid-Ratiopharm i Glipid (Genexo), od kwietnia 2006 Glibetic (Polpharma) i Pemidal (Polfa Pabianice), od maja 2006 Glimesan (Sandoz), od lipca 2006 Symglic (SymPhar), od sierpnia 2006 Avaron (Bioton) i Glemid (Egis)

i od grudnia 2006 Amyx (Zentiva). Na rynek nie zostały jeszcze wprowadzone, zarejestrowane wcześniej: Everyl (GlaxoSmithKline, Poznań), Glime-Gen (Generics), Glimepiride Andissa (Aventis Pharma), Glimepiride Sanwin (Aventis Pharma), Glimepiride Winthrop (Winthrop Medicaments), Glimepiride-1 A (Hexal), Glimestada (Stada), Glimepiride Stada, Meglimid (Krka) i Oltar (Berlin-Chemie).

A10BX – Inne leki obniżające poziom glukozy we krwi, z wyłączeniem insuliny

Exenatidum: Byetta (Eli Lilly) to 1. lek w tej klasie w postaci iniekcji podskórnych. Eksenatyd został wyizolowany ze śliny jadowitej jaszczurki *Heloderma suspectum*. Lek w skojarzeniu z metforminą i (lub) pochodnymi sulfonylomocznika przeznaczony jest do leczenia cukrzycy typu 2. u pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli glikemii w przypadku stosowania maksymalnych tolerowanych dawek doustnych leków przeciwcukrzycowych. Eksenatyd wykazuje szereg właściwości hipoglikemizujących glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1). Wykazano w warunkach *in vitro*, że eksenatyd wiąże się z receptorem ludzkiego GLP-1 i aktywuje go. Eksenatyd zwiększa wydzielanie insuliny przez komórki beta trzustki w sposób zależny od poziomu glukozy. Kiedy stężenie glukozy zmniejsza się, wydzielanie insuliny jest hamowane. Eksenatyd hamuje wydzielanie glukagonu, które w cukrzycy typu 2. jest zwiększone w sposób nieprawidłowy. Niższe stężenie glukagonu powoduje zmniejszenie uwalniania glukozy przez wątrobę. Eksenatyd hamuje opróżnianie żołądka i w ten sposób wpływa na zmniejszenie szybkości,

► z jaką glukoza pochodząca z pokarmu przenika do krwiobiegu.

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C08 – Blokery kanału wapniowego; **C08** – Selektywne blokery kanału wapniowego z głównym działaniem na naczynia krwionośne; **C08CA** – Pochodne dihydropirydyny

Felodipinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; **C09A/C09AA** – Inhibitory ACE, leki proste

Fosinoprilum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

C09B – Inhibitory ACE, leki złożone; **C09BA** – Inhibitory ACE i diuretyki

Ramiprilum+Hydrochlorothiazidum: Vivace Plus (Actavis) w 2 dawkach jest 4. zarejestrowanym lekiem o podanym składzie. Na rynku znajdują się Ramicor Comb (Ranbaxy) i Tritace Comb (Aventis Pharma). Nie zostały jeszcze wprowadzone zarejestrowane w marcu 2006 r. 2 dawki preparatu Ampril (Krka): Ampril HD i Ampril HL.

C10 – Leki wpływające na stężenie lipidów; **C10A** – Leki wpływające na stężenie lipidów, leki proste; **C10AB** – Fibraty

Fenofibratum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

G – UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G04 – Leki urologiczne; **G04C** – Leki stosowane w łagodnym przerście gruczołu krokowego; **G04CA** – Antagoniści receptorów α -adrenergicznych

Alfuzosinum: **Alfustad** (Stada) o przedłużonym uwalnianiu w dawce 5 mg to druga zarejestrowana dawka tego leku – dawkę 10 mg zarejestrowano we wrześniu 2006. Na rynku

znajduje się lek oryginalny Dalfaz, Dalfaz SR i Dalfaz Uno (Sanofi-Synthelabo) oraz od grudnia 2006 AlfuLek (Lek, Stryków). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży, zarejestrowane w roku 2006, preparaty: AlfuHexal (Hexal Polska) i Cezin (Farmacom).

Tamsulosinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

G04CB – Inhibitory 5 α -reduktazy testosteronu

Finasteridum: **Aprost** (Polfarmex) to 11. zarejestrowany preparat zawierający finasteryd. Na rynku jest obecnych 7 leków: Finaride (Hexal Polska), Penester (Zentiva), Proscar (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), od stycznia 2006 Zasterid (Gedeon Richter), od maja 2006 Lifin (Farmacom), od czerwca 2006 Ambulase (Grünenthal) i od lipca 2006 Finaster (Lekam). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Androstatin 1 mg (Lekam), Finasteride-1 A (1 A Pharma) i Fincar (Cipla).

J – LEKI PRZECIWIWZAKAŹNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

J05 – Leki przeciwwirusowe działające ogólnie; **J05A** – Bezpośrednio działające leki przeciwwirusowe; **J05AE** – Inhibitory proteazy

Atazanavirum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

J06 – Surowice odpornościowe i immunoglobuliny; **J06B** – Immunoglobuliny; **J06BA** – Immunoglobuliny ludzkie (nieswoiste)

Immunoglobulinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

J07 – Szczepionki; **J07B** – Szczepionki wirusowe; **J07BM** – Szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego; **J07BM01** – Szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 6, 11, 16, 18]

Papillomavirus vaccinum (6, 11, 16, 18) → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – Leki przeciwnowotworowe; **L01X** – Inne leki przeciwnowotworowe; **L01XE** – Inhibitory kinazy białkowej

Dasatinibum: **Sprycel** (Bristol-Myers Squibb) został zarejestrowany jako lek sierocy, 6. w tej klasie. Lek wskazany jest do leczenia dorosłych w przewlekłej fazie, w fazie akceleracji lub w fazie przelomu blastycznego przewlekłej białaczki szpikowej (ang. Chronic Myeloid Leukemia – CML), w przypadku oporności lub nietolerancji wcześniejszej terapii zawierającej metanosulfonian imatynibu. Jest także wskazany do leczenia dorosłych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ang. Acute Lymphoblastic Leukemia – ALL) z chromosomem Philadelphia (Ph+) oraz z limfoblastyczną postacią przelomu blastycznego CML, w przypadku oporności lub nietolerancji wcześniejszej terapii. Dazatynib hamuje aktywność kinazy BCR-ABL oraz rodziny kinaz SRC, równocześnie hamuje też inne kinazy onkogenne, w tym c-KIT, kinazy receptora efryny (EPH) oraz receptora PDGF β . Dazatynib jest silnym inhibitorem kinazy BCR-ABL, działającym w zakresie stężeń 0,6-0,8 nM. Łączy się zarówno z nieaktywną, jak i aktywną postacią enzymu BCR-ABL.

W tej samej klasie zarejestrowano wcześniej w UE: imatynib – Glivec (Novartis) od listopada 2001, erlotynib – Tarceva (Roche) od września 2005 oraz sunitynib – Sutent (Pfizer) i sorafenib – Nexavar (Bayer) od lipca 2006. Ponadto w USA zarejestrowany jest gefitynib – Iressa (AstraZeneca).

L02 – Leki hormonalne; **L02B** – Antagoniści hormonów i leki o zbliżonym działaniu; **L02BB** – Antyandrogeny

Flutamidum: **Flutamide Neopharm** to obecnie 6. zarejestrowany preparat flutamidu. W sprzedaży znajdują się 4 leki: Apo-Flutam (Apotex), Flutamid (Anpharm), Fugerel (Schering-Plough) i Prostandril (Pliva Kraków). Nie został jeszcze

wprowadzony Andraxan (Medicom), zarejestrowany w grudniu 2002.

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

M01 – Leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; M01A – Niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; M01AC – Oksykamy

Meloxicamum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

M02/M02A – Leki stosowane miejscowo w bólach stawów i mięśni; M02AA – Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania miejscowego

Ketoprofenum: Prontomeg (Medagro International) w postaci 10% płynu do natryskiwania na skórę to pierwszy zarejestrowany preparat w tej dawce. Na rynku znajduje się Ketospray aerozol 5% (Medicom) oraz 6 żeli 2,5%: Fastum (Menarini), Ketonal (Lek, Stryków), Ketoprom (GlaxoSmithKline, Poznań), Ketopronil (Unia; do grudnia 2003 pod nazwą Ketoprofen), Profenid (Aventis Pharma; lek oryginalny) i Ultrafastin (Medana Pharma Terpol Group; do kwietnia 2006 pod nazwą Febrofen). Nie zostały dotychczas wprowadzone: Ketonal krem 5% (Lek) i Ketores żel 2,5% (ICN Polfa Rzeszów).

M05 – Leki stosowane w chorobach kości; M05B – Leki wpływające na strukturę i mineralizację kości; M05BA – Bifosfoniany

Acidum pamidronicum: Pamidstad (Stada) to 7. zarejestrowany lek zawierający pamidronian sodowy. Na rynku znajdują się cztery preparaty: Aredia (Novartis; lek oryginalny), Pamifos (Vipharm), Pamitor (Torrex) i od października 2006 Pamisol (Mayne). Nie zostały jeszcze wprowadzone, zarejestrowane: w lutym 2006 Pamidronat-Ratiopharm i w kwietniu 2006 Pamidronat Medac.

N – UKŁAD NERWOWY

N02 – Leki przeciwbólowe; N02B – Inne leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe; N02BE – Anilidy

Paracetamolum: Paralen Sus (Zentiva) w postaci zawiesiny doustnej w dawce 120 mg/5 ml to 19. marka paracetamolu dopuszczona obecnie do obrotu w Polsce. Na rynek zostały wprowadzone preparaty o różnych drogach podania (doustnie, doodbytniczo i w iniekcjach), jednodawkowe i wielodawkowe: Acenol i Acenol forte (Galena), Apap (US Pharmacia, Wrocław), Benuron (Bene), Calpol, Calpol bez cukru i Codipar (GlaxoSmithKline, Poznań), Efferalgan (Bristol-Myers Squibb), Etoran (Polpharma), Grip-postad (Stada), Panadol, Panadol dla dzieci i Panadol Rapid (GlaxoSmithKline), Paracetamol Rubital (Gemi), Perfalgan inj. (Bristol-Myers Squibb), Tazamol (Polfa Tarchomin) oraz preparaty o nazwie międzynarodowej Paracetamol wytwarzane przez wielu producentów (Aflofarm, Biofarm, Chance, Farmina, Farmjug, Filofarm, Galena, Hasco-Lek, Herbapol Wrocław, Marcmed-Pączkowski, Ozone, Polfa Łódź, Polfarmex, Polpharma). Natomiast nie pojawiły się dotychczas: Amipar (Amilek), Antidol P (Lek, Stryków), Efferalgan forte i Efferalgan Odis (Bristol-Myers Squibb), Gemipar (Gemi), Hascopar (Hasco-Lek), Paracetamol o smaku malinowym i o smaku truskawkowym (Unia) oraz Plicet syrop 120 mg/5 ml (Pliva Kraków). Spośród doustnych preparatów wielodawkowych o dawce 120 mg/5 ml w sprzedaży znalazło się 5 leków: Calpol bez cukru, zawiesina (GlaxoSmithKline, Poznań), Panadol dla dzieci, zawiesina (GlaxoSmithKline), Paracetamol, zawiesina (Hasco-Lek), Paracetamol, syrop (Galena) i Paracetamol, zawiesina (Aflofarm).

N06 – Psychoanaleptyki; N06A – Leki przeciwdepresyjne; N06AB – Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny

Citalopramum: Citalec (Zentiva) to rejestracja w ramach unijnej procedury wzajemnego uznania, która zastępuje wcześniejszą rejestrację preparatu Cimax w procedurze narodowej. Na rynku jest obecnych siedem leków: Aurex (Hexal), Cilon (Sandoz), Cipramil (Lundbeck; lek oryginalny), Cital (Biovena Pharma), ▶



XIV
Ogólnopolskie
Spotkanie
Aptekarzy

Jurata
24-26 maja 2007

23 punkty
edukacyjne

Solidna porcja wiedzy,
znakomici wykładowcy,
miła atmosfera,
profesjonalna obsługa,
ciekawe imprezy
towarzyszące

ORGANIZATOR
INTERSERVIS
BIURO TARGÓW Sp. z o.o.

PL 90-537 Łódź, ul. Stefanowskiego 24,
tel. 0-42 637 12 15, fax 0-42 639 79 80
e-mail: barbara.urban@interservis.pl

www.interservis.pl

Citaratio (Ratiopharm) i wprowadzone w maju 2006 Citaxin (Pliva Kraków) oraz Opropram (Actavis). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Citabax (Ranbaxy), Citalopram Egis, Citalopram-Ratiopharm, Citalostad (Stada), Pram (Gerot) i Starcitin 10 mg (Pliva Kraków).

Paroxetine → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

N06AX – Inne leki przeciwdepresyjne

Mianserinum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

Venlafaxinum: Velafax XL (Farmacom) w 2 dawkach o przedłużonym uwalnianiu to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanego wcześniej preparatu Velafax w 2

dawkach o standardowym uwalnianiu. W obrocie znajdują się: Efectin i Efectin ER o przedłużonym uwalnianiu (Wyeth), Velafax (Farmacom) i od grudnia 2006 Velaxin (Egis) oraz Venlectine (ICN Polfa Rzeszów). Nie został jeszcze wprowadzony Venlax (Polfa Pabianice), zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004 r.

R – UKŁAD ODDECHOWY

R01 – Preparaty stosowane do nosa; **R01A** – Środki zmniejszające przekrwienie i inne preparaty stosowane miejscowo do nosa; **R01AX** – Inne preparaty do nosa

Dexpanthenolum: Otrivin Saline (Novartis Consumer Health) to łagodzący aerozol do nosa, zawierający deksprantenol z dodatkiem soli morskiej. Firma Novartis wprowadzi-

ła już do sprzedaży jako wyrób medyczny preparat Otrivin ExtraCare o podobnym składzie i zastosowaniu.

R03 – Leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych; **R03A** – Agoniści receptorów adrenergicznych do inhalacji; **R03AC** – Selektyni agoniści receptorów β_2 -adrenergicznych

Formoterolum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

Opracowanie:
dr n. farm. Jarosław Filipek
Kierownik Działu Informacji
o Produktach
Administrator Farmaceutycznej
Bazy Danych
BAZYL IMS Poland
Warszawa, 2007-01-23

NOWOŚCI NA RYNKU

W listopadzie 2006 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 12 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A02BC	Pantoprazolum	Anesteloc	Farmacom	PL 09.2006
C08CA	Felodipinum	FeloHexal	Hexal	PL 09.2005
C09AA	Fosinoprilum	Monopril	Bristol-Myers Squibb	PL 12.2003
C10AB	Fenofibratum	Fenardin	Schwarz Pharma, Łomianki	PL 06.2006 Fenogal 267 Lidose, zm. 08.2006 Fenardin
G04CA	Tamsulosinum	Omsal	Gedeon Richter	PL 04.2006
J05AE	Atazanavirum	Reyataz	Bristol-Myers Squibb	UE 03.2004
J06BA	Immunoglobulinum	Kiovig	Baxter	UE 01.2006
J07BM01	Papillomavirus vaccinum (6, 11, 16, 18)	Silgard	Merck Sharp & Dohme	UE 09.2006
M01AC	Meloxicamum	MeloxiLek	Lek, Stryków	PL 02.2006 MeloxiHexal, zm. 10.2006 MeloxiLek
N06AB	Paroxetine	Xetanor	Actavis	PL 02.2006
N06AX	Mianserinum	Deprexolet	Polfa Pabianice	PL 04.2004
R03AC	Formoterolum	Forastmin	Schwarz Pharma, Łomianki	PL 07.2006 Formaxa, zm. 08.2006 Forastmin

Opieka farmaceutyczna w Polsce staje się faktem

Opieka farmaceutyczna, bardzo modne ostatnio hasło, wykorzystywane bywa często, jednak nie zawsze zgodnie z definicją.

Pojawiają się na naszym rynku kierowane do farmaceutów pod ręczniki, które jedynie w tytule mówią o opiece farmaceutycznej, a w treści trudno doszukać się choćby jednego elementu odpowiadającego temu terminowi. Jesteśmy świadkami coraz większej liczby kursów, organizowanych w ramach szkoleń ciągłych dla farmaceutów, które jedynie w swej nazwie odnoszą się do opieki farmaceutycznej. Farmaceuci mają do wyboru cały szereg szkoleń z opieki farmaceutycznej najczęściej dotyczących nadciśnienia czy cukrzycy albo kursów na temat opieki farmaceutycznej w aptece szpitalnej czy ogólnodostępnej. Niestety z przykrością stwierdzam, że przeważająca liczba tych kursów nie ma nic wspólnego z opieką farmaceutyczną, a przekazywane w czasie tych szkoleń treści dotyczą wyłącznie farmakologii, mechanizmów działania czy też interakcji produktów leczniczych stosowanych przez pacjentów odwiedzających apteki. Jest to swego rodzaju nauka o sposobie doradzania w aptece pacjentowi przez farmaceutę. A doradztwo to tylko jeden drobny element ogromnie złożonego procesu, jakim jest opieka farmaceutyczna.

Mam nadzieję, że wkrótce opieka farmaceutyczna w Polsce, w każdym jej zakątku, kojarzona będzie z właściwymi jej działaniami, prowadzonymi na rzecz pacjentów przez odpowiednio w tym celu przeszkolonych farmaceutów.

Podstawą tych oczekiwań jest przyjęty jednomyślnie przez Naczelną Radę Aptekarską w Warszawie, 24 stycznia 2007 r. dokument zatytułowany „**Strategia Wdrażania**

Opieki Farmaceutycznej do Praktyki Aptecznej w Polsce”. Opracowania strategii dokonał zespół ekspertów powołany wspólnie przez NRA i PTFarm.

We wstępie do dokumentu autorzy w następujący sposób uzasadniają konieczność opracowania strategii: *„Polska jest krajem, w którym usługi farmaceutyczne od lat kojarzą się z wysokim poziomem wiedzy, fachowości i kompetencji aptekarzy. Jednak Polska potrzebuje nowoczesnego świadczenia usług farmaceutycznych, gotowych spełnić wyzwania XXI wieku, które farmaceuci mimo wielu obecnych problemów związanych z funkcjonowaniem aptek winni i mogą zaoferować swoim pacjentom w przyszłości jeszcze lepszą opiekę.*

Przedstawiana Strategia (...) opiera się na aktualnych i potencjalnych możliwościach farmaceutów polskich z uwzględnieniem doświadczeń innych krajów. Jest to podstawowa przesłanka, dla której została nakreślona Strategia Opieki Farmaceutycznej w Polsce. (...)

Upowszechnianie wiedzy o opiece farmaceutycznej i strategii jej wdrażania w Polsce powinno realizować się kilkoma równoległymi drogami, między innymi poprzez publikację monograficzną przygotowanej strategii w formie swoistego Vademecum opieki farmaceutycznej a także publikację poszczególnych części strategii tj. filozofii, wytycznych, strategii wdrażania, słownika pojęć. Również ważny jest przekaz bezpośredni na szkoleniach, spotkaniach i zebraniach z udziałem farmaceutów. Powodzenie realizacji nakreślonej strategii w decydującym stopniu zależy od zaangażowania się całego środowiska farmaceutycznego”.

Warto zaznaczyć, że prezentowany dokument to pierwsze w Polsce tak ważne z punktu widzenia zawodu farmaceuty opracowanie. Od momentu opublikowania dokumentu w Biuletynie NRA opieka farmaceutyczna w Polsce winna być kojarzona ze szczególnego rodzaju misją zawodową działań ukierunkowanych przede wszystkim na pacjentów. Ważnym punktem strategii jest bez wątpienia definicja opieki farmaceutycznej w Polsce, która brzmi następująco;

Opieka farmaceutyczna jest dokumentowanym procesem, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby, z innymi zawodami medycznymi, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów, poprawiających jakość życia pacjenta.

Zasadnicze zadania farmaceuty w opiece farmaceutycznej to:

- rozpoznawanie rzeczywistych lub potencjalnych problemów lekowych,
- rozwiązywanie rzeczywistych problemów lekowych,
- zapobieganie, by problemy potencjalne nie przekształciły się w problemy rzeczywiste.

Opieka farmaceutyczna jest ściśle związana z Dobrą Praktyką Apteczną, narzucając nadzór nad przepisaniem leczeniem farmakologicznym, zakładając odpowiedzialność farmaceuty w stosunku do leczenia i jego wyników, a wreszcie wprowadzając mechanizmy profesjonalnej interwencji w celu identyfikacji, oceny i korygowania problemów lekowych z uwzględnieniem pełnej doku- ▶

- mentacji podjętych decyzji, przeprowadzonych działań i ich efektów.

Zgodnie z zaleceniami WHO, realizując wynikające z powyższej definicji zadania, przy uwzględnieniu wysokich kwalifikacji zawodowych farmaceutów, należy dążyć do osiągnięcia pewności, że:

1. przepisanie produktu leczniczego jest właściwe;
2. przepisany produkt leczniczy jest właściwy;
3. właściwy jest zalecany sposób stosowania, dawkowania i okres podawania produktu leczniczego;
4. każdy pacjent może otrzymać potrzebny mu produkt leczniczy;
5. informacja, jaką uzyskuje pacjent, jest dla niego właściwa i zrozumiała;
6. dokonywana jest ocena aktywności zawodowej.

Ponadto farmaceuci prowadzący opiekę farmaceutyczną w szerszym niż zazwyczaj zakresie powinni podejmować działania mające na celu:

- a. kierowanie pacjentów z nieleczonymi i nieujawnionymi schorzeniami na konsultacje medyczne;
- b. wczesne wykrywanie chorób i udział w wybranych badaniach przesiewowych, szczególnie dotyczących chorób przewlekłych stanowiących problem społeczny (nadciśnienie, cukrzyca, uzależnienia i itp.).

Po długim okresie teorii przychodzi czas na praktyczną realizację koncepcji opieki farmaceutycznej w Polsce. Oczywiście wiele jeszcze zadań jest do wykonania. Spoczywają one, zdaniem autorów Strategii, zarówno na NRA, Okręgowych Radach Aptekarskich ale przede wszystkim na samych farmaceutach, bez zaangażowania których trudno będzie cokolwiek uczynić. Dobrze się stało, że taki dokument powstał. Jest niezmiernie ważne, aby władze samorządu aptekarskiego umiały go we właściwy sposób wykorzystać, tak by nie pozostał on wyłącznie w sferze teorii. Jest nadzieja, że wszystko pójdzie w dobrym kierunku.

NRA zaakceptowała znak graficzny opieki farmaceutycznej, który przedstawia rysunek poniżej. ■

dr n. farm. Tadeusz Bąbelek



Etyka to nauka dynamiczna

Dobrze się dzieje, że aptekarze i farmaceuci podejmują debatę na temat nowelizacji Kodeksu Etyki w celu przypomnienia tak ważnych pojęć jak: sumienie, normy etyczne, cnoty i wady, którego celem jest pomoc społeczeństwu.

Sprawy etyki lekarskiej są bardzo stare. Już Hipokrates w V wieku p. Chr. Określał dobro chorego jako najwyższy cel, umieszczając to prawo w przysiędze lekarskiej. Majmonides, lekarz i filozof z XII w., w ułożonej przez siebie modlitwie mówił m.in. „...*Nie dopuść, by chęć zysku lub poszukiwanie sławy wpływały na wykonanie mego zawodu, albowiem wrogowie prawdy i miłości do ludzi mogliby otumanić mnie i odwieść mnie daleko od wspianalego obowiązku czynienia dobrze dzieciom Twoim...*”

Kiedyś Sokrates, zwany ojcem etyki, czynił problemy moralne przedmiotem rozmów, a nie wykładów, a swoją rolę przyrównywał do roli akuszerki. Jak ona bowiem pomaga matce urodzić dziecko, tak on pomagał swemu rozmówcy „urodzić” jego prawdziwą wiedzę na temat dobra i zła, wydobyć ją spod pokładów wiedzy pozornej, fałszywej.

Mam świadomość, że wprowadzana nowelizacja Kodeksu Etyki Aptekarza-Farmaceuty rodzi się w bólach. Potrzebuje dobrych opracowań, aby mogła rodzić zdrowie. Ale mam również świadomość tego faktu, że społeczeństwo nasze, w tym również służba zdrowia, nie zostały należycie przygotowane do etycznego wykonywania zawodu. Trzeba pamiętać, że etyka to nauka dynamiczna, żywa, że etyka musi reagować na postępy w nauce, w życiu społecznym, na problemy nowe, które dotąd nie istniały.

Każdy postęp społeczny, każda reforma toczyć się będzie w ciężkiej walce. Ten postęp musi wpływać także na rozwijanie nowych form, rozwiązań i nowych wskazań w kodeksie etyki aptekarskiej. Zmiany ustrojowe, reforma służby zdrowia dla kodeksów etyki w ogóle, a aptekarskiej w szczególności, mają zasadniczy wpływ.

Moralność i etyka wiąże się z godnością osoby ludzkiej i sumieniem człowieka. Nie wszystko, co da się w życiu uzasadnić ekonomicznie i społecznie, znajduje swój pozytywny walor na gruncie etyki. W dobie prywatyzacji coraz częściej rywalizują ze sobą firmy. Obserwujemy naganne postawy i działania w zakresie ustalania cen, promocji, reklamy, w zakresie zabiegania o pacjenta. Nowelizacja Kodeksu, a szczególnie opieka farmaceutyczna, przyczynić się powinna do tego, aby apteki przestały być postrzegane jako placówki handlowe, a zawód aptekarski był uznany jako zawód (a raczej powołanie) zaufania publicznego.

Ks. Józef Jachimczak CM
Krajowy Duszpasterz Służby Zdrowia

Warszawa, luty 2007



STRATEGIA WDRAŻANIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE

Opracowanie zatytułowane „Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce” zostało przygotowane przez Zespół powołany w wyniku realizacji zapisów umowy o współpracy zawartej w dniu 3 lutego 2005 r. w Warszawie pomiędzy Naczelną Izbą Aptekarską i Polskim Towarzystwem Farmaceutycznym. Zapisy umowy były podstawą utworzenia przez te organizacje m.in. wspólnego Zespołu koordynującego działania związane z wprowadzeniem opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej. Naczelna Rada Aptekarska swoich reprezentantów wchodzących w skład Zespołu oficjalnie powołała uchwałą NRA nr IV/37/2005 w dniu 23 lutego 2005 r.

Praca koncepcyjna Zespołu wspierana była równoległe prowadzonymi konferencjami szkoleniowymi i stanowiącymi warsztaty pilotażowe prowadzonego przez Zespół projektu, które dostarczały danych zaczerpniętych bezpośrednio z praktyki. Warsztaty stanowiły podstawę weryfikacji koncepcji budowania strategii. Potwierdziły również wielkie zapotrzebowanie środowiska aptekarskiego na wprowadzenie do praktyki aptecznej nowej usługi – świadczenia opieki farmaceutycznej, która w znaczący sposób podnosi rangę naszego zawodu. W ten sposób z zakresu podstaw opieki farmaceutycznej przeszkolono już ok. pięciuset zainteresowanych farmaceutów z całego kraju.

Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej, na wniosek Zespołu, postanowiło, że „wszystkie działania samorządu aptekarskiego dotyczące opieki farmaceutycznej, rozumianej, jako proces, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych efektów poprawiających lub utrzymujących jakość życia pacjenta”, oznaczane będą jednolitym znakiem graficznym – logo zaproponowanym przez Zespół. Równocześnie postanowienie Prezydium NRA nr IV/11/2006 z dnia 10 maja 2006 r. zobowiązuje Prezesa NRA do podjęcia działań zmierzających do nabycia praw autorskich oraz zarejestrowania znaku opieki farmaceutycznej w celu uzyskania ochrony prawnej.

Naczelna Rada Aptekarska czyni także starania, aby zakres wiedzy teoretycznej, dotyczący zagadnień z obszaru opieki farmaceutycznej znalazł się w ramowym programie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. W tym celu NRA zaproponowała wprowadzenie zmian w projekcie nowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 25 czerwca 2003 r. Uzgodnienia trwają.

Wyniki dwuletniej pracy Zespołu NIA-PTFarm zostały zaprezentowane podczas posiedzenia Naczelnej Rady Aptekarskiej w dniu 24 stycznia 2007 r. i przyjęte przez aklamację.

Zespół, w prezentowanym opracowaniu, wyznaczył kierunki niezbędnych działań, które należy podjąć przy realizacji strategii, zaproponował i przyporządkował podział zadań do wykonania różnym poziomom organizacji samorządowej oraz podkreślił wagę instytucji naukowych w procesie budowania zaplecza szkoleniowego dla wdrażania strategii.

Słuszność przyjętej strategii zweryfikują działania praktyczne, będące przedmiotem zaplanowanego monitoringu, co pozwoli na dalsze doskonalenie przedstawionych w niniejszym opracowaniu idei.

Joanna T. Marczak
redaktor prowadzący

STRATEGIA WDRAŻANIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE

Opracowanie zostało przygotowane przez zespół autorów w składzie : dr Tadeusz Bąbelek, prof. dr hab. Jerzy Brandys, prof. dr hab. Edmund Grześkowiak, dr Jerzy Łazowski, mgr Joanna Marczak, dr Teresa Olczyk - Andryszek, dr Agnieszka Skowron, prof. dr hab. Wiesława Stożkowska.

Wprowadzenie

Codziennie 2 miliony ludzi w Polsce odwiedza apteki ogólnodostępne w poszukiwaniu leku lub porady dotyczącej jego stosowania.

Mamy w Polsce 20 tysięcy farmaceutów pracujących w około 14 tysiącach aptek ogólnodostępnych i szpitalnych. Zawód aptekarza odgrywa znaczącą rolę w życiu każdego człowieka. Z usług i pomocy aptekarzy korzystają bez wyjątku wszyscy ludzie: matki z małymi dziećmi, młodzież, osoby w podeszłym wieku i przede wszystkim ludzie chorzy. Współpracując z lekarzami farmaceuci doradzają im, jak w najlepszy sposób wykorzystać właściwości danego produktu leczniczego, jak nie dopuścić do interakcji między lekami, bądź jaka postać leku byłaby najbardziej właściwa dla danego pacjenta.

Polska jest krajem, w którym usługi farmaceutyczne od lat kojarzy się z wysokim poziomem wiedzy, fachowości i kompetencji aptekarzy. Jednak Polska potrzebuje nowoczesnego świadczenia usług farmaceutycznych gotowych spełnić wyzwania XXI wieku. Farmaceuci, mimo wielu obecnych problemów związanych z funkcjonowaniem aptek, winni i mogą zaferować swoim pacjentom w przyszłości jeszcze lepszą opiekę.

Przedstawiana *Strategia Wdrażania Opieki Farmaceutycznej do Codziennej Praktyki Aptecznej* opiera się na aktualnych i potencjalnych możliwościach farmaceutów polskich z uwzględnieniem doświadczeń innych krajów. Jest to podstawowa przesłanka, dla której została nakreślona *Strategia Opieki Farmaceutycznej w Polsce*.

Upowszechnianie wiedzy o opiece farmaceutycznej i strategii jej wdrażania w Polsce powinno realizować się kilkoma równoległymi drogami, między innymi poprzez publikację monograficzną przygotowanej strategii w formie swoistego Vademecum opieki farmaceutycznej, a także publikację poszczególnych części strategii tj. filozofii, wytycznych, strategii wdrażania, słownika pojęć. Również ważny jest przekaz bezpośredni na szkoleniach, spotkaniach i zebraniach z udziałem farmaceutów. Powodzenie realizacji nakreślonej strategii w decydującym stopniu zależy od zaangażowania się całego środowiska farmaceutycznego.

Zespół autorów

Spis treści

1. Filozofia opieki farmaceutycznej
 - 1.1. Geneza
 - 1.2. Definicja
 - 1.3. Cele planu strategicznego opieki farmaceutycznej
 - 1.4. Ogólne zasady planu strategicznego opieki farmaceutycznej
 - 1.5. Podsumowanie
2. Wytyczne opieki farmaceutycznej
 - 2.1. Wytyczne opieki farmaceutycznej w Polsce

- 2.2. Zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i ocena dotychczas prowadzonej farmakoterapii
- 2.3. Opracowanie i przygotowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej
- 2.4. Monitorowanie i kontrolowanie planu opieki farmaceutycznej
- 2.5. Dokumentacja opieki farmaceutycznej
3. Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej w Polsce
 - 3.1. Rola Naczelnej Rady Aptekarskiej i Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w opiece farmaceutycznej
 - 3.2. Rola Okręgowych Izb Aptekarskich we wdrażaniu opieki farmaceutycznej
 - 3.3. Plan wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej
 - 3.4. Szkolenie w zakresie opieki farmaceutycznej
 - 3.5. Wdrażanie opieki farmaceutycznej
 - 3.6. Certyfikacja w opiece farmaceutycznej
 - 3.7. Monitorowanie opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej
 - 3.8. Załączniki
 - Załącznik nr 1: Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej w Polsce
 - Załącznik nr 2: System szkoleń w zakresie opieki farmaceutycznej
 - Załącznik nr 3: Logo Opieki Farmaceutycznej w Polsce
 - Załącznik nr 4: Słownik pojęć związanych z opieką farmaceutyczną
4. Literatura przedmiotu

...zaspokojenie potrzeb społecznych w zakresie właściwej, skutecznej, bezpiecznej i dogodnej dla pacjenta farmakoterapii jest podstawowym paradygmatem filozofii opieki farmaceutycznej...

1. FILOZOFIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

1.1. Geneza

W drugiej połowie XX wieku w zawodzie farmaceutycznym zaszły istotne zmiany. Aptekarstwo, które jeszcze przed 50 laty kojarzyło się przede wszystkim z wytwarzaniem leków, w wyniku przejęcia tego zadania przez przemysł farmaceutyczny, stanęło wobec konieczności określenia dalszych swoich losów. Ukształtowana od lat rola zawodowa farmaceutów, polegająca na przygotowywaniu i wydawaniu leków, uległa istotnej transformacji. Na dokonanie się tej ewolucji miało wpływ szereg czynników:

1. Rozwój nowych praktyk produkcji przemysłowej leków;
2. Większy dostęp pacjentów do leków wydawanych bez zlecenia lekarza i jednoczesny wzrost wiedzy pacjentów o problemach zdrowotnych objawiający się zwiększonym poziomem samoleczenia;
3. Zmiana filozofii zawodu, w której podstawowym elementem zainteresowania farmaceuty staje się człowiek (pacjent) i jego potrzeby związane ze stosowaniem produktów leczniczych (leków), a nie sam produkt leczniczy;
4. Szersze uczestnictwo farmaceutów w systemie opieki zdrowotnej wynikające ze społecznego charakteru zawodu;
5. Farmaceuci - aptekarze to najbliżsi pacjentom wysokiej klasy fachowcy w zakresie produktów leczniczych;
6. Potrzeba monitorowania bezpieczeństwa i skuteczności stosowanej farmakoterapii oraz skutki nieprawidłowego stosowania leków.

Zdając sobie sprawę z konieczności radykalnego zreformowania zawodu, farmaceuci podjęli na przełomie lat 80 i 90 XX wieku działania zmierzające do przywrócenia roli i znaczenia farmacji, jako zawodu. Szczególną uwagę zwrócono na rolę farmaceutów we współczesnych systemach opieki zdrowotnej i w społeczeństwie oraz na konieczność nowego ukierunkowania usług farmaceutycznych, z położeniem nacisku na potrzeby indywidualnego pacjenta. Aktywność zawodowa aptekarzy uległa stopniowej transformacji, obejmując coraz szerszy obszar działań związanych ze stosowaniem przez pacjentów produktów leczniczych. Zgodnie z powyższym farmaceuci zaczęli w ramach opieki zdrowotnej oferować społeczeństwu pakiet usług zgodnych z opracowanymi procedurami standardowymi, uwzględniającymi również okresowo i systematycznie prowadzone oceny stopnia zgodności aktualnego postępowania z tymi procedurami wraz z rejestracją i dokumentacją wykonywanych czynności. Doświadczenia wielu krajów wykazały, że przy takim podejściu tradycyjna rola, polegająca na wydawaniu produktów leczniczych osiąga lepsze efekty przy jednocześnie znaczącej poprawie wzajemnych relacji z pacjentem i pozostałymi zawodami medycznymi – szczególnie z lekarzami. Tę nową rolę cechują szczególne metody postępowania takie, jak konsultacje, doradztwo farmaceutyczne, badanie poziomu wskaźników biochemicznych, pomiar ciśnienia krwi, masy ciała itp. Oferta taka jest korzystniejsza dla pacjenta dzięki wprowadzaniu dodatkowych wartości do samego produktu farmakologicznego i toruje drogę dla personalizowanych usług farmakoterapeutycznych, stanowiących cel, tak z punktu widzenia zawodowego, jak i całości opieki zdrowotnej.

W kontekście opieki farmaceutycznej można wyróżnić szereg konkretnych celów działania:

1. Wydawanie produktów leczniczych:
 - a. wydawanie produktów leczniczych i/lub wyrobów medycznych w optymalnych warunkach i zgodnie z obowiązującym prawem,
 - b. wykrywanie i rozwiązywanie rzeczywistych i potencjalnych problemów lekowych.
2. Konsultacje i poradnictwo farmaceutyczne:
 - a. instruowanie pacjenta w zakresie optymalnego rozwiązywania jego problemów zdrowotnych wraz z wyborem najbardziej odpowiedniego produktu leczniczego, jeżeli to możliwe,
 - b. rozstrzyganie wątpliwości, jakie pojawiają się u pacjenta lub uzupełnianie niedoborów informacji, stwierdzanych przez farmaceutę,
 - c. ochrona pacjenta przed problemami lekowymi,
 - d. ocena sytuacji, czy dany problem zdrowotny jest konsekwencją jakiegoś problemu lekowego.
3. Ocena i monitorowanie farmakoterapii:
 - a. dążenie do uzyskania maksymalnej efektywności leczenia farmakologicznego,
 - b. minimalizacja zagrożeń, związanych ze stosowaniem produktu leczniczego, przyczyniająca się do zwiększonego bezpieczeństwa farmakoterapii,
 - c. racjonalizacja stosowania produktów leczniczych, stanowiących zasadnicze narzędzie terapeutyczne,
 - d. polepszenie jakości życia pacjenta.

Dla osiągnięcia tych celów farmaceuta winien – w niektórych przypadkach – modyfikować, a w innych koordynować proces farmakoterapii analizując zastosowane w nim metody i środki, co wymaga ustawicznego szkolenia i zasadniczego wsparcia ze strony samorządu aptekarskiego, ośrodków i towa-

rzystw naukowych, zarówno w odniesieniu do zdefiniowania modelu opieki farmaceutycznej, jak i wypracowania profesjonalnych narzędzi postępowania (standardów postępowania, baz danych, publikacji, itd.). Tę szeroką i zróżnicowaną perspektywę w usługach farmaceutycznych można urealnić opracowując plan strategiczny wdrożenia opieki farmaceutycznej w skali ogólnokrajowej, prowadzonej pod kierunkiem Zespołu do Spraw Wdrażania Opieki Farmaceutycznej do Praktyki Aptecznej powołanego przez Naczelną Radę Aptekarską i Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne. Takie podejście do sprawy stanowi odpowiedź na propozycję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), przedstawioną w roku 1985, stwierdzającą, że: *racjonalne stosowanie produktów leczniczych oznacza ich przyjmowanie w odpowiednich dla potrzeb klinicznych pacjenta dawkach, przystosowanych do indywidualnych wymagań i w okresie, uwarunkowanym potrzebami klinicznymi, wszystko to przy możliwie najniższych kosztach dla pacjentów i dla społeczeństwa (WHO, Nairobi, 1985).*

1.2. Definicja

Wiele publikacji i projektów badawczych powołujących się lub mających w tytule opiekę farmaceutyczną wykorzystuje to określenie, jako modne pojęcie dla opisu problemów związanych z dotychczasową praktyką aptekarską, niewiele mających wspólnego z oryginalną koncepcją Ch. Heplera i L. Strand". W ramach podjętych działań zespół określił podstawową definicję opieki farmaceutycznej i innych działań podejmowanych w ramach tego procesu. Kolejnym krokiem jest wpisanie tej definicji do obowiązującego w Polsce prawa farmaceutycznego.

Definicja opieki farmaceutycznej w Polsce opracowana przez Zespół jest następująca:

Opieka farmaceutyczna jest dokumentowanym procesem, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z innymi zawodami medycznymi, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta.

Zasadnicze zadania farmaceuty w opiece farmaceutycznej to:

- ***rozpoznawanie rzeczywistych lub potencjalnych problemów lekowych,***
- ***rozwiązywanie rzeczywistych problemów lekowych,***
- ***zapobieganie, by problemy potencjalne nie przekształciły się w problemy rzeczywiste.***

Opieka farmaceutyczna jest ściśle związana z Dobrą Praktyką Apteczną, narzucając nadzór nad przepisaniem leczeniem farmakologicznym, zakładając odpowiedzialność farmaceuty w stosunku do leczenia i jego wyników, a wreszcie wprowadzając mechanizmy profesjonalnej interwencji w celu identyfikacji, oceny i korygowania problemów lekowych z uwzględnieniem pełnej dokumentacji podjętych decyzji, przeprowadzonych działań i uzyskanych efektów.

Zgodnie z zaleceniami WHO, realizując wynikające z powyższej definicji zadania, przy uwzględnieniu wysokich kwalifikacji zawodowych farmaceutów, należy dążyć do osiągnięcia pewności, że:

1. przepisanie produktu leczniczego jest właściwe;
2. przepisany produkt leczniczy jest właściwy;
3. właściwy jest zalecany sposób stosowania, dawkowania i okres podawania produktu leczniczego;
4. każdy pacjent może otrzymać potrzebny mu produkt leczniczy;

5. informacja, jaką uzyskuje pacjent jest dla niego właściwa i zrozumiała;

6. dokonywana jest ocena aktywności zawodowej.

Ponadto, farmaceuci prowadzący opiekę farmaceutyczną w szerszym niż zazwyczaj zakresie, powinni podejmować działania mające na celu:

- a. kierowanie pacjentów z nieleczonymi i nieujawnionymi schorzeniami na konsultacje medyczne;
- b. wczesne wykrywanie chorób i udział w wybranych badaniach przesiewowych, szczególnie dotyczących chorób przewlekłych stanowiących problem społeczny (nadciśnienie, cukrzyca, uzależnienia i itp.)

1.3. Cele planu strategicznego opieki farmaceutycznej

Cele planu strategicznego opieki farmaceutycznej określają i obejmują realizację następujących zagadnień:

1. W osobistym/indywidualnym kontekście, zwiększone i głębsze zaangażowanie się każdego farmaceuty w proces racjonalnego stosowania produktów leczniczych poprzez odpowiedzialną praktykę ich wydawania oraz właściwe podejście do problemów zdrowotnych indywidualnego pacjenta.
2. W zbiorowym kontekście zawodowym oferowanie społeczeństwu i władzom administracyjnym jednorodnego i znormalizowanego modelu aktywności zawodowej, w którym wszyscy farmaceuci przyjmują jednakowe metody w realizowanej indywidualnie działalności zawodowej.
3. W zbiorowym kontekście opieki zdrowotnej, ustanowienie interdyscyplinarnego zespołu, nadzorującego realizację zasad postulowanych przez WHO i inne międzynarodowe organizacje opieki zdrowotnej. Stała aktualizacja opieki farmaceutycznej umożliwiająca dostęp do istotnych zasobów oraz korzystanie z nich, np.: Internet, czy medyczne bazy danych.

Ogromnie ważnym elementem opieki farmaceutycznej jest analiza i ocena oraz możliwość dalszego wykorzystania danych z praktycznej realizacji, oparta o jednorodność serii identycznych klasyfikacji i systemów kodowania na poziomie ogólnokrajowym.

1.4. Ogólne zasady planu strategicznego opieki farmaceutycznej

Opiekę farmaceutyczną powinny oferować wszystkie apteki na terenie Polski. Uniwersalny charakter planu strategicznego opieki farmaceutycznej jest fundamentalnym założeniem umożliwiającym włączenie się do niego każdego farmaceuty, który wyrazi taką chęć.

Struktura planu strategicznego pozwala na stosowanie różnych poziomów uczestnictwa:

1. identyfikacja problemów lekowych,
2. monitoring farmakoterapeutyczny, rejestracja wykrytych problemów lekowych i ich rozwiązywanie,
3. wdrażanie określonych procedur farmaceutycznych w odniesieniu do wybranych chorób,
4. wdrażanie i doskonalenie zasad opieki farmaceutycznej.

1.5. Podsumowanie

Opieka farmaceutyczna powinna być zapewniana dobrowolnie, zgodnie z jednolitą metodologią i strukturą opracowaną przez Zespół. Jednakże idea całego przedsięwzięcia polega na zainteresowaniu nim wszystkich farmaceutów, włączając ich do działań, spełniających społeczne zapotrzebowanie na aktywną pomoc i fachową konsultację specjalisty od produktów leczniczych.

2. WYTYCZNE OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

2.1. Wytyczne opieki farmaceutycznej w Polsce

Opieka farmaceutyczna przynosi wymierne korzyści i pozytywne efekty. Powinna być wskazana, jako jedna z usług farmaceutycznych finansowanych przez społeczeństwo. Dla zagwarantowania stałej jakości usługi świadczonej przez wielu farmaceutów pracujących w różnych warunkach i środowiskach, niezbędne jest określenie zasad i standardów dotyczących prowadzenia opieki farmaceutycznej. Ponadto stworzenie tych standardów ułatwi farmaceutom prowadzenie opieki i wypracowanie wskaźników pozwalających na obiektywną ocenę skuteczności tego procesu. Tylko skuteczne i udokumentowane działania dają farmaceutom szansę na zaakceptowanie opieki farmaceutycznej zarówno przez pacjentów, jak i inne zawody medyczne.

Zaproponowane wytyczne uwzględniają światowe opracowania stowarzyszeń i organizacji farmaceutycznych i dostosowują je do możliwości polskich aptek.

Zgodnie z przyjętą definicją opieka farmaceutyczna jest procesem na który składają się:

- zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz dotychczas prowadzonej farmakoterapii wraz z oceną tych danych, której celem jest zidentyfikowanie występujących u pacjenta problemów lekowych,
- opracowanie planu opieki, określającego sposoby rozwiązania zidentyfikowanych problemów lekowych i uzyskania celów leczenia wraz z określeniem sposobu monitorowania realizacji tego planu i harmonogramu kontynuacji opieki,
- systematyczne ocenianie uzyskiwanych efektów i dokumentowanie wszystkich decyzji i działań związanych z realizacją wspomnianego powyżej planu.

Dla każdego z tych etapów wskazano standardy i zasady, których przestrzeganie daje gwarancję prawidłowego przebiegu procesu opieki farmaceutycznej i uzyskania dzięki temu korzyści zdrowotnych, zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i społeczeństwa.

2.2. Zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i ocena dotychczas prowadzonej farmakoterapii

Zbieranie tych danych winno opierać się na kilku podstawowych przesłankach:

Należy przede wszystkim założyć, że sam pacjent jest odpowiedzialny za stan własnego zdrowia, a farmaceuta ma obowiązek go wspierać, zawsze wykorzystując w tym celu swoją najlepszą wiedzę i wszystkie dostępne narzędzia.

Opieka farmaceutyczna polega na współpracy farmaceuty z pacjentem i członkami zespołu medycznego, w którym wszyscy mają równe prawa podejmowania decyzji terapeutycznych zgodnie ze swoją wiedzą i kompetencjami.

Podstawowym zadaniem farmaceuty jest nawiązanie *kontaktu z pacjentem*, w którym wzajemne relacje opierają się na:

- wiedzy i kompetencji farmaceuty;
- zachowaniu w tajemnicy wszelkich informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- empatii i asertywności.

W ramach współpracy pacjent zgadza się na przekazywanie informacji dotyczących swego stanu zdrowia, postępowania zgodnego z zaleceniami terapeutycznymi zawartymi w planie opieki farmaceutycznej.

Relacje z innymi członkami zespołu medycznego muszą być oparte na wzajemnej akceptacji, kompetencji, odpowiedzialności oraz asertywności.

Wszelkie kontakty z pacjentem powinny mieć miejsce w warunkach sprzyjających budowaniu właściwych relacji. Miejsce to powinno zapewniać:

- **dyskreję**, dzięki oddzieleniu od innych pomieszczeń i wyciszeniu (pacjent musi mieć pewność, że nikt postronny i nieupoważniony nie będzie przysłuchiwał się jego rozmowie z farmaceutą);
- **wygodę**, dzięki wyposażeniu w krzesła i stół (warto uwzględnić możliwość udziału w rozmowie także innych osób, np.: opiekuna lub współmałżonka);
- **szybki dostęp do źródeł informacji o lekach** (podręczniki, książki, czasopisma, bazy danych), ułatwi to udzielanie na bieżąco odpowiedzi na pytania ze strony pacjenta;
- **komunikację** (należy uwzględnić możliwość kontaktu w obecności pacjenta, np.: z lekarzem, opiekunem pacjenta), niezbędny jest komputer z dostępem do internetu i telefon;
- **możliwość zapisywania, przekazywania i zbierania danych** – wyposażenie w komputer z drukarką ułatwi nie tylko przygotowanie i przekazanie pacjentowi informacji, ale także zapisanie informacji uzyskanych od pacjenta;
- **możliwość prowadzenia praktycznej edukacji**, dzięki wyposażeniu w sprzęt medyczny i akcesoria wykorzystywane przez pacjenta (np. inhalatory, ciśnieniomierze, glukometry, pikfometry, dozowniki, nakłuwacze i in.) oraz inne materiały edukacyjne (np. modele przestrzenne, schematy rysunkowe, instrukcje, tablice, foldery, plakaty i in.);

Aby spotkanie i rozmowa z pacjentem dały oczekiwane rezultaty farmaceuta winien:

- odpowiednio przygotować się do spotkania poprzez: opracowanie planu spotkania, zebranie materiałów edukacyjnych i informacyjnych dla pacjenta, przygotowanie sprzętu medycznego i testów diagnostycznych, jeśli są konieczne (ciśnieniomierz, glukometr, nakłuwacz i in.);
- przewidzieć odpowiednią rezerwę czasową na spotkanie, co pozwoli na wyjaśnienie wszelkich wątpliwości i problemów oraz upewnienie się, że pacjent zrozumiał przekazane instrukcje i informacje.

2.3. Opracowanie i przygotowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej

Plan opieki obejmuje wskazanie celów terapeutycznych oraz opis proponowanych metod interwencji, które posłużą osiągnięciu określonych celów.

Wskazane do realizacji przez pacjenta cele terapeutyczne powinny:

- uwzględniać potrzeby lekowe pacjenta;
- uzasadniać stosowanie poszczególnych leków;
- być możliwe do osiągnięcia przez pacjenta;
- być możliwe do zmierzenia przy pomocy parametrów klinicznych lub laboratoryjnych;
- uzyskać akceptację pacjenta i opiekującego się nim zespołu;
- określać ramy czasowe osiągnięcia założonych celów leczenia.

Metody służące osiągnięciu celów terapeutycznych i realizacji planu opieki farmaceutycznej winny polegać przede wszystkim na:

- edukacji pacjenta;
- skierowaniu na dodatkowe konsultacje (lekarskie, dietetyczne, rehabilitacyjne, psychologiczne i inne);
- ciągle prowadzonej przez farmaceutę analizie danych dotyczących prowadzonej wobec niego farmakoterapii;
- analizie dokumentacji prowadzonej w celu wykrywania problemów lekowych;
- spotkaniach z innymi farmaceutami i członkami zespołu medycznego, w celu analizy i rozwiązywania problemów lekowych;

- systematycznie prowadzonej przez farmaceutę samoocenie skutków podejmowanych decyzji i zalecanych działań.

W planie opieki określić należy ramy czasowe (harmonogram) poszczególnych planowanych działań, w tym: częstość zalecanych laboratoryjnych badań diagnostycznych oraz badań prowadzonych w ramach samokontroli (pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar stężenia glukozy i inne).

Przygotowując plan opieki uwzględnić należy: charakter i stan emocjonalny pacjenta oraz inne czynniki socjo-psychologiczne (środowisko pacjenta, nastawienie do choroby, świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie), jego możliwości finansowe oraz kompleksowość i adekwatność stosowanej terapii.

Podejmowane interwencje powinny być:

- odpowiednie ze względu na kondycję pacjenta, jego potrzeby i problemy lekowe;
- możliwie najlepsze spośród dostępnych alternatyw;
- uzgadniane i akceptowane przez pacjenta lub jego opiekunów i członków zespołu medycznego, jeżeli tego wymaga sytuacja;

W procesie edukacji pacjenta uwzględnić należy:

- patofizjologię choroby, w tym czynniki ryzyka, mechanizm powstawania choroby objawy, które jej towarzyszą, skutki nieleczenia i leczenia nieprawidłowego;
- przygotowanie i przekazanie indywidualnych informacji o stosowanych przez pacjenta lekach;
- zalecenia dotyczące stylu życia: aktywność fizyczna, właściwy sposób odżywiania się, niekorzystne efekty zdrowotne nałogów i używek (alkohol, tytoń, kawa i in.);
- udzielenie informacji na temat samodzielnego monitorowania stanu zdrowia (np. pomiary ciśnienia tętniczego, stężenia glukozy czy szczytowego przepływu wydechowego) wraz z ewentualnym zademonstrowaniem prawidłowego stosowania narzędzi służących temu monitorowaniu.

2.4. Monitorowanie i kontynuacja planu opieki farmaceutycznej

Wszystkie obiektywne i subiektywne parametry stanu zdrowia powinny być regularnie poddawane ocenie, w celu upewnienia się, że założone cele terapeutyczne są osiągnięte.

Przyjęty plan powinien być monitorowany, okresowo analizowany i oceniany, w celu jego modyfikacji lub zastosowania nowych procedur.

Wszyscy członkowie zespołu sprawującego opiekę powinni być na bieżąco informowani o postępach w realizacji planu badawczego, jeśli istnieje taka potrzeba.

Na bieżąco powinna być prowadzona ocena stosowania się pacjenta i członków zespołu medycznego do wdrożonego planu.

Farmaceuta ocenia aktualnie uzyskane efekty farmakoterapii uzyskane przez pacjenta i postęp w kierunku uzyskania ustalonych celów farmakoterapii, określa, czy występują jakieś problemy związane z bezpieczeństwem i zdyscyplinowaniem oraz czy wystąpiły nowe problemy lekowe.

5.5 Dokumentacja opieki farmaceutycznej

Niezbędnym elementem procesu opieki farmaceutycznej jest dokumentacja. W gromadzeniu danych należy wykorzystywać odpowiednie dla danego pacjenta i jego problemów zdrowotnych techniki i źródła informacji.

Dokumentacja dotycząca pacjenta musi zawierać dane:

- demograficzne, adresowe i kontaktowe pacjenta (co najmniej: wiek, płeć, wykształcenie, zawód miejsce zamieszkania, telefony kontaktowe);

- na temat stanu zaawansowania choroby zasadniczej, chorób współistniejących i podjętego leczenia (dane lekarzy leczących, dotychczasowy przebieg leczenia, pobyty w szpitalach, sanatoriach i inne, jeżeli mają one znaczenie w przypadku danego pacjenta);
- o wynikach aktualnych badań diagnostycznych;
- o wszystkich lekach zażywanych aktualnie i w przeszłości przez pacjenta oraz istotnych ostrzeżenia (np.: o alergiach);
- o innych stosowanych metodach leczenia (np.: medycyna niekonwencjonalna);
- o stylu życia (użytki, nałogi, aktywność fizyczna, sposób odżywiania się itp.);
- innej informacji, które mogą mieć istotny wpływ na leczenie (np.: możliwości finansowe pacjenta, rodzaj ubezpieczenia).

W procesie dokumentowania opieki farmaceutycznej należy:

- opisywać wykrywane problemy lekowe rzeczywiste i potencjalne oraz zastosowane metody ich rozwiązania;
- zapisywać zmiany w parametrach stanu zdrowia, które służą ocenie postępu choroby (pomiar ciśnienia tętniczego, stężenia glukozy i inne);
- opisywać zakładane cele terapeutyczne;
- opisywać plan opieki farmaceutycznej, w tym rodzaj planowanych interwencji;
- opisywać prowadzone działania edukacyjne;

W zbieraniu danych należy wykorzystać wszystkie możliwe źródła informacji, w tym dokumentację medyczną pacjenta (np.: karty leczenia szpitalnego, czy ambulatoryjnego), zapisy udostępniane przez ubezpieczyciela (np.: w Polsce w ramach systemu RUM).

Dokumentacja pacjenta musi być przechowywana w sposób zapewniający ochronę danych pacjenta i zachowanie tajemnicy.

Proces dokumentacji opieki farmaceutycznej powinien:

- opierać się o ujednolicone i w pełni zrozumiałe standardy i nazewnictwo (słownik pojęć obowiązujących w opiece farmaceutycznej, jednolite formularze, jednolity program komputerowy, centralna baza danych itd.);
- umożliwiać szybką edycję i przeglądanie wcześniej wprowadzonych danych;
- gwarantować bezpieczeństwo systemu przed utratą lub zmianą wcześniej wprowadzonych danych;
- zapewniać ochronę danych dotyczących pacjenta i prowadzonego procesu opieki farmaceutycznej przed dostępem osób niepowołanych;
- umożliwiać chronologiczne uzupełnianie i aktualizację danych;
- opierać się na przejrzystości wprowadzanych informacji;
- zapewniać anonimowość zebranych danych.

3. STRATEGIA WDRAŻANIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ DO PRAKTYKI APTECZNEJ W POLSCE

3.1. Rola Naczelnej Rady Aptekarskiej i Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w opiece farmaceutycznej

Funkcja lidera w wdrażaniu opieki farmaceutycznej należy z natury rzeczy do samorządów – Naczelnej Rady Aptekarskiej (NRA) i stowarzyszeń naukowych – Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (PTFarm), których podstawowym obowiązkiem jest dbanie o stały rozwój zawodu. Stąd zadaniem tych organizacji jest opracowanie zasad zapewniania opieki

farmaceutycznej w Polsce i dalsza praca nad jej rozpropagowaniem i praktycznym jej wdrażaniem w całym kraju. Dlatego zgodnie z zaleceniami NRA i Zarządu Głównego PTFarm, które dostrzegły potrzebę jej wprowadzenia, przeprowadzono szereg spotkań roboczych przedstawicieli obu tych organizacji. Wynikiem tych spotkań było powołanie Zespołu do Spraw Wdrażania Opieki Farmaceutycznej, zwanego dalej Zespołem. Zespół zdefiniował główne idee, które po odpowiednim opracowaniu zostały włączone do planu strategicznego.

W celu zapewnienia maksymalnej jednorodności stosowanych metod i analiz uzyskiwanych wyników zaproponowano, aby realizacja planu strategicznego opieki farmaceutycznej, szczególnie w pierwszych latach, była koordynowana i nadzorowana przez Zespół. Dodatkowo Zespół zajmować się będzie takimi ważnymi sprawami, jak:

- a. podjęciem działań zmierzających do prawnego usankcjonowania opieki farmaceutycznej, jako jednego z najważniejszych kierunków praktyki zawodowej farmaceutów pracujących w aptekach;
- b. nawiązaniem kontaktu z instytucjami ubezpieczeniowymi, stowarzyszeniami lekarskimi i organizacjami pacjentów i uświadomieniem im korzyści wynikających z ich udziału we wszystkich przedsięwzięciach związanych z opieką farmaceutyczną;
- c. podjęciem działań mających na celu wynagradzanie farmaceutów za usługi związane z opieką farmaceutyczną tak, jak o tym mówią dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia i Rady Europy, i jak ma to miejsce w wielu innych państwach, np.: Australii, Hiszpanii, Kanadzie, Niemczech, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii;
- d. zainicjowaniem wspólnie z wydziałami farmaceutycznymi zmian w kształceniu przeddyplomowym, polegających na wprowadzeniu do programów studiów przedmiotu „Opieka farmaceutyczna”, zgodnie z wytycznymi Europejskiego Stowarzyszenia Wydziałów Farmaceutycznych,
- e. opracowaniem programów ciągłego szkolenia w opiece farmaceutycznej, ze szczególnym uwzględnieniem zajęć praktycznych doskonalących rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów, a także pogłębianie umiejętności dotyczących porozumiewania się z pacjentami, lekarzami i innymi uczestnikami procesu farmakoterapii;
- f. przygotowaniem odpowiedniej kadry wykładowców oraz opracowaniem szeroko dostępnych materiałów szkoleniowych;
- g. zaproponowaniem wdrożenia konkretnych programów opieki farmaceutycznej i zorganizowaniem pilotażowych grup aptek realizujących te programy;
- h. przygotowaniem zasad akredytacji i certyfikacji aptek i farmaceutów realizujących opiekę farmaceutyczną,
- i. opracowaniem metod, zasad i narzędzi dokumentacji wszelkich działań związanych z opieką farmaceutyczną.

Działania NRA i PTFarm promujące, popularyzujące i upowszechniające opiekę farmaceutyczną według opracowanego planu strategicznego winny opierać się na założeniu umożliwiającym włączenie się do działań w tym zakresie maksymalnej liczby farmaceutów na zasadach pełnej dobrowolności.

Opieka farmaceutyczna powinna być promowana poprzez następujące działania uzupełniające:

1. Określenie pojęcia opieki farmaceutycznej w celu zapewnienia maksymalnej integracji farmaceutów w ramach niniejszego projektu;
2. Opracowanie modelu prostej funkcjonalnej struktury opieki farmaceutycznej, uwzględniającej minimalne założenia dla

większości farmaceutów, a przeznaczonej dla utworzenia złożonej struktury dla wymiany podstawowej informacji w odniesieniu do wybranych grup terapeutycznych i/lub patologii chorobowych;

3. Gromadzenie i analiza danych na temat postępu we wdrażaniu opieki farmaceutycznej w ujęciu ogólnopolskim, udostępnianie opracowań szerszemu ogółowi i ewentualna prezentacja korzyści.

Uznano, że sprawozdawczość i dokumentowanie prowadzonych działań zawodowych są kluczowe dla opieki farmaceutycznej, przy czym działania w tym zakresie powinny unikać przenikania się i nakładania na praktykę lekarską, stanowiąc jedynie jej uzupełnienie bez wprowadzania działań konfliktogennych między zawodami medycznymi.

Zespół zakłada, że NRA i PTFarm., w oparciu o realizację celów szkoleniowych i wykonawczych odnoszących się do opieki farmaceutycznej, podejmą stosowne działania, które zapewnią realizację opracowanej przez Zespół strategii i umożliwią przeprowadzenie szkoleń, wzajemny przekaz informacji i dobrą komunikację poprzez:

1. wprowadzenie opieki farmaceutycznej do programu studiów na wydziałach farmaceutycznych;
2. zainicjowanie ogólnopolskich programów szkolenia ciągłego;
3. opracowanie programów kursów monograficznych;
4. utworzenie różnych form wymiany doświadczeń i informacji: cyklicznych sympozjów i konferencji naukowych;
5. ustanowienie (i administrowanie) portalu internetowego;
6. redagowanie i wydawanie czasopisma poświęconego opiece farmaceutycznej.

Uznano za zasadne wprowadzenie jednolitych zasad certyfikowania aptek i farmaceutów w zakresie ich działań związanych z opieką farmaceutyczną. Mając na uwadze stwierdzone i udowodnione ogromne korzyści społeczne NRA i PTFarm będą aktywnie działać w celu wdrażania planu strategicznego opieki farmaceutycznej. Działania te obejmować będą następujące obszary:

1. Przygotowanie odpowiedniej infrastruktury zawodowej;
2. Opieka farmaceutyczna w aptekach winna odbywać się przy wykorzystaniu zintegrowanych komputerowych programów wspomagania opieki farmaceutycznej, opartych na wspólnych, porównywalnych i umożliwiających wymianę danych modułach, a także z właściwym profesjonalnym ich przystosowaniem do nowych technologii i systemów informatycznych takich, jak internet. W tym kontekście niezbędne jest wsparcie w postaci portalu internetowego dla planu strategicznego opieki farmaceutycznej, służącego wymianie informacji generowanych przez farmaceutów czynnie realizujących zadania opieki farmaceutycznej;
3. Odpowiednią bazę danych produktów leczniczych poszerzoną o niezbędne informacje wymagane dla prawidłowego przebiegu procesu opieki farmaceutycznej (np: interakcje lek – lek, lek – pokarm, lek – test diagnostyczny) kodyfikację chorób, objawów, etiologii, itp.;
4. Ogólnokrajowy plan szkolenia ciągłego.

3.2. Rola okręgowych izb aptekarskich we wdrażaniu opieki farmaceutycznej

Okręgowe izby aptekarskie powinny stać się kluczowym ogniwem we wdrażaniu opieki farmaceutycznej. Izby okręgowe powinny stanowić przebieżnik wszelkich informacji i elementów integrujących całe środowisko osób zaangażowanych w opiekę farmaceutyczną.

Zadania okręgowych izb aptekarskich obejmują:

Wybór koordynatora ds. opieki farmaceutycznej

- Osoba ta będzie pośrednikiem w kontaktach z Naczelną Radą Aptekarską i będzie odpowiedzialna za przekazywanie elementów planu odnoszących się do zdefiniowanych działań, motywowanie farmaceutów i koordynację podejmowanych przez nich działań.

Adaptacja i znajomość wsparcia technicznego

- Każda OIA winna powołać zespół, spełniający wymagania i kwalifikacje techniczne do obsługi systemu komputerowego medycznej bazy danych i oprogramowania modułu opieki farmaceutycznej, udostępniając go przypisanym członkom programu.

Przeprowadzenie prezentacji multimedialnej

- Dla zapoznania się z planem strategicznym i systemem opieki farmaceutycznej, przygotowanym przez NRA i Zarząd Główny PTFarm.

Rejestracja zgłoszeń farmaceutów

- Dystrybucja planu wśród farmaceutów – członków OIA oraz rejestr zgłoszeń farmaceutów, którzy deklarują chęć aktywnego udziału.

Koordinacja działań farmaceutów uczestniczących w realizacji planu

- OIA powinny kontrolować i koordynować działania farmaceutów realizujących plan strategiczny.

Seminaria dla farmaceutów

- Celem tych seminariów jest informowanie farmaceutów, którzy zadeklarowali swój udział w ramach planu strategicznego i szkolenie w zakresie stosowania związanych z planem narzędzi (bazy danych i komputerowego programu opieki farmaceutycznej).

Kontakty z farmaceutami - członkami OIA

- Koordynator OIA będzie przyjmował/wizytował poszczególnych farmaceutów, dla ułatwienia ich działalności, będzie mógł korzystać z telefonicznego centrum konsultacyjnego przy NRA.

Przepływ danych

- OIA winny ustanowić centra gromadzenia danych od poszczególnych farmaceutów, koordynując z NRA ich przesyłanie i analizy.

Ocena

- Z poziomu OIA winny być dokonywane przez koordynatora oceny działań farmaceutów uczestniczących w programie opieki farmaceutycznej.

3.3. Plan wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej

Plan wprowadzenia opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej przedstawiono na rysunku w załączniku nr 1. Uznano, że opracowywana strategia będzie przebiegała dwufazowo. Pierwszą, jest faza konceptualizacji, którą zapoczątkowało powołanie Zespołu d/s Opieki Farmaceutycznej. Praca Zespołu dotycząca celu, planu i struktury opieki farmaceutycznej stanowi praktyczną realizację tej fazy, a przygotowywana strategia będzie zakończeniem pierwszej i zarazem najważniejszej części.

Druga faza obejmuje cztery następujące etapy;

- szkolenie,
- wdrażanie,
- certyfikację,
- monitorowanie.

3.4. Szkolenie w zakresie opieki farmaceutycznej

W strategii opieki farmaceutycznej, gdzie kolejne etapy następują po sobie, kluczowym ogniwem drugiej fazy jest **system szkoleń opieki farmaceutycznej (SZOF)**. System ten składa się z trzech kolejno po sobie następujących typów szkoleń:

1. Podstawy Opieki Farmaceutycznej (POF)

2. Specjalistyczne szkolenia z Opieki Farmaceutycznej (SOF)

3. Konferencje (szkoleniowe - tematyczne) na temat Opieki Farmaceutycznej (KOF)

Całość systemu ilustruje schemat w załączniku nr 2. Założeniem proponowanego systemu szkoleń jest to, aby **POF były bezwzględny punkt wyjścia dla szkoleń, które przygotowują aptekarzy w ramach SOF do wykonywania opieki farmaceutycznej nad chorymi z różnymi problemami zdrowotnymi i lekowymi**. Lista proponowanych szkoleń specjalistycznych (SOF) nie jest zamknięta, jednak każda następna propozycja musi być przygotowana do realizacji zarówno od strony programowej, jak i dydaktycznej. W szczególności ważne są dostępne pomoce naukowe i profesjonalna kadra wykładowców. Proponowane szkolenia **POF** i wstępne propozycje **SOF** opierają się na wydawnictwach istniejącej Biblioteki Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego” i referencyjnych ośrodkach szkolących, które współpracować będą z systemem monitorowania. Do realizacji **POF** należy włączyć NIA, OIA oraz Wydziały Farmaceutyczne (w zakresie szkolenia przed i podyplomowego), PTFarm oraz inne zainteresowane stowarzyszenia naukowe i zawodowe farmaceutów, aby w krótkim czasie ujednoczyć zakres i poziom wiedzy o opiece farmaceutycznej (**POF**) ujednoczyć, upowszechnić i dać tym samym aptekarzom możliwość wyboru dalszego kształcenia w ramach systemu szkoleń specjalistycznych (**SOF** – zał. 2). Z kolei **KOF** jest etapem edukacji, który pozwoli na wymianę doświadczeń, doskonalenie działań praktycznych w wykonywaniu zadań opieki farmaceutycznej i warunkuje certyfikację aptek i aptekarzy do roli specjalizujących się w opiece farmaceutycznej. Proponuje się, aby ukończenie cyklu szkoleń było udokumentowane certyfikatem „specjalista w opiece farmaceutycznej”.

Przewodnikiem metodycznym systemu szkoleń (SZOF) może być kwartalnik „Opieka farmaceutyczna” ukazujący się w „Czasopiśmie Aptekarskim”, jak również inne czasopismo farmaceutyczne o ogólnopolskim zasięgu oddziaływania np. wydawany przez NRA „Aptekarz Polski”. Proponowany system szkoleń opieki farmaceutycznej (SZOF) ma stanowić swą Akademią Opieki Farmaceutycznej, w której chodzi o to, aby było korzystnie, tanio i ciekawie. Jak to przedstawiono na schemacie, **ukończenie cyklu szkolenia SZOF (POF + SOF + KOF) może, w zależności od stopnia uczestnictwa, zaspokoić wymagania punktowe 5 letniego cyklu szkoleń ciągłych**. System szkoleń uwzględnia sprawdzony w swej efektywności w krajach europejskich model kształcenia praktyczno - uniwersyteckiego.

3.5. Wdrażanie opieki farmaceutycznej

Wspólne działania całego środowiska farmaceutycznego w kierunku wdrażania opieki farmaceutycznej są podstawowe

wym warunkiem skuteczności tego procesu. Indywidualny farmaceuta-aptekarz podejmujący samodzielną próbę wdrażania opieki farmaceutycznej napotykać będzie na trudności i przeszkody, których nie byłby w stanie pokonać sam i które szybko zniechęciłyby go do całej koncepcji. Ponadto pojedynczy aptekarz skazany byłby na działanie w swego rodzaju próżni bez jakiegokolwiek, poza wiedzą teoretyczną zaczerpniętą z piśmiennictwa, wsparcia merytorycznego i metodycznego. Wdrożenie opieki farmaceutycznej w pojedynczej aptece jest bardzo trudne. Konieczna jest strategia ogólnokrajowa.

Wdrażanie opieki farmaceutycznej w Polsce dodatkowo utrudnia brak podstaw prawnych do jej prowadzenia. Ponadto wiele osób piszących lub mówiących o opiece farmaceutycznej nie zawsze ma dostateczną wiedzę o tym, czym ona jest i o tym, jakie obowiązki i zakres odpowiedzialności nakłada na farmaceutę jej filozofia.

Wdrażanie opieki farmaceutycznej obejmuje szereg działań, z których najważniejsze to:

1. Wprowadzenie koncepcji opieki farmaceutycznej do statutowych celów samorządu aptekarskiego (NRA i izb okręgowych) i PTFarm;
2. Ustanowienie odpowiednich wytycznych, standardów i definicji związanych z opieką farmaceutyczną;
3. Dążenie do stworzenia prawnych warunków prowadzenia opieki farmaceutycznej;
4. Zachęcanie i motywowanie farmaceutów do podjęcia działań z zakresu opieki farmaceutycznej w swej praktyce zawodowej;
5. Podejmowanie działań dla reprezentowania idei opieki farmaceutycznej w możliwie wszystkich strukturach i przedsięwzięciach określających politykę zdrowotną;
6. Systematyczne współdziałanie z innymi zawodami medycznymi dla propagowania i rozwoju idei opieki farmaceutycznej;
7. Współpraca z ośrodkami naukowymi promującymi i ułatwiającymi prowadzenie badań i studiów dotyczących opieki farmaceutycznej;
8. Szerzenie informacji o opiece farmaceutycznej, jej popularyzowanie skierowane do farmaceutów, pacjentów i lekarzy drogą bezpośredniej współpracy bądź z wykorzystaniem mediów;
9. Zabieganie o uznanie dla opieki farmaceutycznej wśród firm ubezpieczeniowych – NFZ;
10. Wykazywanie w skali mikro – pojedynczy pacjent i makro – ogólnospołecznej korzyści, jakie przynosi opieka farmaceutyczna.

Samorząd zawodowy i towarzystwo naukowe winny podjąć odpowiednie działania dla wyposażenia farmaceutów w niezbędne umiejętności w zakresie opieki farmaceutycznej przez:

1. Przyjęcie filozofii opieki farmaceutycznej, jako zasadniczego elementu programów kształcenia przed i podyplomowego;
2. Stały przegląd akademickich programów kształcenia w celu zapewnienia ich zgodności z koncepcją opieki farmaceutycznej. Absolwenci wydziałów farmaceutycznych powinni umieć zapewnić pacjentom podstawową opiekę farmaceutyczną;
3. Organizowanie kursów związanych z wdrażaniem ukierunkowanej na pacjenta praktyki zawodowej, jaką jest opieka farmaceutyczna, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności porozumiewania się;
4. Rozwój odpowiednich metod nauczania działań związanych z opieką farmaceutyczną;
5. Integrację spraw związanych z kształceniem farmaceutów i studentów farmacji, medycyny i innych zawodów związanych z ochroną zdrowia oraz edukacją pacjentów;

6. Zapewnienie stażu podyplomowego, przeznaczonego na nabycie umiejętności związanych z opieką farmaceutyczną;
7. Rozwój podyplomowych programów kształcenia, przygotowujących praktyków do prac badawczych i praktycznych działań w zakresie opieki farmaceutycznej;
8. Organizowanie forów wymiany myśli i doświadczeń oraz wspomagania pracy w zakresie opieki farmaceutycznej:
 - a. Portale internetowe,
 - b. Komputerowe programy wspomagania opieki farmaceutycznej,
 - c. Konferencje i sympozja naukowe,
 - d. Fachowe podręczniki i czasopisma specjalistyczne.

Wszystkie działania i dokumenty fazy realizacji strategii, tj.: szkolenia, wdrażanie, certyfikacja i monitorowanie, oznaczane są jednakowym logo zaproponowanym w toku działań przygotowawczych w trakcie jednej z konferencji szkoleniowych i przyjętym przez Prezydium NRA, jako znak identyfikujący dla opieki farmaceutycznej w Polsce. Wizerunek logo ilustruje załącznik nr 3.

Z punktu widzenia jednolitego systemu działań ważne jest jednakowe rozumienie pojęć stosowanych i używanych w procesie wdrażania strategii. Dlatego powstała propozycja utworzenia słownika pojęć związanych z opieką farmaceutyczną (Załącznik nr 4.).

3.6. Certyfikacja w opiece farmaceutycznej

Certyfikacja obejmuje kilka niezbędnych elementów szkolenia i finalne uznawanie kwalifikacji specjalisty w opiece farmaceutycznej. Elementy procesu szkolenia, upoważniające do ubiegania się o nadanie certyfikatu, obejmują szkolenia, udokumentowane umiejętności sprawowania opieki farmaceutycznej, udokumentowane i zaprezentowane przed organem certyfikującym doświadczenie, rezultaty i wnioski z praktycznej realizacji opieki farmaceutycznej. Certyfikat, dyplom specjalista w opiece farmaceutycznej uzyskuje osoba, która spełni uznane przez komisję certyfikującą powyższe warunki. Komisja będzie organem ustanowionym przez NRA i PTFarm., które podjęły pracę nad przygotowaniem i wdrożeniem Strategii Opieki Farmaceutycznej i powołały w tym celu specjalny Zespół. Uwzględniając znajomość problemów i strategii opieki farmaceutycznej przez członków tego Zespołu mogliby oni stanowić skład podstawowy komisji certyfikującej.

Korzyści z uzyskania certyfikatu obejmują wyróżnienie, udokumentowane preferencje przy kierowaniu na staże przed i podyplomowe, promocję apteki i zjawiska opieki farmaceutycznej, satysfakcję, a w perspektywie korzyści przy negocjacjach z płatnikami refundacji produktów leczniczych, obniżenie kosztów leczenia i poprawa jakości życia pacjentów.

3.7. Monitorowanie opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej

Monitorowanie opieki farmaceutycznej powinno być prowadzone w skali mikro i makro.

Skala mikro dotyczy pacjenta, problemu i apteki (wykonuje ją apteka i przekazuje do ośrodka monitorowania, który prowadzi bazę danych – patrz. Załącznik nr 1.)

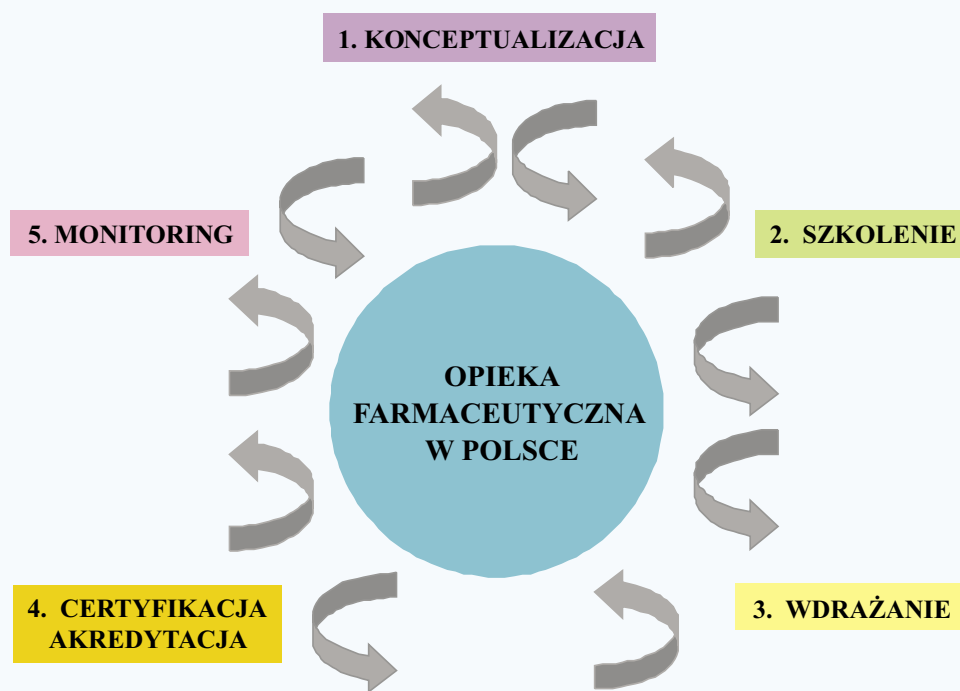
Skala makro dotyczy geografii i promocji zjawiska opieki farmaceutycznej (regionu, kraju), argumentacji i negocjacji polityki refundacyjnej i rejestracyjnej, podniesienia poziomu zdrowia publicznego oraz obniżenia kosztów leczenia. Realizacja wymienionych zadań jest procesem przewidywanym na długie lata. Monitorowanie prowadzić powinna jednostka trwała w swej strukturze, sprawna logistycznie i technicznie zapew-

niająca ciągłość kontaktów z praktyką apteczną (NRA). Zebrane drogą monitorowania informacje mogą służyć do optymalizacji i racjonalizacji polityki lekowej i zdrowotnej, a także praktyki aptecznej. Każda informacja uznana za ważną, w celu optymalizacji któregośkolwiek etapu strategii (zał. nr 1), powinna być w miarę możliwości wykorzystywana na

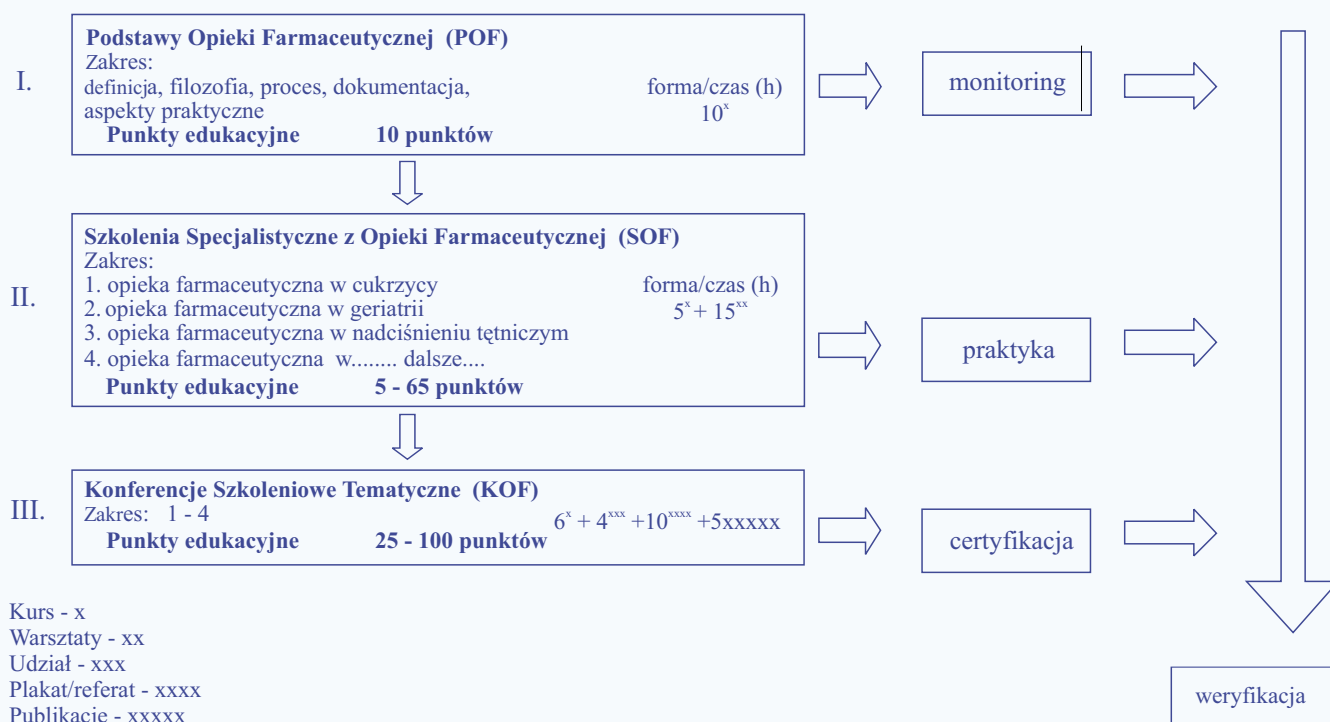
bieżąco i stanowić przesłankę do budowy kolejnych wersji strategii. Budowanie bazy danych jest procesem długofalowym. Początek jej tworzenia jest możliwy wraz z uruchomieniem procesu wdrażania strategii opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej.

3.8 Załączniki

Załącznik nr 1: **Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej w Polsce**



Załącznik nr 2: **System szkoleń w zakresie opieki farmaceutycznej**





Słownik pojęć związanych z opieką farmaceutyczną

Cel farmakoterapii.

Pożądaný efekt końcowy farmakoterapii, wyrażający się jako: zapobieżenie chorobie, wyleczenie choroby, osłabienie lub wyeliminowanie objawów obiektywnych i subiektywnych choroby, spowolnienie postępu choroby oraz normalizacja wartości parametrów laboratoryjnych. Uwzględnia parametry kliniczne (objawy obiektywne i subiektywne) i/lub wartości badań laboratoryjnych, które można zaobserwować, zmierzyć, które są realistyczne oraz mają określone ramy czasowe.

Chorobowość odlekowa

(*Drug morbidity*). Występowanie chorób szkód w zdrowiu związanych z prowadzonym procesem farmakoterapii.

Dane obiektywne.

Dane, które można zweryfikować i wyrazić liczbowo, nie mają na nie wpływu czynniki emocjonalne i ewentualne uprzedzenia i odczucia pacjenta.

Dane subiektywne.

Dane, które nie są bezpośrednio mierzalne, nie zawsze są dokładne i powtarzalne, a możliwości ich zweryfikowania są bardzo ograniczone. Pochodzą przede wszystkim od pacjenta.

Dawka (*Dosis*).

Ilość produktu leczniczego, jaka po podaniu określoną drogą jest niezbędna dla uzyskania pożądanego działania leczniczego lub profilaktycznego. Jej wielkość zależy od aktywności leczniczej produktu leczniczego, drogi podania oraz wieku i indywidualnych cech pacjenta.

Dawkowanie.

Podawanie produktu leczniczego w odpowiedniej dawce różnymi drogami.

Doświadczenie lekowe (pacjenta).

Suma wszystkich zdarzeń w życiu pacjenta związanych z procesem farmakoterapii, jego osobiste doświadczenia w stosowaniu produktów leczniczych, doświadczenia życiowe uwzględniające postawę pacjenta, jego przekonania, preferen-

cje, obawy, oczekiwania oraz zachowania związane ze stosowaniem produktów leczniczych.

Efekty farmakoterapii.

- *Rozwiązanie*: cele zostały osiągnięte, a leczenie zakończone.
- *Stabilizacja*: cele zostały osiągnięte; to samo leczenie jest kontynuowane;
- *Poprawa*: nastąpił postęp leczenia; to samo leczenie jest kontynuowane;
- *Częściowa poprawa*: odnotowano postęp w leczeniu; wymagane są niewielkie modyfikacje w terapii;
- *Brak poprawy*: nie odnotowano postępu w leczeniu pomimo jego kontynuacji;
- *Pogorszenie*: pogorszenie stanu zdrowia; leczenie zostaje odpowiednio dostosowane;
- *Niepowodzenie*: cele nie zostały osiągnięte; zostaje włączone nowe leczenie;
- *Zgon pacjenta*: pacjent zmarł w czasie stosowanej terapii farmakologicznej;
- *Inne*: pacjent wycofał się z postępowania terapeutycznego, został przeniesiony, itd.

Farmacja kliniczna.

Ukierunkowane nauczanie studentów farmacji oraz wykonywanie zawodu farmaceuty na bezpieczne i właściwe stosowanie produktu leczniczego u chorego, a tym samym położenie głównego nacisku na znaczenie produktu leczniczego dla chorego w całej złożoności tego zagadnienia, obejmującego drogę podania, postać i formułę produktu leczniczego, dawkowanie, interakcje z innymi produktami leczniczymi, żywieniem i testami diagnostycznymi.

Farmakoterapia.

Stosowanie leków w celu leczenia lub zapobiegania chorobie. Obejmuje produkt leczniczy i schemat dawkowania zalecany pacjentowi dla danego wskazania.

Kontakt terapeutyczny (*Therapeutic relationship*).

Partnerstwo lub porozumienie farmaceuty i pacjenta nawiązane w celu optymalizacji doświadczeń lekowych pacjenta. Charakteryzuje się zaufaniem, empatią, wzajemnym poszanowaniem i autentycznością.

Opieka.

Wrażliwość na potrzeby innych ludzi wyrażająca się gotowością osobistego zaangażowania się. Dobrowolne zobowiązanie się do działań na rzecz łagodzenia bezradności i cierpienia innych ludzi. Uważana za kamień węgielny kontaktu terapeutycznego i zasadniczy element filozofii opieki farmaceutycznej. Składa się z co najmniej trzech podstawowych działań, które musi wykonywać zapewniający opiekę:

- ocena potrzeb pacjenta,
- uzyskanie środków koniecznych dla zaspokojenia tych potrzeb,
- ustalenie, czy udzielona pomoc spowodowała korzystne lub niekorzystne efekty.

Opieka farmaceutyczna (*Pharmaceutical care*).

Opieka farmaceutyczna jest praktyką zawodową, w której farmaceuta jest odpowiedzialny za potrzeby pacjenta związane z produktami leczniczymi poprzez rozpoznawanie, zapobieganie i rozwiązywanie problemów związanych z produktem leczniczym w sposób ciągły, systematyczny i udokumentowany, we współpracy z samym pacjentem i innymi specjalistami opieki zdrowotnej, w celu uzyskania konkretnych efektów poprawiających jakość życia pacjenta.

Opracowanie farmakoterapii (*Pharmacotherapy workup*). Proces podejmowania racjonalnych decyzji w praktyce opieki farmaceutycznej. Wyraża się klinicznymi decyzjami farmaceutycznymi obejmującymi ocenę potrzeb lekowych pacjenta, identyfikację problemów lekowych, ustalania celów terapii, wybór działań i ocenę wyników. Jest opisem procesu myślowego, hipotez, nawiązanych kontaktów, podejmowanych decyzji i sposobów rozwiązywania problemów w opiece farmaceutycznej.

Plan opieki.

Szczegółowy opis działań i obowiązków pacjenta i farmaceuty niezbędnych dla osiągnięcia celu terapii i rozpoznania, rozwiązania lub zapobieżenia problemom lekowym, uzależniony od stanu medycznego lub wskazań dla farmakoterapii (zastosowania produktu leczniczego). Składa się następujących elementów:

- ustalenia celu/ów leczenia (terapii),
- działań farmaceuty oraz działań pacjenta mających na uwadze zrealizowanie celów,
- terapii i/lub zapobieżenie wystąpieniu problemu lekowego,
- harmonogram oceny efektów.

Potrzeby lekowe pacjenta.

Potrzeby opieki zdrowotnej pacjenta związane z procesem farmakoterapii, których zaspokojenie może zaproponować zapewniający opiekę farmaceutyczną. Są to:

- właściwe wskazania do zastosowania produktu leczniczego,
- zastosowanie możliwie najskuteczniejszego produktu leczniczego dla każdego wskazania,
- możliwie najbezpieczniejszy schemat dawkowania,
- wola i możliwość pacjenta do przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania produktu leczniczego.

Problem lekowy (*Drug related problem*).

Każde niepożądane zdarzenie doznawane przez pacjenta, które wiąże się lub może wiązać się ze stosowaniem albo niestosowaniem produktu leczniczego, które utrudnia uzyskanie zamierzonego celu procesu farmakoterapeutycznego.

Problem medyczny (*Medical problem*).

Stan chorobowy, tzn. problem spowodowany zmianami fizjologicznymi, wywołujący określony stan kliniczny.

Produkt leczniczy (lek).

Lekarstwo, surowiec farmaceutyczny lub substancja lecznicza, któremu w wyniku odpowiednich zabiegów technologicznych nadano właściwą postać, który jest stosowany lub podawany pacjentowi w odpowiednich dawkach w celach terapeutycznych, profilaktycznych lub diagnostycznych.

Przedział dawkowania.

Odstęp czasu pomiędzy podaniem kolejnych dawek produktu leczniczego. Ustalany w zależności od biologicznego okresu półtrwania produktu leczniczego i dobierany w sposób maksymalnie dogodny dla pacjenta.

Przestrzeganie (toku leczenia) (*Adherence*).

Zakres, w jakim zachowanie pacjenta pod względem przyjmowania leków, przestrzegania diety i/lub realizacji zmian w stylu życia jest zgodne z uzgodnionymi zaleceniami fachowca opieki zdrowotnej. Przestrzeganie kładzie nacisk na zmiany behawioralne niezbędne dla zrealizowania uzgodnionych zaleceń.

Schemat dawkowania.

Dawka produktu leczniczego podawana wielokrotnie i prze-

dział czasu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zapewniających uzyskanie optymalnego efektu leczenia.

Skuteczność procesu farmakoterapii.

Możliwość uzyskania pożądanego lub zamierzonego korzystnego efektu leczenia określonego pacjenta.

Umieralność odlekowa (*Drug morbidity*).

Zejścia śmiertelne związane z procesem farmakoterapii.

Wydajność produktu leczniczego.

Dowody, że produkt leczniczy może przynieść korzystne efekty leczenia w populacji pacjentów.

Zdyscyplinowanie (*Compliance*).

Zakres, w jakim zachowanie pacjenta pod względem przyjmowania leków, przestrzegania diety i realizacji zmian w stylu życia jest zbieżne z postępowaniem klinicznym. Innymi słowy jest to zgodność z zaleceniami lekarskimi.

Zgodność (*Concordance*).

Proces pomyślnego przepisania leku i jego stosowania polegający na partnerstwie między pacjentem a fachowcem opieki zdrowotnej, którego celem jest zgoda na udzielone zalecenia.

4. LITERATURA PRZEDMIOTU

1. Bąbelek T.: *Compliance, czyli jak skutecznie poprawiać efekt farmakoterapeutyczny*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-4/2005.
2. Bąbelek T.: *Wymiana informacji – niezbędny element opieki farmaceutycznej*. Opieka Farmaceutyczna nr 3/2006.
3. Berger B.A.: *Communication Skills for Pharmacists: Building Relationships, Improving Patient Care*. Am. Pharm. Assoc. Washington 2005
4. Brandys J., Jasik M., Lipski S., Łazowski J., Skowron A.: *Opieka farmaceutyczna w nadciśnieniu tętniczym. Wybrane zagadnienia dla aptekarzy*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego. Warszawa 2006.
5. Cabana H.: *Przykłady opieki farmaceutycznej w Austrii na tle Dobrej Opieki Aptecznej*. Materiały i dokumenty IX Ogólnopolskiej Konferencji Czasopisma Aptekarskiego, Czasopismo Aptekarskie, Wydanie specjalne 2005.
6. Capilla Martinez P.: *Priorytetem opieka farmaceutyczna*. Czasopismo Aptekarskie nr 10/2004.
7. Castillo Garcia B.: *Doświadczenia we wprowadzaniu do programu nauczania na wydziałach farmaceutycznych UE przedmiotu „opieka farmaceutyczna”*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/2006.
8. Cipolle R.J., Strand L.M., Morley P.C.: *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide*. McGraw Hill, New York 2004.
9. Dobrzańska-Banasik W., Tuśno M., Orszulak-Michalak D.: *Przygotowanie farmaceutów i aptek do realizacji opieki farmaceutycznej nad chorymi na cukrzycę w oparciu o wyniki badania ankietowego*. Farm. Pol. 58, 25, 2002.

10. Dobrzańska-Banasik W.: Krakutt K., Orszulak-Michalak D.: *Opieka farmaceutyczna nad chorymi na cukrzycę – stan obecny i perspektywy*. Farm. Pol. 57, 772, **2001**.
11. Dobrzańska-Banasik W., Śmigieński P., Orszulak-Michalak D.: *O potrzebie i możliwościach realizacji opieki farmaceutycznej nad chorymi na astmę oskrzelową*. Farm. Pol. 58, 774, **2002**.
12. Foppe van Mil J.W., Tromp D.: *Opieka farmaceutyczna a kształcenie farmaceutów*. Farm. Pol. 57, 1056, **2001**.
13. Foppe van Mil J.W., Tromp D.: *Opieka farmaceutyczna: jak ją wprowadzać w życie?* Farm. Pol. 57, 1068, **2001**.
14. Foppe van Mil J.W.: *Bezpieczeństwo pacjenta a opieka farmaceutyczna*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/**2006**.
15. Grześkowiak E., Wieczorkowska-Tobis K., Rajska-Neumann A.: *Opieka farmaceutyczna w geriatric, założenia i cele*. Czasopismo Aptekarskie nr 5/**2005**.
16. Grześkowiak E., Wieczorkowska-Tobis K., Rajska-Neumann A.: *Opieka farmaceutyczna w geriatric*. Opieka farmaceutyczna nr 1-4, **2005**.
17. Jabłoński T.: *Opieka farmaceutyczna w świetle obowiązujących przepisów prawa*. Farm. Pol. 58, 288, **2002**.
18. Jasik M.: *Opieka diabetologiczna. Wybrane zagadnienia z diabetologii klinicznej dla aptekarzy*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego. Warszawa **2005**.
19. Kucharczyk T., Kijewska A.: *Zakres i miejsce opieki farmaceutycznej w procesie dydaktycznym*. Farm. Pol. 56, 3044, **2000**.
20. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna*. Czasopismo Aptekarskie nr 1-5, **1994**.
21. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna*. Farm. Pol. **57**, 503, 763, **2001**; **58**, 21, 516, 770, **2002**; **59**, 156, **2003**.
22. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna*. Biuletyn NIA. Numer specjalny **2004**,
23. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna a leki OTC*. Czasopismo Aptekarskie nr 6-7, **2005**.
24. Łazowski J.: *Opieka farmaceutyczna w Europie*. Apteka Plus – Prawo i zarządzanie. Wyd. Raabe, Warszawa **2004**.
25. Łazowski J., Siewczyński J.: *Problemy farmakoterapii i opieki farmaceutycznej u ludzi w wieku podeszłym*. Farm. Pol. **59**, 1027, **2003**.
26. Łazowski J.: *Podstawy opieki farmaceutycznej*. Apteka Plus – Prawo i zarządzanie. Wyd. Raabe, Warszawa **2003**.
27. Łazowski J.: *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa 2005.
28. Łazowski J.: *Marketing opieki farmaceutycznej*. Opieka farmaceutyczna nr 1-4/**2005**.
29. Łazowski J.: *Współpraca lekarzy i aptekarzy w opiece farmaceutycznej*. Opieka Farmaceutyczna nr 4/**2006**.
30. Łazowski J.: *25 lat opieki farmaceutycznej w USA*. Opieka Farmaceutyczna nr 4/**2006**.
31. Magowska A.: *Kontraktowane usługi farmaceutyczne jako strategia opieki farmaceutycznej w Polsce*. Czasopismo Aptekarskie nr 4/**2005**.
32. Magowska A.: *Etyka w opiece farmaceutycznej*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/**2006**.
33. Meldrum H.: *Interpersonal Communication in Pharmaceutical Care*. Pharm. Prod. Press. New York **1994**.
34. Olczyk-Andryszek T., Zygałdo E., Marczak J.: *Współpraca inspekcji farmaceutycznej z aptekarzami w sprawach edukacji zdrowotnej i opieki farmaceutycznej*. Materiały na seminarium Szkoły Zdrowia Publicznego CMUJ **1995**.
35. Rovers J.P., Curie J.D., Hagel P.H. i wsp.: *A practical Guide to Pharmaceutical Care*. Wyd. 2, Am. Pharm. Assoc. Waszington **2003**.
36. Schulz M.: *Opieka farmaceutyczna w Europie. Wczoraj, dziś i jutro*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/**2006**.
37. Skowron A., Brandys J.: *Opieka farmaceutyczna dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym leczonych ambulatoryjnie*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-2/**2006**.
38. Stożkowska W.: *Opieka farmaceutyczna – wyzwanie, konieczność i szansa*. Farm. Pol. 61, 211, **2005**.
39. Stożkowska W., Wapniarska I.: *Opieka farmaceutyczna w leczeniu chorób cywilizacyjnych. Karty bazowe dla farmaceutów*. Opieka Farmaceutyczna nr 1-4/**2005**.
40. Zygałdo E.: *Komunikacja w pracy aptekarza. Wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa **2005**.

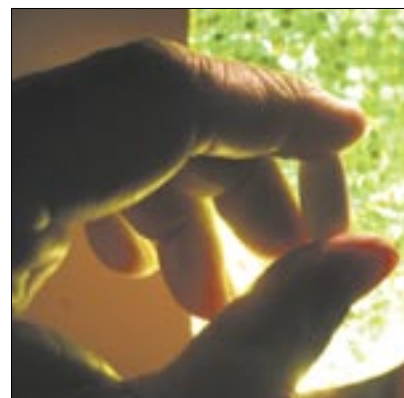
UCHWAŁY I INNE DOKUMENTY
ORGANÓW NIA
SĄ DOSTĘPNE W SIEDZIBIE IZBY PRZY UL.
DŁUGIEJ 16 W WARSZAWIE
ORAZ NA STRONIE
www.nia.org.pl

BIULETYN NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ. Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel. +48 22 635 92 85, +48 22 635 06 70, fax +48 22 887 50 32, www.nia.org.pl, e-mail: nia@nia.org.pl.
Redaktor Naczelny: mgr farm. Andrzej Wróbel; Redaktor Prowadzący: mgr farm. Joanna T. Marczak, MBA Egzemplarz bezpłatny.

Samoleczenie jako zjawisko społeczne

Konsekwencje nadużywania leków przeciwbólowych

Samoleczenie jest w Polsce ostatnio bardzo popularne. W ciągu ostatniego roku wydatki w Polsce na parafarmaceutyki wzrosły o 1/5. Ostatnia dekada to początki aktywnej i świadomej postawy pacjenta w zakresie leczenia i profilaktyki. Moda na zdrowy styl życia (zaprzestanie palenia, dieta, zażywanie preparatów witaminowych) oraz stale rosnący poziom edukacji zdrowotnej społeczeństwa sprawia, że w ostatnich latach gwałtownie wzrosło zainteresowanie preparatami o działaniu profilaktycznym oraz tzw. parafarmaceutykami.



Fot. archiwum redakcji

Wśród pacjentów obserwuje się rosnącą tendencję do podejmowania decyzji o wyborze terapii lekami dostępnymi bez recepty. Preparaty te (leki OTC – *over the counter*) stosowane są w przypadku różnych łagodnych dolegliwości. Głównie są to dolegliwości bólowe, trądzik, przeziębienie, ból gardła, zaparcia, katar sienny, zaburzenia gastryczne, trudności z zasypianiem i inne.

Pierwszym miejscem, gdzie pacjent zasięga porady w zakresie samoleczenia, jest apteka, a aptekarz jest pierwszym specjalistą, do którego pacjent się zwraca. To właśnie od aptekarza pacjent będzie oczekiwał rzetelnej i zrozumiałej informacji na temat terapii lekami bez recepty. Dlatego jest bardzo istotne, by informacji o lekach OTC udzielał wykształcony i przygotowany do tej roli personel apteki. Farmaceuci powinni odgrywać kluczową rolę w zapewnianiu pomocy, porady i informacji na temat preparatów stosowanych w samoleczeniu i okoliczności, w których konieczne jest udanie się do lekarza. Należy jednak pamiętać, że pomimo zaangażowania far-

maceutów, w przypadku samoleczenia, to pacjent podejmuje ostateczną decyzję dotyczącą zakupu leku. W związku z tym pacjent powinien mieć świadomość konieczności zapoznania się z treścią ulotki dołączonej do opakowania (ulotka powinna być jasna i zrozumiała) i przestrzegania wszystkich zaleceń w niej zawartych, ponieważ jest to podstawa dla bezpiecznej i skutecznej terapii. Fachowa informacja ma szczególne znaczenie, ponieważ coraz częściej pacjenci sięgają po preparaty OTC w przypadku dolegliwości chronicznych, a w przypadku nieskuteczności dostępnego leku postępowaniem pacjenta z wyboru nie jest konsultacja lekarska, lecz stosowanie coraz to wyższych dawek dostępnych leków. Stąd oczywistym wydaje się uświadomienie pacjentowi konsekwencji takiego postępowania. Zaznaczyć należy, że bardzo duży wpływ na decyzję pacjenta ma reklama, która zwraca jego uwagę na konkretny lek. W przeciwieństwie do ulotek, reklama nie jest dobrze przystosowana do przekazywania złożonych informacji i ogranicza się jedynie do poinformowania o wskazaniach dotyczących

stosowania. Agresywna informacja o leku powoduje, że pacjent może w aptece domagać się reklamowanego preparatu, zatem reklama powinna być rzetelną informacją o leku, nie wyolbrzymiającą jego skuteczności i nie porównującą jednego preparatu z innym. Należy uświadomić pacjenta, że reklama nie może być traktowana jako jedyne źródło informacji.

Pośród wszystkich preparatów dostępnych bez recepty najczęściej sprzedaje się preparatów przeciwbólowych, należących do grupy niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Leki tej grupy wykazują działanie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i przeciwzapalne. W ostatnich latach, pod względem ich spożycia, Polacy znajdują się na trzecim miejscu po Amerykanach i Francuzach. Stosowane są one bardzo powszechnie w samoleczeniu w przypadkach takich jak: bóle głowy, bóle zębów, bóle stawów, bóle menstruacyjne, schorzenia przebiegające ze stanem zapalnym, schorzenia reumatyczne czy przeziębienie. Do najpowszechniej stosowanych należą preparaty zawierające: kwas acetylosalicylowy, paracetamol, ibu- ▶



profen, naproksen i diclofenak. Niestety, jak wszystkie substancje chemiczne, tak i leki obarczone są działaniami niepożądanymi oraz mogą wchodzić w interakcje z innymi jednocześnie zażywanymi lekami. Działania niepożądane tych leków związane są głównie z ich niekorzystnym wpływem na przewód pokarmowy, wątrobę i nerki.

Szczególą uwagę należy zwrócić w przypadku stosowania NLPZ u dzieci, kobiet w ciąży i matek karmiących oraz u osób starszych. W przypadku tych grup pacjentów obserwujemy bowiem zmiany, zarówno na etapie wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu, jak i wydalania. Podczas leczenia noworodków, niemowląt i dzieci niezbędne jest uwzględnienie odmienności młodego organizmu. W przewodzie pokarmowym noworodka i niemowlęcia panują odmienne niż u dorosłych warunki wchłaniania różnych substancji, w tym leków. Stanowią o tym: mała powierzchnia przewodu pokarmowego, mniejsze wytwarzanie kwasu solnego, wolniejsze opróżnianie żołądka, słaba aktywność enzymów trzustkowych, słabe wydzielanie żółci, wolniejsza perystaltyka jelit przy jednocześnie znacznie zwiększonej przepuszczalności błony śluzowej przewodu pokarmowego. W związku z tym wchłanianie niektórych leków, w tym najbardziej zalecane-

go dla dzieci paracetamolu, może być zmniejszone. Zmiany obserwujemy również na etapie dystrybucji, metabolizmu i wydalania. U noworodków i niemowląt zdolność wiązania leków z białkami jest znacznie mniejsza w porównaniu z osobami dorosłymi. U noworodków salicylany mogą wypierać bilirubinę z połączeń z białkami, co może powodować żółtaczkę. W związku z niedostateczną sprawnością enzymów wątrobowych u noworodków i małych dzieci dochodzi do upośledzenia biotransformacji wielu leków, w tym salicylanów, cze-

go następstwem jest silniejsze i dłuższe działanie oraz większa możliwość wystąpienia objawów niepożądanych. W porównaniu z dorosłymi zmniejszona jest również czynność nerek, co może prowadzić do zmniejszonej eliminacji leku, np. okres półtrwania dla kwasu acetylosalicylowego u noworodków wynosi 4,5 – 11 h, a paracetamolu 2,2 – 5,0 h, a u dorosłych odpowiednio 2 – 4 h i 1,9 – 2,2 h.

Zmiany w zakresie metabolizmu leków obserwuje się również u ludzi starszych. Zmiany morfologiczne i czynnościowe w organizmie ludzi starszych mogą powodować zmiany farmakokinetyki, farmakodynamiki i ostatecznego efektu działania leków. W przypadku NLPZ szczególne znaczenie mają zmiany na etapie dystrybucji. Zmniejszenie u ludzi starszych stężenia albumin (spadek o ok. 10-20%) w surowicy może być przyczyną wzrostu wolnej, niezwiązanej z białkami frakcji leku. Dotyczy to zmniejszenia stopnia wiązania z białkami surowicy leków o odczynie kwaśnym oraz leków wiążących się z albuminami w bardzo dużym stopniu, jakimi są np. salicylany. Zmiana dystrybucji salicylanów może zwiększać ich stężenie w surowicy, nasilać ich działanie, toksyczność oraz możliwość pojawienia się objawów niepożądanych. Spośród innych NLPZ u osób starszych nie należy stosować

diclofenaku ze względu na ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego, działanie hepato- i nefrotoksyczne oraz zatrzymanie płynów, które może utrudniać leczenie nadciśnienia. Wskazane jest stosowanie mniej toksycznych pochodnych kwasu fenylpropionowego, czy paracetamolu. Ważnym problemem pojawiającym się w wyniku stosowania preparatów przeciwbólowych, a mającym szczególne znaczenie w przypadku pacjentów w wieku podeszłym, jest możliwość wystąpienia interakcji leków z grupy NLPZ z lekami przepisywanymi przez lekarza lub innymi lekami stosowanymi przez pacjenta w ramach samoleczenia. Uważa się, że NLPZ mogą być przyczyną nawet 20-25% zgłaszanych interakcji, a to właśnie u ludzi starszych obserwuje się znaczący wzrost użycia leków przeciwbólowych (co czwarta osoba w tym wieku stosuje środki przeciwbólowe). Zaznaczyć należy, że NLPZ należą do leków najczęściej stosowanych w polifarmakoterapii, co dodatkowo zwiększa ryzyko interakcji. Do grup zagrożonych największym ryzykiem wystąpienia klinicznie istotnych niepożądanych interakcji z NLPZ należą: leki przeciwarytmiczne (nasilenie działania), antybiotyki aminoglikozydowe (wzrost stężenia antybiotyku we krwi i zwiększenie ryzyka działań niepożądanych – oto – i nefrotoksyczności), leki hamujące krzepnięcie krwi (zwiększenie ryzyka krwawień), leki obniżające ciśnienie tętnicze (osłabienie działania hipotensyjnego), leki przeciwcukrzycowe (nasilenie działania hipoglikemizującego), glikozydy naparstnicy (wzrost stężenia digoksyny we krwi, prowadzący do zwiększenia siły działania i ryzyka wystąpienia działań niepożądanych) oraz leki wpływające na OUN (nasilenie działania), w tym także alkohol (wzrost ryzyka krwawień z przewodu pokarmowego). Możliwość wystąpienia powyższych interakcji bezwzględnie nakazuje ograniczenie nieuzasadnionego stosowania, wybór najbezpieczniejszego dla danego pacjenta leku oraz prawidłowe określenie dawek (dostosowanie do potrzeb konkretnego chorego).

Specyficzną grupę pacjentek stanowią kobiety w ciąży i matki

karmiące. Stosując leki przeciwbólowe u kobiet w ciąży należy mieć na uwadze szkodliwy wpływ leków przeciwbólowych na organizm matki i płodu. Wszystkie leki przeciwbólowe należące do NLPZ mają kategorię B pod względem ryzyka szkodliwego działania na płód (badania na zwierzętach nie wykazały zagrożenia dla płodu, lecz nie potwierdzono tego u kobiet ciężarnych), a kwas acetylosalicylowy – kategorię D (istnieje udokumentowane ryzyko dla ludzi wynikające ze szkodliwego działania leków na płód; leki tej kategorii można stosować u kobiet ciężarnych w stanach zagrażających życiu matki, lecz jedynie w przypadkach, gdy leki A, B, C nie mogą być zastosowane lub są nieskuteczne). NLPZ (głównie kwas acetylosalicylowy), przedłużają okres ciąży i porodu oraz zwiększają utratę krwi w czasie porodu, zwiększają śmiertelność okołoporodową oraz działają teratogenicznie. Ponadto zażywanie salicylanów zwiększa ryzyko skazy krwotocznej u płodu. Pozostałe trzy leki z grupy NLPZ dostępne bez recepty w pierwszym i drugim trymestrze ciąży posiadają kategorię ryzyka B, a więc porównywalną z paracetamolem, jedynie w trzecim trymestrze zaliczane są do kategorii D. NLPZ mogą ponadto wywołać niedobór płynu owodniowego w następstwie działania uszkadzającego nerki oraz przedwczesne zamknięcie przewodu tętniczego w trzecim trymestrze ciąży. Tak więc niebezpieczeństwo terapii lekami przeciwbólowymi z grupy NLPZ jest największe w trzecim trymestrze ciąży w porównaniu z trymestrem pierwszym i drugim. Jedynym lekiem przeciwbólowym, którego kategoria ryzyka B nie zmienia się w zależności od trymestru ciąży jest paracetamol. Jest on uważany za zdecydowanie najbezpieczniejszy lek przeciwbólowy dostępny bez recepty. Zalecany jest szczególnie u dzieci poniżej 12.

roku życia, kobiet ciężarnych, matek karmiących oraz u chorych na astmę.

Preparaty przeciwbólowe są ciągle nadużywane, do czego przyczynia się powszechna dostępność tych leków (apteka, stacja benzynowa, supermarket). Pacjenci powinni mieć gamę środków potrzebnych do doraźnego stosowania, powinni jednak też mieć świadomość, że przewlekłe leczenie na własną rękę i niefrasobliwe stosowanie leków może być niebezpieczne dla zdrowia. Świadome i odpowiedzialne samoleczenie wywiera pozytywny wpływ na poziom zdrowotny społeczeństwa, zwiększa komfort życia i zachęca do stosowania aktywnej profilaktyki. Należy jednak pamiętać, że odpowiedzialne samoleczenie wiąże się nierozdzielnie z doradztwem farmaceutycznym (opieką farmaceutyczną).

dr n. farm. Ewa Poleszak

Literatura:

1. Armour D., Cairns C. red. *Medicines in the Elderly*. Pharmaceutical Press, London, 2002.
2. Drzewoski J., Bodalska-Lipińska J.: *Różnice farmakoterapii niemowląt*

i ludzi w wieku podeszłym. W: *Wybrane zagadnienia z farmakologii klinicznej i farmakoterapii*. Red. J. Drzewoski. Fundacja Akademickiej Służby Zdrowia, Łódź, 1994, 39-49

3. Henlinger C., Klotz U.: *Drug metabolism and drug interactions in the elderly*. *Best Pract. Res. Clin., Gastroenterol.*, 2001, 15, 897-2001.

4. Kearns G.L., Adcock G.K., Wilson J.T.: *Drug Therapy in Pediatric Patients*. W: *Drug Benefits and Risk; International Textbook of Clinical Pharmacology*. Red. C.J. van Boxtel, B., Santoso, R. Edwards. John Wiley & Sons LTD, Chichester, New York, Weioheim, Brisbane, Singapore, Toronto, 2001, 159-174.

5. Koren G., Pastuszak A., Shinya J.: *Dugs in pregnancy*. *N. Engl. J. Med.*, 2002, 12, 376-383.

6. Orzechowska-Juzwenko K.: *Farmakoterapia u osób w wieku starszym*. W: *Farmakologia Kliniczna – znaczenie w praktyce medycznej*. Red. K. Orzechowska-Juzwenko. Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław 2006.

7. Ostensen M.: *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy*. *Scand. J. Rheumatol.* 1998, 27, suppl. 107, 128-132.

8. Prandota J., Kotecki L.: *Farmakoterapia pediatryczna*, Volumed, Wrocław, 1998. ■



Fot. archiwum redakcji

O obyczaju uroczystego wręczenia Praw Wykonywania Zawodu, o szkoleniach i innych sprawach Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

Minął rok - mamy się czym pochwalić

Coraz częściej słyhać takie głosy: a co „oni” tam robią w tych izbach; płacę składki, a nie wiem, po co; „oni” powinni... Czy w takiej sytuacji „jeszcze się chce”?

Przede wszystkim wiedza – już około jednej trzeciej, statystycznie oczywiście, członków izby podkarpackiej zaliczyło szkolenie ciągle. Ale niewielka liczba osób spośród naszego grona może przedstawić pełne sto punktów w rozbiću 50/50. I to bardzo dobrze, byłoby źle, gdyby pewna grupa „zaliczyła” szkolenie i osiadła na laurach czekając na następny okres szkoleniowy. Są jeszcze aptekarze, którzy do końca roku 2006 – a jest to przecież trzeci rok cyklu pięcioletniego, nie uzyskali ani jednego punktu. Na Podkarpaciu są ośrodki, np. Przemyśl, gdzie aptekarze samodzielnie i „samochęc” przygotowują referaty i przedstawiają je kolegom na cyklicznych spotkaniach. Coraz więcej osób uzupełnia wiedzę poprzez szkolenie internetowe – wyprzedzają nas w liczbie certyfikatów takie izby jak lubelska, krakowska czy gdańska, ale dorównujemy dolnośląskiej czy pomorsko-kujawskiej będąc w czołówce pod względem liczby uzyskanych tą drogą certyfikatów. Ścisły kontakt z organizatorami bezpośrednimi wszystkich form kształcenia (hurtownie i firmy farmaceutyczne) pozwala na wyjście z informacją o organizowanych kursach do wszystkich zainteresowanych. Wydaliśmy trzy numery (kolejnych jest już dziewięć) Biuletynu Szkoleniowego naszej Izby. W biuletynach drukujemy opracowania przygotowane przez członków izby podkarpackiej, konspekty kursów szkoleniowych oraz teksty najnowszych rozporządzeń.

Nie kończymy na szkoleniu dyplomowym aptekarzy. Zasluga PO-

IA jest zainteresowanie oświatowych władz wojewódzkich kształceniem średniej kadry aptekarskiej – techników farmaceutycznych. Poprzez bardziej wnikliwe rozpatrywanie działalności niektórych „biznesów” uniemożliwiono powstanie tzw. „studiów farmaceutycznych” zupełnie nieprzygotowanych do odpowiedniego kształcenia młodej kadry.

Podkarpacka Okręgowa Izba Aptekarska wprowadziła w minionym roku obyczaj uroczystego wręczenia Praw Wykonywania Zawodu połączony z Przyrzeczeniem Aptekarskim. Pierwsza taka, na pewno emocjonalna uroczystość, miała miejsce podczas XX Zjazdu Delegatów POIA. Kolejne odbywają się zawsze w obecności członków Podkarpackiej Rady Aptekarskiej. Może jest to ceremoniał nieprzystający do obecnych, tak zracjonalizowanych czasów, niemniej jednak zawsze wywołuje podekscytowanie młodych magistrów, a także świadków przyrzeczenia. Słowa, które wtedy padają wraz z formułą „przyrzekam”, niewątpliwie pozostają w pamięci, a liczymy, będą też miały wpływ na przyszłą pracę aptekarza.

Nawiązaliśmy, nie ceremonialne a robocze, kontakty z posłami na Sejm RP. Kilukrotnie już wizyty posłów podczas obrad prezydium i rady rodzą nadzieje na zrozumienie problemów aptekarskich przez osoby mające niejaki wpływ na ustawodawstwo na różnych jego płaszczyznach i w różnej problematyce.

Podkarpacka Okręgowa Izba Aptekarska objęła patronatem dwie

impresy targowe, jakie odbyły się w Rzeszowie – **Podkarpackie Targi Medyczne Res Medica EXPO 2006** oraz **IX Międzynarodowe Targi Biznes-Żywność-Medycyna Rzeszów 2006**. Podczas obydwu ekspozycji ponad trzystu w sumie aptekarzy miało możliwość wysłuchać prelekcji wykładowców z Akademii Medycznych w Lublinie i Warszawie, a także przygotowanych przez specjalistów z Podkarpacia.

Bardzo pręźnie działa Komisja do spraw Aptek Szpitalnych – jest to grupa osób najczęściej się spotykających na wykładach i kursach o różnorodnej tematyce, zawsze związanej z codzienną, niełatwą pracą w warunkach opieki zamkniętej.

Przedstawiciel PORA bierze udział w posiedzeniach Rady Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w charakterze obserwatora. Bardzo dobre kontakty z OW NFZ zawdzięczamy także magistrów farmacji tam pracującym.

W minionym roku Kapituła „Medalu za Zasługi dla Aptekarstwa Podkarpacia” przyznała sześć wyróżnień. Otrzymali je – magistry farmacji: Tadeusz Biernat, Jan Mrozek, Lucyna Samborska oraz prof. Barbara Filipek z CM UJ, Dyrektor Biura POIA mgr Elżbieta Zwolińska i firma komputerowa MERIDO z Rzeszowa współpracująca z aptekami. Naczelna Rada Aptekarska uhonorowała medalem imienia prof. Bronisława Koskowskiego dwie koleżanki z naszego grona – panią magister Elżbietę Kluz i panią magister Martę Piekielek.

W październiku, dokładnie w rocznicę obrad pierwszego zjazdu aptekarzy Podkarpacia, podsumowaliśmy piętnastoletnie działalności POIA. Miniony rok może nie był przełomowy w działalności samorządu na Podkarpaciu, ale na pewno dobry. I oby następne były coraz lepsze.

mgr farm. Lidia Maria Czyż
Wiceprezes Podkarpackiej
Okręgowej Rady Aptekarskiej

Zachęcić młodych farmaceutów

Aptekarze zrzeszeni w Beskidzkiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej nie różnią się od koleżanek i kolegów z pozostałych regionów kraju.

Niepokoje nas niekontrolowany przyrost aptek – w tym aptek sieciowych powodujący dramatyczny spadek rentowności aptek istniejących. Walka cenowa przeobraziła się w prawdziwą wojnę – konkurujemy ze sobą nie fachowością i dobrą opieką farmaceutyczną – a cenami nie tylko na leki OTC, ale i na leki z cenami urzędowymi. Małe apteki nie mają szans. Przegrywamy z sieciami i aptekami związanymi z różnymi programami lojalnościowymi z hurtowniami. To boli nas najbardziej. Tyle dzisiaj mówi się o opiece farmaceutycznej – a działania promujące aptekę nie mają z tym nic wspólnego.



Niemal 14 lat starań o „właśny kąt” zakończyło się sukcesem w 2005 roku, kiedy zakupiliśmy ponad 200-metrowy lokal z piękną salą wykładową na 100 osób. Pro-

wadzimy w niej szkolenia dla farmaceutów.

Systematycznie odbywamy spotkania z prezesem Izby Lekarskiej, m.in. w celu uczulania środowiska lekarskiego na nieetyczny problem, jakim jest kierowanie pacjentów przez lekarzy do jednej konkretnej apteki. Nasze apele są umieszczane w Biuletynie Izby Lekarskiej. Rozumiejąc trudną sytuację finansową służby zdrowia, w kwietniu 2006 roku poparliśmy protest Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia.

W czasach, gdy łączą nas problemy, dzieli konkurencja, staramy się zachować i utrzymywać więzi koleżeńskie między farmaceutami poprzez organizowanie wspólnych wigilii i spotkań emerytów. Robimy wszystko, aby zawsze docierać jak najszybciej z ważnymi informacjami. Dlatego wydajemy biuletyn oraz prowadzimy stronę internetową.

Zaobserwowaną od dłuższego czasu sytuację kandydowania do organów Izby tych samych aptekarzy postanowiliśmy zmienić i zachęcić młodych farmaceutów do czynniejszego udzielania w organach Izby.

W tym celu zapraszamy absolwentów farmacji na nasze Zjazdy, na których witamy ich w naszym gronie i wręczamy prawa wykonywania zawodu. Uczestniczą oni w obradach Zjazdu i mogą przyrzeć się dokładniej pracy naszego samorządu. Mamy nadzieję, że we władzach samorządowych nowej kadencji znajdą się również ludzie młodzi, którzy gotowi są poświęcić coś dla dobra całego środowiska.

mgr farm. Piotr Molin
Prezes Beskidzkiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

Szkolenia rozluźnią atmosferę

Środowisko aptekarskie jest podzielone, a wojny cenowe nie sprzyjają budowaniu autorytetu aptekarza.

27 stycznia 2007 r. odbył się w Częstochowie XVI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Aptekarzy. Dyskusję zdominowały zagadnienia związane z nowelizacją Prawa Farmaceutycznego oraz projektu kodeksu Etyki Farmaceuty- Aptekarza. Co zmieni nowe prawo, nasze lokale, problemy reklamy apteki i leku? – to najczęściej pojawiające się pytania aptekarzy.

Zjazd zakończył koncert smyczkowy artystów Filharmonii Częstochowskiej.

Czas obecny to zbliżające się zmiany na listach refundacyjnych.

Jak kształtować swój magazyn, profesjonalnie pracować, utrzymać się na rynku – czas pokaże. Ale zaczynamy cykl szkoleń ustawicznych, które, mam nadzieję, rozluźnią atmosferę w środowisku.

mgr farm. Genowefa Kruszczyk
Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Częstochowie

**APTEKARZE
PACJENTOM**

Leczenie może być tańsze – jak?
Zapytaj o to swojego aptekarza!

Chronimy skórę zimą przed zimnem i mroźnym wiatrem

Zimą skóra poddana jest wpływowi wielu szkodliwych czynników fizykalnych i chemicznych, i dlatego powinien być to okres szczególnej dbałości o jej stan i wygląd.

Pierwsze przymrozki są najłatwiej i najszybciej zauważalne w obrębie skóry odkrytej, zazwyczaj dotyczy to dłoni i twarzy. Spierzchnięta skóra na dłoniach, powodująca ich szorstkość, a miejscami popękanie naskórka i powstanie rozpadlin do głębszych warstw, wymaga skutecznego zabezpieczenia termicznego i kosmetyczno-farmakologicznego. Izolacją termiczną są rękawiczki o strukturze i grubości zależnej od zakresu niskich temperatur. Powinny być nakładane jeszcze przed wyjściem poza ciepłe pomieszczenia, w celu zminimalizowania szoku termicznego, w przypadku bardzo niskich temperatur, kiedy różnica termiczna sięga nawet do kilkudziesięciu stopni Celsjusza. Jest to dla skóry, poddanej tak drastycznym zmianom fizykalnym, poważne obciążenie mechanizmów kompensacyjnych, głównie układu krwionośnego w przedziale mikrokrążenia. Niewydolność mikrokrążenia powoduje zasinienie skóry, jej ochłodzenie odczuwalne jako marnięcie dystalnych części kończyn. W takich przypadkach, poza kosmetykami ochronnymi, wskazane jest przyjmowanie leków usprawniających mikrokrążenie.

O ile łatwo jest zabezpieczyć przed marnięciem skórę dłoni i stóp, nakładaniem odpowiednich rękawic i obuwia, o tyle w naszym klimacie, ochrona stale odkrytej twarzy stosowną odzieżą, nie jest stosowana. Skóra twarzy narażona jest na znacznie większy szok termicz-



Fot. archiwum redakcji

ny niż skóra dłoni. Wychodzenie z pomieszczenia suchego i nagrzanego do około 20-23°C na zewnątrz, gdzie temperatura powietrza wynosi do -25°C, jest poważnym przeciążeniem termicznym i wymaga sprawnego kompensacji, związanej głównie z układem krążenia i mikrokrążenia oraz skutecznym natłuszczeniem skóry wyprodukowanym w gruczołach łojowych łojem. Największe ilości gruczołów łojowych zawierają odkryte części skóry twarzy i skóra owłosiona głowy. Produkowany w skórze łój, który jest skomplikowaną mieszaniną endogennych trójglicerydów, estrów woskowych

i skwaleń, stanowi jej zabezpieczenie przed nadmierną utratą wody, a w warunkach niskich temperatur także ochronę przed niskimi temperaturami.

Czynnikiem odpowiedzialnym za uszkodzenia skóry w okresie zimowym jest obciążający wpływ wiatrów, współistniejących z niskimi temperaturami. Ochrona przed wiatrem przez używanie stosownego ubrania, jest również mało skuteczna i może jedynie zmniejszyć uszkodzenia. Najbardziej narażone na ten wpływ są odsłonięte części twarzy, które wymagają należytej ochrony.

Ochroniając skórę przed wpływami atmosferycznymi w okresie zimy, należy przestrzegać reguł, wynikających z anatomii i fizjologii skóry:

1. W żadnym przypadku zimą, przy planowanym opuszczeniu pomieszczeń ogrzewanych, nie należy stosować kosmetyków nawilżających, ponieważ nadmierne nawilżenie powierzchni warstwy rogowej, przy niskich temperaturach, a w szczególności podczas wiatru, powodować może jej rozwarstwienie, a tym samym obniżenie odporności na dalsze uszkodzenia mechaniczne, termiczne czy chemiczne związane z polucjami środowiska.
2. Warstwę ochronną stanowić powinny maści lub tłuste kremy, nakładane cienką warstwą, nie zatykającą naturalnych porów skóry.
3. Nie należy opuszczać pomieszczeń ogrzanych bezpośrednio po umyciu skóry niedokładnie osuszonej. Takie postępowanie prowadzi do spierzchnięcia skóry z powstaniem licznych, drobnych i płytkich pęknięć w obrębie naskórka i podrażnień w obrębie skóry właściwej.

W przypadkach termicznych uszkodzeń skóry, wywołanych niskimi temperaturami, należy je możliwie szybko usuwać zabiegami kosmetyczno-dermatologicznymi. W porze wieczornej, kiedy opuszczanie pomieszczeń nie jest już konieczne, należy po dokładnym umyciu rąk, najlepiej mydłami o pH 3,5 do 5,0 i osuszeniu skóry, nałożyć tłuste maści z dodatkiem witamin antyoksydacyjnych wpływających na trofikę naskórka i skóry właściwej (A, E, C) w opatrunku okluzyjnym, przy pomocy cienkiej folii spożywczej. Tak wykonany opatrunek powoduje zwiększone wchłanianie zawartych w maści witamin, przez lokalną wyższą temperaturę skóry, pozostającej pod opatunkiem. Zabezpieczona w ten sposób skóra dłoni, może pozostać pod folią i w cienkiej, bawełnianej rękawiczce ochronnej do rana, po czym należy resztki maści usunąć gazikiem, a dłonie umyć osuszyć i nałożyć bardzo cienką warstwę wazeliny ochronnej z dodatkiem wit. A, dostępnej w aptekach.

Na skórę twarzy należy nałożyć maseczkę odżywczą, na okres od 0,5 do 1 godz., dokładnie spłukać, a na noc krem odżywczy, głęboko penetrujący. Rano po spłukaniu twarzy ciepłą wodą i bardzo dokładnym osuszeniu należy zastosować bardzo cienką warstwę kremu tłustego, a następnie użyć pudru lub innych barwnych kosmetyków.

Szczególnej ochronie powinna podlegać czerwień wargowa, z uwagi na cienki naskórek pokrywający, inną strukturę anatomiczną i możliwość szybkiego spierzchnięcia, na skutek częstego u niektórych osób, zwilżania jej śliną. Stosowanie tłustych, bezbarwnych pomadek powinno być stałym nawykiem nie tylko w okresie zimy, ale szczególnie w przypadkach zauważalnego wysuszenia czerwień wargowej. Częstość natłuszczenia warg zależy od indywidualnych potrzeb.

Mając na uwadze fakt dobrego i bardzo dobrego zaopatrzenia aptek w kosmetyki lecznicze, a także wysoki stopień profesjonalizmu farmaceutów, nie powinno być obaw przed uszkodzeniami skóry w okresie zimy.

dr n. med. Maria Pawińska

Remedium na łuszczycę

Łuszczycyca (*psoriasis*) jest jedną z najczęściej występujących chorób skóry, statystyki wskazują, że dotyka 2-4% populacji. Łuszczycyca to przewlekła dermatozą o nawrotowym charakterze, trudna do leczenia oraz w znacznym stopniu obciążająca psychikę i obniżająca komfort życia pacjenta.

Współczesna wiedza medyczna, u podłoża tej choroby, upatruje zaburzeń na tle immunologicznym oraz uwarunkowań genetycznych (dziedziczenie wielogenowe), choć do jej rozwoju przyczynić mogą się także liczne czynniki środowiskowe:

- infekcje bakteryjne, wirusowe oraz pasożytnicze (np. infekcje paciorkowcowe gardła i górnych dróg oddechowych),
- nielezione ogniska zapalne (zapalenia migdałków, dróg moczowych),
- schorzenia zmieniające procesy przemiany materii – np. cukrzyca typu II u osób w zaawansowanym wieku lub dna moczanowa,
- urazy mechaniczne lub podrażnienia skóry (np. długotrwały ucisk powodowany paskiem od zegarka),
- stres i silne wstrząsy psychiczne,
- lekarstwa i alkohol.

Powstanie zmian łuszczycowych prowokują m.in. beta – blokery, ACE – blokery, niektóre niesteroidowe leki przeciwzapalne, sole litu, leki przeciwmalaryczne oraz odstawienie lub redukcja leków korynkosteroidowych. Łuszczycyca często pojawia się również w okresie dojrzewania lub przekwitania, kiedy dochodzi do znaczących zmian w gospodarce hormonalnej organizmu.

Powodem wystąpienia zmian skórnych charakterystycznych dla łuszczycy jest nadmierna proliferacja i czynnościowe pobudzenie keratynocytów w warstwie podstawnej naskórka. W warunkach prawidłowych, fizjologicznych keratynocyty w miarę dojrzewania przesuwają się do wyżej położonych warstw naskórka - kolczystej, ziarnistej i rogowej. W trakcie tego cyklu tracą jądra, rogowacieją i ulegają stopniowemu złuszczeniu. Przechodzenie tych komórek od warstwy podstawnej do rogowej trwa ok. 4. tygodni. Proces ten zachodzi w sposób ciągły i jest niezbędny do odnowy oraz prawidłowego funkcjonowania skóry. W patogenezie zmianach łuszczycowych namnażanie się komórek naskórka w warstwie podstawnej jest znacznie nasilone, a proces ich przechodzenia do warstwy rogowej przyspieszony, nawet do 3-4 dni. W wyni-

ku nadmiernego procesu rogowacenia na powierzchni skóry objętej procesem chorobowym powstaje charakterystyczna, srebrzystoszara łuska. W obrębie zmian skórnych występują charakterystyczne objawy stanu zapalnego, zwiększona jest produkcja cytokin, pojawia się także naciek z komórek zapalnych: limfocytów T, neutrofilów, makrofagów i komórek tucznych.

Łuszczyca może występować w czterech podstawowych typach: łuszczyca zwykłej (*psoriasis vulgaris*), krostkowej (*psoriasis pustulosa*), łuszczyca stawowej (*psoriasis arthropatica*) i erythrodermii łuszczycowej (*erythrodermia psoriatica*). W związku z dużą różnorodnością przebiegu choroby, a w szczególności obrazu zmian skórnych wydzielono ponadto kilka podtypów tej choroby. Dodatkowo różnym typom łuszczyca towarzyszy często łuszczyca paznokci (*psoriasis unguium*).

Terapia łuszczyca powinna zmierzać do zahamowania gwałtownego, niekontrolowanego podziału keratynocytów. Leczenie łuszczyca rozpoczyna się zazwyczaj od stosowania zewnętrznego preparatów złuszczejących i redukujących. Pierwszym etapem jest usunięcie łusek pokrywających zmiany łuszczycowe przy zastosowaniu preparatów zawierających kwas salicylowy w postaci maści salicylowej 5-10% lub oliwy salicylowej 5-7% (oliwa stosowana jest na owłosioną skórę głowy). Następnym etapem jest wprowadzenie leczenia redukującego, którego celem jest zahamowanie proliferacji keratynocytów. Jako środki redukujące stosuje się preparaty dziegciu, ditranolu, kortykosteroidy, pochodne witaminy D₃ oraz retinoidy.

Dziegcie są produktami suchej destylacji węgla kamiennego, drewna, kory lub torfu, lecz obecnie w medycynie oficjalnej stosowany jest jedynie dziegieć węglowy (synonimy: *Pix Lithanthracis*, *Pix Carbonis*, *Pix mineralis*). Składniki dziegciu hamują procesy oddychania komórko-

wego oraz podziały komórek normalizując procesy rogowacenia, ponadto działają przeciwzapalnie i przeciwświądowo. W skład dziegciu wchodzi związki fenolowe oraz pochodne naftalenu i fenantrenu o właściwościach toksycznych i cancerogennych, dlatego zastosowanie preparatów dziegciowych obecnie zostało ograniczone. Podobne, lecz znacznie silniejsze działanie wykazuje ditranol (cignolina). Ditranol powinien być aplikowany jedynie na powierzchnie zaatakowane przez łuszczycę, zaś zdrową skórę należy chronić przed działaniem leku (np. stosując wazelinę). Obecnie jest on stosowany głównie w tzw. terapii minutowej – maść aplikowana jest na chore miejsce i po określonym czasie dokładnie zmywana. Stężenia maści z ditranolem oraz czas ekspozycji jest ustalany przez lekarza na podstawie indywidualnej reakcji pacjenta na lek.

Współczesna terapia łuszczyca wykorzystuje także aplikowane na zmiany chorobowe pochodne witaminy D₃ – takalcitol i kalcipotriol, oraz szeroko stosowane, choć niestety często nadużywane glikokortykosteroidy (GS). Preparaty zawierające glikokortykosteroidy przynoszą pacjentom szybką, choć niestety krótkotrwałą ulgę, równocześnie jednak długotrwałe ich stosowanie, szczególnie na duże powierzchnie ciała, co w przypadku łuszczyca jest dość powszechne, niesie ze sobą ryzyko poważnych działań niepożądanych, jak również nawrotów choroby. Dlatego też na lekarzach i farmaceutach spoczywa obowiązek kontroli nad prawidłowym stosowaniem tych leków. **Ostrożnie podchodzić należy do pacjentów próbujących na różne sposoby wymusić wydanie tych leków z apteki bez recepty lekarskiej.**

W leczeniu łuszczyca stosowane są także naświetlania promieniami UVA oraz UVB, najczęściej jednak promienie UVA łączone są z zewnętrznym lub wewnętrznym podawaniem substancji fotouczulających – psolarenów w postaci terapii PUVA (Psolaren + UVA). Wprowadzenie terapii PUVA okazało się

kamieniem milowym w leczeniu łuszczyca i bielactwa. Psolareny są związkami naturalnymi należącymi do grupy furanokumaryn, występującymi m.in. w owocach aminki większego (*Ammi majus*) oraz olejku ruty zwyczajnej (*Ruta graveolens*). Psolareny pod wpływem promieni UVA łączą się z DNA komórkowym i w efekcie hamują nadmierną proliferację. Terapia PUVA jest niezwykle skuteczna i przynosi długie okresy remisji, ale jednocześnie przyczynia się do szybszego starzenia skóry oraz zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów skóry. Pacjentów poddawanych terapii PUVA należy informować o konieczności intensywnej samokontroli stanu skóry i regularnych wizyt u dermatologa. PUVA może powodować powstanie zaćmy, dlatego przez 8-12 godzin po zabiegu oczy chorego powinny być chronione okularami z filtrem UVA.

Jeśli leczenie zewnętrzne i terapia PUVA okazują się nieskuteczne, do terapii włączane są preparaty doustne – retinoidy, metotreksat, cyklosporyna lub takrolimus. Retinoidy są półsyntetycznymi pochodnymi witaminy A, które normalizują procesy rogowacenia naskórka. Są lekami bardzo skutecznymi, lecz niestety również silnie teratogennymi, dlatego kobiety przed zastosowaniem tej formy terapii powinny przejść badania ginekologiczne oraz przez okres 4. tygodni przed rozpoczęciem leczenia, w jego trakcie oraz przez dwa lata po zakończeniu stosować skuteczną metodę antykoncepcji. Metotreksat i cyklosporyna są bardzo silnie działającymi lekami immunosupresyjnymi, stosowanymi tylko i wyłącznie w ciężkich postaciach łuszczyca opornych na inne metody leczenia.

Ważnym elementem leczenia łuszczyca jest prawidłowa higiena skóry, która przyczynia się do złagodzenia objawów choroby, zmniejszenia dawek stosowanych leków oraz znacznego wydłużenia okresów remisji. Do codziennej pielęgnacji skóry należy stosować kosmetyki delikatne, niepowodujące

podrażnień, najlepiej nawilżająco – natłuszczające (emolienty), które odtwarzają płaszcz lipidowy skóry i łagodzą uczucie swędzenia, unikać zaś należy narażenia na działanie detergentów, chemikaliów i niesprawdzonych kosmetyków. Prawidłowo dobrany dermokosmetyk powinien zmniejszać uczucie dyskomfortu suchej skóry, natłuszczać i chronić przed niekorzystnym wpływem środowiska. Wskazane jest wybieranie produktów pozbawionych substancji zapachowych oraz środków konserwujących, które mogą podrażniać skórę i uczulać. Kosmetyki nawilżająco – natłuszczające są często zalecane przez dermatologów, ponieważ uzupełniają i wspomagają kortykosteroidową terapię miejscową. W aptekach dostępne są specjalne kremy oraz mydła i emulsje do kąpieli przeznaczone do leczenia nadmiernej suchości skóry, atopowego zapalenia skóry oraz łuszczycy.

W zapobieganiu nawrotom łuszczycy bardzo ważną rolę pełni unikanie czynników prowokujących i zaostrzających chorobę – urazów mechanicznych skóry, niektórych leków oraz stresu. Ogniska zakażenia takie jak: próchnica, infekcje migdałków, dróg oddechowych, moczowych i zapalne schorzenia ginekologiczne mogą być przyczyną wysiewów choroby, dlatego

też wskazane są profilaktyczne badania lekarskie – stomatologiczne (przynajmniej raz na pół roku) oraz u kobiet – ginekologiczne (raz w roku). Pacjentów chorych na łuszczycę należy przestrzegać przed zdrapywaniem łusek, szczotkowaniem włosów, jeżeli skóra głowy objęta jest procesem chorobowym i usuwaniem zrogowaciałych części pod paznokciowych, gdyż takie postępowanie grozi zaostrzeniem procesu chorobowego i powiększeniem powierzchni zmian skórnych. Zalecana także jest dieta niskokaloryczna oraz eliminacja używek, szczególnie alkoholu.

mgr farm. Łukasz Świątek

Literatura:

Poulin Y. 2004. Preface: Psoriasis Today – A New Paradigm. J Cutan Med Surg; Vol. 8; Suppl. 1: 1-2.
 Gupta A.K. i wsp. 2004. Pathogenesis of Psoriasis and Current Challenges. J Cutan Med Surg; Vol. 8; Suppl. 1: 3-7.
 Hünigsmann H. 2001. Phototherapy for psoriasis. Clinical and Experimental Dermatology 26: 343-350.
 Ashcroft D.M., Li Wan Po A., Griffiths C.E.M. 2000. Therapeutic strategies for psoriasis. J Clin Pharm Ther 25: 1-10.
 Łuczowska M., Żaba R. 2005. Łuszczycy. Przew Lek 7: 38-49. ■

Skutki nadużywania leków

Skutki nadużywania leków przez kobietę odczuwa ona sama, jej dzieci, a nawet wnuki. Jednym z nich jest obniżona samoocena potomków – wynika z najnowszych badań nowojorskich naukowców. Zespół lekarzy, kierowany przez dr Judith S. Brook z prestiżowej School of Medicine Uniwersytetu w Nowym Jorku, prowadził wieloletnie obserwacje trzech pokoleń rodzin z tego miasta.

Na tej podstawie naukowcy ustalili, że większość dzieci i wnuków, których matki i babce nadużywały leków, ma gorszą samoocenę niż ich rówieśnicy z rodzin, w których kobiety nie nadużywają leków. Artykuł na ten temat zamieszcza specjalistyczne czasopismo „Pediatrics”.

Wyniki badań przeprowadzonych przez naukowców z nowojorskiej School of Medicine pokazują, jak groźne i dalekosiężne są skutki nadużywania leków i swobodny, niedostatecznie kontrolowany dostęp do nich. Czasy, gdy się kierowano zasadą „Caveat emptor” (niech się strzeże kupujący) rodem z XIX-wiecznego liberalizmu ekonomicznego powinny minąć jak najprędzej.

Oprac. na podstawie: Rzeczpospolita, 15.02.2007

PRZEGLĄD PRASY

KARSTULAN METALLIOY

KOMORY LAMINARNE

Nowoczesne i niezawodne fińskie komory (jaze) laminarne przeznaczone do przygotowania leków jałowych w aptekach.

Dzięki niewielkim wymiarom i wadze oraz wykonaniu w wersji nastołowej, bardzo łatwe do instalacji nawet w najmniejszym pomieszczeniu.

NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
ATRAKCYJNA CENA



Produkowane w kilku wersjach rozmiarowych:

- **MINIFIL E** – 680 x 400 x 1032 mm *super cena*
- **MINIFIL** – 680 x 400 x 1158 mm
- **MIKROFIL** – 680 x 598 x 1158 mm
- **LAMIL** – 1000 x 598 x 1263 mm

Polecamy również:

- komory laminarne do aptek szpitalnych
- komory laminarne do prac z cytostatykami
- profesjonalne urządzenia do oczyszczania powietrza w pomieszczeniach, w których wymagana jest wysoka klasa czystości: C. A. PLUS 350 i C. A. PLUS 850.

Urządzenia KARSTULAN METALLI to:

- solidność profesjonalnego producenta – ISO 9001, CE
- prawie 30 lat doświadczenia w ich produkcji
- nowoczesna technologia, niezawodne działanie
- najwyższej jakości podzespoły, w tym filtry HEPA
- prosta obsługa i konserwacja, niskie koszty eksploatacji
- natychmiastowa dostawa z magazynu w Warszawie
- autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym pomiary kontrolne i walidacja
- 24 miesiące gwarancji

Wylączny importer i przedstawiciel:
FHU SELMA IMPORT-EXPORT
 ul. Cieszyńska 4/85, 02-716 Warszawa
 tel. 0-22 847 8138, 0-601 347421
 tel./fax 0-22 646 1320
 www.selma.pl e-mail: selma@post.pl

Do You Speak English?

Znajomość języka angielskiego w zawodzie farmaceuty jest konieczna, a koszty poniesione na naukę tego języka są uzasadnione.

Innego zdania był jeden z bydgoskich urzędów skarbowych. Naczelnik tego urzędu dowodził, że poniesienie wydatków na naukę języka angielskiego jest wydatkiem o charakterze osobistym, dotyczącym inwestowania w swoje własne wykształcenie – podnoszącym poziom wiedzy ogólnej i tym samym nie stanowi kosztu uzyskania przychodu z tytułu działalności gospodarczej prowadzonej w ramach apteki.

Od decyzji urzędu skarbowego odwołał się bydgoski aptekarz, którego zdaniem, znajomość języka angielskiego w zawodzie farmaceuty ma związek z osiąganym przychodem z tytułu prowadzenia apteki. Medycyna i farmacja są naukami dynamicznie rozwijającymi się, a wiedzę na temat coraz to nowocześniejszych metod czy też substancji leczniczych można uzyskać poprzez korzystanie z internetu oraz czasopism polskich i zagranicznych, jak np. „Farmacja Polska”, „Pharmacy in the world”, „Pharmacy in practice” -argumentował aptekarz. W swoich wywodach odwoływał się także do praktyki wskazując, że zdarza się, że pacjent przychodzi z opakowaniem po leku, który nabył za granicą i którego nie może kupić w Polsce, wówczas tłumaczenie ulotki, która napisana jest zawsze w języku angielskim, umożliwi farmaceucie zapoznanie się z działaniem, składem, skutkami ubocznymi danego leku i pozwoli na zaproponowanie innego leku, dostępnego w Polsce.

Interwencja aptekarza dochodzącego prawa do zaliczenia wydatków na naukę języka angielskiego poparta solidną i znacznie szerszą od podanych przykładów argumentacją, okazała się skuteczna.

Rozpatrując odwołanie bydgoska Izba Skarbowa wskazała, że wydatki związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych przedsiębiorcy dzielą się na dwie grupy, tj. wydatki związane z:

- podnoszeniem posiadanych kwalifikacji zawodowych,
- podnoszeniem ogólnego poziomu wiedzy.

Do pierwszej grupy wydatków należy zakwalifikować wydatki związane z różnymi formami kształcenia, w ramach, których podatnik nabywa umiejętności i wiedzę niezbędną w prowadzeniu działalności.

Izba Skarbowa uznała, że w sytuacji, gdy wydatki związane z nauką języka angielskiego zmierzają i mogą wpłynąć na zwiększenie przychodów z prowadzonej działalności gospodarczej, a nie zostały wymienione przez ustawodawcę w art. 23 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, należy stwierdzić, że będą stanowiły koszt uzyskania przychodów prowadzonej działalności gospodarczej.

W decyzji z dnia 12.01.2007 r. (sygn. PB2/4117-SIP-17/06), przyznającej rację aptekarzowi Izba

Skarbowa w Bydgoszczy stwierdziła, iż opłata za kurs językowy jest wydatkiem realizującym cel wynikający z art. 22 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym.

Jeśli decyzja Izby Skarbowej w Bydgoszczy nie zostanie podważona, to będący w podobnej sytuacji faktycznej i prawnej aptekarze, nie tylko z województwa kujawsko-pomorskiego, będą mogli zaliczać wydatki poniesione na naukę języka angielskiego w koszt prowadzenia apteki. Można się spodziewać, że inne urzędy i izby skarbowe podzielą argumentację Izby bydgoskiej i podobnie będą interpretować prawo podatkowe

Pomimo zachęcającego rozstrzygnięcia zalecana jest ostrożność, gdyż ordynacja podatkowa stanowi, że „stosownie do swojej właściwości naczelnik urzędu skarbowego, naczelnik urzędu celnego lub wójt, burmistrz (prezydent miasta), starosta albo marszałek województwa na pisemny wniosek podatnika, płatnika lub inkasenta mają obowiązek udzielić pisemnej interpretacji co do zakresu i sposobu zastosowania prawa podatkowego w ich indywidualnych sprawach, w których nie toczy się postępowanie podatkowe lub kontrola podatkowa albo postępowanie przed sądem administracyjnym”. Pewność uzyskamy zadając pytanie we własnej sprawie właściwemu urzędowi skarbowemu.

Opracował Zbigniew Solarz

KONSULTANCI KRAJOWI W DZIEDZINACH FARMACJI

1.	analityka farmaceutyczna	Prof. dr hab. Roman Kaliszan	e-mail: roman.kaliszan@amg.gda.pl
2.	farmacja apteczna	Dr hab. Renata Jachowicz	e-mail: mfjachow@cyf-kr.edu.pl
3.	farmacja przemysłowa	Mgr Zofia Ulz	e-mail: ulz@gif.gov.pl
4.	farmacja szpitalna	Prof. dr hab. n. med. Edmund Grześkowiak	e-mail: grzesko@amp.edu.pl

Źródło: wykaz Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ, styczeń 2007

Drogowskaz

Drodzy Czytelnicy!

Mija dziewięć miesięcy od powołania redakcji *Aptekarza Polskiego* w aktualnym składzie. W tym czasie 5-osobowy zespół redakcyjny przygotował dziewięć numerów miesięcznika.

Aptekarz Polski jest jednym z przedsięwzięć programowych Naczelnej Izby Aptekarskiej. Częścią zawartości pisma jest *Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej*. Zadaniem *Aptekarza Polskiego* jest integrowanie środowiska aptekarskiego poprzez stworzenie płaszczyzny wymiany informacji, opinii i poglądów. Naczelna Rada Aptekarska ma prawo żądać, żeby pismo odzwierciedlało autentyczny i pełny obraz aptekarstwa oraz jego otoczenia. Zadaniem redakcji jest przedstawianie wszystkich aspektów związanych z zawodem farmaceuty.

Koszty związane z przygotowaniem materiałów dziennikarskich i ich opracowaniem, drukiem oraz kolportażem pisma są znaczne; wynoszą średnio ponad 50 tys. złotych miesięcznie. Piątą część tych kosztów pokrywa z własnych środków Naczelna Izba Aptekarska, która jest wydawcą pisma. Wysiłek związany z finansowaniem pisma przez samorząd aptekarski jest znaczny.

Zespół redakcyjny *Aptekarza Polskiego* składa się z zawodowych dziennikarzy i farmaceutów. Mamy świadomość, że nasza praca winna służyć środowisku aptekarskiemu. Mamy doświadczenie redakcyjne zrodzone we wspólnej pracy nad redagowaniem *Aptekarza Polskiego*. Doszliśmy jednak do wniosku, że po dziewięciu miesiącach przyszedł czas, aby zapytać Czytelników, co sądzą o redagowanym przez nas piśmie. Dlatego też odwołujemy się do Państwa, prosząc o wyrażenie opinii o *Aptekarzu Polskim*.

Prosimy Was, drodzy Czytelnicy, napiszcie, co o naszej pracy sądzą i czego od nas oczekujecie? Wasze opinie będą dla nas drogowskazem. Piszcie na adres: redakcja@aptekarzpolski.pl

Zbigniew Solarz
Redaktor Naczelny
Aptekarza Polskiego

Wielki wyścig z czasem producentów leków

Branża farmaceutyczna bije na alarm: jeśli producenci leków nie zdążą zarejestrować ich według norm unijnych, z rynku może zniknąć ok. 180 preparatów.

Na harmonizację, czyli ponowną rejestrację 12,5 tys. produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu przed wejściem Polski do UE, firmy produkujące u nas farmaceutyki mają czas do końca 2008 r.

Opóźnienie będzie miało najgorsze skutki dla polskich producentów, bo leki, które nie zostaną zharmonizowane, nieodwołalnie znikną z rynku – mówi Leszek Borkowski, prezes URPL. Międzynarodowe koncerty są w lepszej sytuacji, bo jeśli dany preparat jest już zarejestrowany za granicą, mogą skorzystać z tzw. procedury wzajemnego uznania.

Opinia eksperta

Wiesław Szelejewski, dyrektor Instytutu Farmaceutycznego – *Uważam, że nie ma szans, by przedsiębiorstwa farmaceutyczne zdążyły z przygotowaniem wszystkich dossier harmonizacyjnych w wymaganym terminie. W konsekwencji URPL nie będzie zdolny „przerobić” wszystkich aplikacji.*

Oprac. na podstawie: Rzeczpospolita, 21.01.2007

NOVERBAN®
Syrop z dziewanny
pomocniczy w schorzeniach górnych dróg oddechowych i stanach zapalnych gardła (np. grypa z objawami chrypki i suchego kaszlu). Środek tradycyjnie stosowany jako wykrztuśny, osłaniający (powlekający)

LANCETAN®
Syrop z babki lancetowatej
pomocniczy w schorzeniach górnych dróg oddechowych z utrudnionym odkaszuszaniem (np. grypa), w stanach zapalnych gardła.

NOVERBAN
Skład: verbasel floris extractum fluidum 15,0g w 100,0g preparatu
Postać/dawka: syrop; 950mg/5ml
Św. Rej. MZ nr 9029

LANCETAN
Skład: plantaginis lanceolatae extractum fluidum 10,0g w 100,0g preparatu
Postać/dawka: syrop; 600mg/5ml
Św. Rej. MZ nr 9021

Producent: FPPA "PROLAB" Patryk, ul. Piłsudskiego 1, 01-040 Sokoł z/Sp. www.prolabokla.pl

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych, dawkowanie oraz informacje dotyczące produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.



Teka pełna exlibrisów

Doktor farmacji Krzysztof Kmieć jest znanym grafikiem, twórcą exlibrisów. Wykonuje je od ponad 20. lat. Ma w dorobku ponad 1500 prac wykona-

nych różnymi technikami: typografia, cynkoryt, ołoworyt, drzeworyt i głównie linoryt. Tematyka prezentowana w ekslibrisach to farmacja i medycyna ze szczególnym uwzględnieniem roślin leczniczych, muzyka, przyroda, podróże i turystyka oraz sztuka i starożytność.

Exlibrisy doktora Kmiecia są cenione przez



bibliofilów. Artysta pokazywał je na ponad 100. wystawach, zbiorowych i indywidualnych. Na szczególną uwagę zasługują wystawy tematyczne pt. „Rośliny lecznicze w ekslibrisie”, które łączą jego zainteresowania zawodowe z twórczością ekslibrisową. Wydane

do nich katalogi, oprócz podstawowych informacji o ekslibrisie, zawierają najważniejsze wiadomości o działaniu i zastosowaniu roślin leczniczych. Prace Krzysztofa Kmiecia znajdują się m.in. w zbiorach Gabinetu Grafiki Biblioteki Zakładu Narodowego im. Ossolińskich we Wrocławiu, muzeach farmacji: w Krakowie, Poznaniu i Łodzi. Wydał teki ekslibrisowe m.in. pt. „Ptaki – trzynaście ekslibrisów z ptakami”.

Zbigniew Solarz

Dr n. farm. Krzysztof Kmieć urodził się w Cieplicach Śląskich Zdroju w 1950 roku. Jest absolwentem Krakowskiej Akademii Medycznej. Pracuje jako adiunkt Katedry Farmakognozji Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Fot. autora



Ryszard Kapuściński – wielki pisarz, mistrz reportażu

Twórczość Ryszarda Kapuścińskiego jest jak lustro, w którym odbija się rzeczywistość świat.

Dla wielkich tego świata – tyranów, despotów, a nawet demokratycznych pyszałków i zarozumiałców ukazywana przez niego dola i niedola zwykłych ludzi jest czymś, od czego trzeba się odgrodzić przyciemnionymi szybami limuzyn, kordonami ochroniarzy, żołnierzy, rezydentami z kuloodpornymi szybami.

Kapuściński urodził się w Pińsku i tam spędził najwcześniejszą młodość. Tam kształtowała się jego wrażliwość



się w niej nad losem naszego globu, nad losem nas ludzi. Co stanie się, gdy nie będziemy potrafili albo, gdy nie będziemy chcieli poznać Innego? Gdy nie będziemy chcieli poznać jego tradycji, obyczajów, wierzeń, kultury. Wspomniałem wówczas o przesłaniu dla naszej cywilizacji europejskiej, która jest w mniejszości, gdy spotkamy Innych. „Rzucić się z furją na napotkanych? Minąć ich obojętnie i iść dalej? Czy też próbować poznać się i porozumieć?”. Odpowiedź wydaje się jednoznaczna, biorąc choćby pod uwagę doświadczenie Kapuścińskiego wynikające z dorastania w wielu kulturach w Pińsku.

Ryszard Kapuściński, jak mówił, przekraczał granice w przestrzeni, bo był ciekawy ludzi tam żyjących. Ale okazało się, że nosił w sobie jeszcze jedno pragnienie. Związane z Herodotem i jego opisem ówczesnego świata istniejącego dwa i pół tysiąca lat temu. Jego książkę otrzymał w prezencie na początku dziennikarskiej kariery i nie rozstawał się z nią. To pragnienie było związane z fascynacją „przekroczenia granicy w czasie”. I tak powstała w 2004 roku książka „Podróże z Herodotem”, która odniosła wielki sukces i otrzymała prestiżowe nagrody. Po mistrzowsku łączy minione czasy ze współczesnymi.

Mamy wrażenie, że historia lubi się jednak powtarzać. W przypadku Ryszarda Kapuścińskiego, może kiedyś właśnie historia uzna go Herodotem naszego współczesnego świata. Już w roku ubiegłym był jednym z najpoważniejszych kandydatów do literackiej nagrody Nobla. A po śmierci w styczniu tego roku, najpoważniejsze dzienniki świata pisały – zmarł wielki pisarz, mistrz reportażu.

Każda książka tego Autora, którą uda się przeczytać i zachować we własnej domowej bibliotece, to cenny nabytek, a słowa w nich zawarte pobudzą serca i skłonią rozum do refleksji – dokąd zmierzamy...? A może, dokąd chcemy, a może, dokąd powinniśmy dojść w XXI wieku...?

Wacław Bierkowski

bijany w trakcie prowadzonych wojen jest w jego opisywaniu świata najważniejszy.

Każdy pojedynczy człowiek jest tą najważniejszą częścią opisywanej

rzeczywistości, tym szczególnie składającym się na ogólną całość.

„W każdej kropli deszczu potrafił znaleźć uniwersum” – tak ujął tę szczególną umiejętność widzenia świata przez Kapuścińskiego i opisywania słowem – pisarz Paweł Huelle. I dodał – „Jego piśmarstwo pozwalało i pozwala patrzeć na siebie samych z dystansem. Kapuściński nawet jak pisał o konkretnych wydarzeniach i związanych z nimi osobach, na przykład w „Szachin-szachu”, potrafił stworzyć niesamowity, uniwersalny obraz szerszej sytuacji”.

W październiku ubiegłego roku w Aptekarzu Polskim zachęcałem do przeczytania książki R. Kapuścińskiego „Ten Inny”. Nie sądziłem, że będzie to ostatnia jego książka. I tak ważna, ponieważ autor zastanawia

na biedę i wrażliwość na Innych. Tam młodość i – jak wspominał, dziecięce psikusy były wspólne bez różnicy na pochodzenie etniczne mieszkańców Pińska. Obok siebie mieszkali Polacy, Ukraińcy, Rosjanie i główni wówczas mieszkańcy miasta – Żydzi. Żyli zgodnie ze swoimi tradycjami, obyczajami i własną wiarą. Los obdarzył ich jednakowo biedą – życiem, marnymi drewnianymi przycupniętymi do ziemi chałupami, rozkisłymi, błotnymi ulicami.

W jego znakomitych reportażach wrażliwość na los człowieka czy to w Europie, Azji, Afryce jest jednakowa.

Człowiek niszczonej przez nędzę, poddany terrorowi, despotycznej władzy, przeganiany z miejsca na miejsce, pozbawiony dobytku, za-

Jedno oko na Maroko, a drugie na Kaukaz

Zima w tym sezonie płata figle jak nigdy. Gdy już się wydawało, iż w tym roku nas nie odwiedzi (z tego powodu konieczne było przełożenie narciarskich Mistrzostw w Karpaczu) uderzyła na kilka dni z taką siłą, iż sparaliżowała kraj. Ale cóż to by była za zima bez śniegu i mrozu...

Tak więc narciarze mają dodatkowy czas do 3 marca, aby podszlifować formę do zawodów. A tych, którzy, przemarzli tej zimy i chcieliby poczuć słońce i ciepło – zapraszam do marokańskiego miasta Agadir, które będzie gospodarzem **28. Światowych Igrzysk Medyków 2007**. Wiadomość ta jest i dobra, i zła. Dobra – gdyż startując w tegorocznych Igrzyskach będzie można poczuć smak orientu, spotkać odmienną od naszej kulturę. Jeśli dodamy do tego wspaniały klimat i wyjątkowe miasto – to wszystko wydaje się bardzo obiecujące. Ale... na ziemię sprowadzą sportowców (przynajmniej z Polski) koszty. A kalkulacja jest nieubłagana – do Maroka można dostać się tylko samolotem, i niestety, nie latają tam tanie linie lotnicze. Tym niemniej – polecam!

Impreza odbędzie się w dniach 23–27 czerwca, szczegóły na stronie www.medigames.com

Jedni sportowcy myślą, więc o gorącym Maroku, a inni swoje pasje realizują w miejscach o zgoła innej temperaturze. Obiecana w listopadzie, ub. r. relacja Miłosza Gawora, starachowickiego aptekarza ze zdobycia Elbrusu okazała się tak barwna i długa, iż ze względów technicznych przytaczam na łamach AP jej fragment. Jak się okazuje forma Miłosza rośnie z każdą wyprawą – także ta literacka.

„Jeszcze Europa czy już Azja? To pytanie zadawałem sobie szyku-

jąc się na kolejną wyprawę. Elbrus, bo to o niego chodzi jest najwyższym szczytem Rosji. Leży w zachodniej części głównego łańcucha Kaukazu na terenie Kabardo-Bałkarii. Przez lata Mont Blanc (4807 m n.p.m.) nosił zaszczytne miano najwyższej góry Europy, aż tu słynny zdobywca Korony Himalajów, Reinhold Messner, wypowiedział się autorytatywnie, że to Elbrus (5642 m n.p.m.) położony na Kaukazie powinien dzierżyć palmę pierwszeństwa. Postanowiłem to sprawdzić na własnej skórze. Na parkingu przed lotniskiem dobijamy targu z Ormianinem, który ma nas zabrać do miejscowości Elbrus u stóp góry. Podczas negocjacji Murat zapomniał wspomnieć o drobnym szczególe, a mianowicie, że jego „bus” to pełnoletnie żiguli. Nas czterech + kierowca + osiem plecaków – nie ma rzeczy niemożliwych. Po 20. minutach misternego pakowania, z otwartą klapą bagażnika i plecakami na kolanach ruszamy z lotniska. Przy wyjeździe z parkingu znajduje się posterunek milicji ze szlabanem. Podchodzi do nas znudzony milicjant. Kontrola dokumentów: Paspporty? – są, wizy? – są, vouchery? – no i jest problem. Lechu, który ma rosyjską wizę biznesową, nie posiada osobnego vouchera. Milicjant triumfalnie idzie do kantorka, my potulnie za nim. Rosjanin chce odesłać Lecha do Moskwy w celu wyjaśnienia sprawy. Zaraz! Chwila! Dzwonimy do konsula. Ten wyjaśnia, że jedynymi niezbędny-



Logo 28. Światowych Mistrzostw Medyków 2007 w Agadirze

mi dokumentami są wiza i paszport. A to przecież mamy! Radośnie informujemy o tym „stróża prawa”. Ale ten spokojnie oznajmia nam, że konsul jest w Moskwie, a on tutaj. Trudno kwestionować logikę tego stwierdzenia. Banknot z wizerunkiem jednego z prezydentów USA załatwia sprawę. Jedziemy dalej. Podobne kontrole przechodzimy jeszcze kilkakrotnie podczas podróży. Na każdym rogatkach miasta stoi posterunek z mundurowymi z długą bronią. Chyba jest to jedna z rosyjskich metod utrzymywania tych jakże odmiennych republik w strukturach jednego państwa. Czasami udaje się przejechać, czasem musimy „grać w zielone (...)”.

Rozgrzewamy zgrabiałe palce, smarujemy twarz blokerem słonecznym. Jeszcze kilka kroków i teren zupełnie się spłaszcza. Co jest?! Dziwne, jestem na wysokości ponad 5600 m n.p.m. i maszeruję po rozległej śnieżnej płaszczyźnie przypominającej zastygłe, rozfalowane morze. Pokonuję kolejną śnieżną wydmnę i ... tak to tu! Kamień z pozostawionymi pamiątkami rozwiewa wątpliwości.

Całą relację opublikujemy na stronie www.aptekarzpolski.pl

mgr farm. Filip Olejniczak

Najniższe ceny leków w Polsce

Obchodzimy
3 urodziny
Pretium

 **pretium**
Hurtownia Farmaceutyczna

Sympatyczna i kompetentna obsługa przez telefon
- Infolinie: 0801 800 127; 0800 800 127
www.pretiumfarm.pl

SKUTECZNY LEK PRZECIWPALNY

Eurespal®

Fenspiridum

zmniejsza przekrwienie
i obrzęk błony śluzowej

normalizuje wydzielanie
gruczołów śluzowych

poprawia transport
śluzowo-rzęskowy

wykazuje działanie
antybronchokonstrykcyjne*

* Eyraud Y, Kato G., Bodiner M.C., Chapelain B., Eur Rep Rev. 1991; 1 (Rev 2):93-100

EURES PAL® (Fenspiridum) - syrop, 2 mg/ml, tabletki powlekane, 80 mg
SKŁAD: Syrop zawiera 2 mg/ml chlorowodoru fenspirydu, 1 tabletkę zawiera 80 mg chlorowodoru fenspirydu. **DZIAŁANIE:** Fenspiryd ma właściwości przeciwzapalne, rozkurczające oskrzela i przeciwskurczowe. Fenspiryd jest antagonistą receptorów H1 i powoduje dostanie spazmolityczne typu papawerynowego, poprzez zmniejszenie wytwarzania mediatorów procesów zapalnych (histamin, 5-HT₂, pochodnych kwasu arachidonowego, wolnych radikalów), działa przeciwzapalnie. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** Ostre i przewlekłe zapalenie górnych i dolnych dróg oddechowych. Stany skurczowe oskrzeli. Zapalenie ucha środkowego. **DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA.** Syrop: niemowlęta i dzieci do 24 miesiąca życia lub poniżej 10 kg masy ciała - 4 mg/kg dziennie, czyli od 2 do 4 łyżeczek syropu na dobę (od 10 do 20 ml) w dawkach podzielonych; dzieci powyżej 2 lat lub o masie ciała ponad 10 kg - od 2 do 4 łyżek stołowych na dobę (od 30 do 60 ml) w dawkach podzielonych, na początku posiłków. Dorosli: od 3 do 6 łyżek stołowych na dobę (od 45 do 90 ml) w dawkach podzielonych, na początku posiłków. Jedna łyżeczka do herbaty (5 ml) zawiera 10 mg chlorowodoru fenspirydu i 3 g sacharozę, co stanowi 0,25 jednostek chlebowych). łyżka stołowa (15 ml) zawiera 30 mg chlorowodoru fenspirydu i 9 g sacharozę, co stanowi 0,75 jednostek chlebowych). Tabletki: w chorobach ostrych i w przypadkach zaostrzeń chorób przewlekłych stosować 3 tabletki na dobę w dawkach podzielonych (rano - w południe - wieczorem). W chorobach przewlekłych - 2 tabletki na dobę w dawkach podzielonych przed posiłkami (rano i wieczorem). **PRZECIWSKAZANIA:** Nadwrażliwość na fenspiryd lub inne składniki preparatu w wywiadach. **SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA.** Terapia fenspirydem nie zastępuje leczenia antybiotykami. Syrop zawiera cukier (sacharozę), dlatego u chorych na cukrzycę, osób z glukozą-galaktozowym zespołem złego wchłaniania, przy nietolerancji fruktozy lub u osób z niedoborem sacharazy-izomaltazy, należy zachować środki ostrożności. Nie należy stosować leku Eurespal® w tabletkach u dzieci. **DDZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, nudności, ból nadržoza; senność, biegła rzadko przyłpiniemie czynności serca utrępiące po mędkowaniu dawki. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** Les Laboratoires Servier, 22 rue Gamier, 92200 Neuilly sur Seine, Francja. **POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU WYDANE PRZEZ MINISTRA ZDROWIA:** syrop - Nr 1480, tabletki - Nr 1481. **ADRES KORESPONDENCYJNY:** Servier Polska Sp. z o.o., 01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10. Internet: www.servier.pl, e-mail: info@pl.netgrs.com.



**SERVIER**
Odkrycia dające nadzieję