

Spis treści

Wykaz skrótów	2
Wstęp.....	3
Pilotaż przeglądów lekowych.....	5
Elementy i wymagane zgody	7
Aspekty prawne przeglądu lekowego.....	11
Przykład przeglądu lekowego	12
Farmaceuci w przychodniach lekarskich – nowa era opieki farmaceutycznej	21
Podsumowanie	22
Bibliografia.....	24
Spis tabel i wykresów.....	25

Wykaz skrótów

Uozf – Ustawa o zawodzie farmaceuty

PCNE - Pharmaceutical Care Network Europe, Europejska Sieć Opieki Farmaceutycznej

IPOF - Indywidualny Plan Opieki Farmaceutycznej

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

PTF – Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne

TIA – przemijający atak niedokrwienny

AF – migotanie przedsionków

EPP – endoprotezoplastyka

LAH - blok przedniej wiązki lewej odnogi pęczka Hisa

OPL – oko prawe i lewe

NICE - National Institute for Health and Care Excellence in Britain

NCEŻ – Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej

Wstęp

W dniu 15 stycznia 2021 roku została opublikowana w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej Ustawa o zawodzie farmaceuty z dnia 10 grudnia 2020 roku. Od tego momentu zawód farmaceuty stał się samodzielnym zawodem medycznym. Było to długo wyczekiwane wydarzenie w środowisku farmaceutycznym. Farmaceuci zaczęli prężnie poszerzać swoje kompetencje oraz wdrażać dodatkowe usługi farmaceutyczne, co zwiększa atrakcyjność zawodu farmaceuty oraz znacząco pomaga pacjentom w trosce o ich zdrowie. Opieka farmaceutyczna to świadczenie zdrowotne udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii. Do świadczeń zdrowotnych wskazanych w Ustawie o zawodzie farmaceuty zalicza się:

- 1) prowadzenie konsultacji farmaceutycznych – w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 2) wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu wykrywania i rozwiązywania problemów lekowych oraz zapewnienia bezpieczeństwa w procesie farmakoterapii;
- 3) opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu określenia celów terapeutycznych możliwych do osiągnięcia przez pacjenta stosującego farmakoterapię oraz wskazania sposobów rozwiązywania wykrytych problemów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej;
- 4) wykonywanie badań diagnostycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7 Uozf – w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz analizy problemów lekowych występujących u pacjenta, oraz proponowania metod i badań diagnostycznych;
- 5) wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Podpunkty 2 i 3 istotnie odnoszą się do wspomnianego hasła, jakim jest przegląd lekowy. Według PCNE to świadczenie zdrowotne ma pozwolić na wykrycie zarówno istniejących jak

i potencjalnych problemów lekowych odnoszących się do aktualnej lub zaplanowanej do wdrożenia farmakoterapii. Przeznaczone jest dla pacjentów z wielolekowością i/lub wielochorobowością. Stanowi on ustrukturyzowaną ocenę stosowanych przez pacjenta leków, by pozwolić zoptymalizować ich użycie. Istotnym elementem jest tutaj także zaproponowanie działań zmierzających do rozwiązania wspomnianych problemów lekowych. Ma to zagwarantować poprawę zdrowia pacjenta poprzez optymalizację farmakoterapii oraz uzyskanie jak najlepszych efektów terapeutycznych. Kluczem do współpracy jest również uwzględnienie potrzeb pacjenta – czego oczekuje/potrzebuje, co chciałby poprawić/zmienić, co mu doskwiera i czy jest otwarty na zlecane potencjalne zmiany. Wywiad w przeglądzie lekowym powinien skupiać się na leku, ale nigdy w oderwaniu od aktualnej sytuacji pacjenta. Farmaceuta zbierając informacje na temat dolegliwości i schorzeń pacjenta powinien uzyskać dane o wskazaniach do stosowania leku, jego skuteczności, dawkowaniu, działaniach niepożądanych i interakcjach, a także stopniu przestrzegania zaleceń i stosunku pacjenta do farmakoterapii. Istotnym elementem przeglądu lekowego jest również identyfikacja prób podejmowanego samoleczenia przez pacjentów, m.in. suplementami diety, ziołami. Niejednokrotnie mogą być one związane z nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich oraz próbami zmagania się z istniejącymi symptomami chorobowymi na własną rękę bez informowania lekarza prowadzącego terapię. Należy także pamiętać, że najważniejszym elementem przeglądu lekowego jest włączenie w proces optymalizacji farmakoterapii trzech podmiotów: pacjenta, farmaceuty i lekarza.

Pilotaż przeglądów lekowych

W Polsce w latach 2022-2023 odbywał się pilotaż przeglądów lekowych i miał na celu sprawdzenie, jak profesjonalne przeglądy lekowe mogą wpłynąć na poprawę terapii pacjentów, zwłaszcza tych stosujących wiele leków jednocześnie (polipragmazja). Projekt został zainicjowany przez Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, a także odbywał się we współpracy z farmaceutami i uczelniami medycznymi. Łączył on nowoczesne podejście do farmakoterapii z realnymi potrzebami pacjentów. Program ten był pierwszym poważnym krokiem w kierunku wdrożenia usystematyzowanej opieki farmaceutycznej w kraju.




W programie uczestniczyły wybrane apteki i farmaceuci kliniczni, którzy przeprowadzali szczegółowe analizy farmakoterapii pacjentów.

Pod uwagę brano m.in.:

- ✓ interakcje leków (czy przyjmowane środki nie wchodzi z sobą w niebezpieczne reakcje),
- ✓ nieuzasadnione terapie (czy pacjent nie przyjmuje czegoś, co nie jest już potrzebne),
- ✓ możliwości optymalizacji leczenia,
- ✓ działania niepożądane, które mogą wynikać z przyjmowanych preparatów.

Pacjenci, szczególnie osoby starsze i przewlekle chore, mogli zgłaszać się na konsultacje, podczas których farmaceuci analizowali ich historię leczenia i sugerowali ewentualne zmiany – oczywiście we współpracy z lekarzami.

Co udało się osiągnąć?

-  Zmniejszenie ryzyka działań niepożądanych – wielu pacjentów przyjmowało leki, które wzajemnie się znosiły lub powodowały niepotrzebne skutki uboczne.
-  Zmniejszenie liczby stosowanych leków – okazało się, że w niektórych przypadkach pacjenci mogli odstawić część preparatów bez szkody dla zdrowia.
-  Lepsza współpraca między farmaceutami a lekarzami – pilotaż pokazał, że farmaceuci mogą odegrać kluczową rolę w optymalizacji leczenia.

Pilotaż nie przekształcił się w stały program, ale otworzył drzwi do dalszych działań. W Polsce wciąż brakuje systemowego wdrożenia przeglądów lekowych jako standardowej usługi w aptekach, jednak sukces pilotażu pokazał, że warto rozwijać ten obszar. To była prawdziwa rewolucja w myśleniu o farmakoterapii, która może w przyszłości poprawić jakość leczenia tysięcy pacjentów.

Elementy i wymagane zgody

W zależności od możliwości przeprowadzenia wywiadu z pacjentem oraz dostępności danych medycznych pacjenta od innych podmiotów leczniczych wyróżniamy 4 rodzaje przeglądów lekowych.

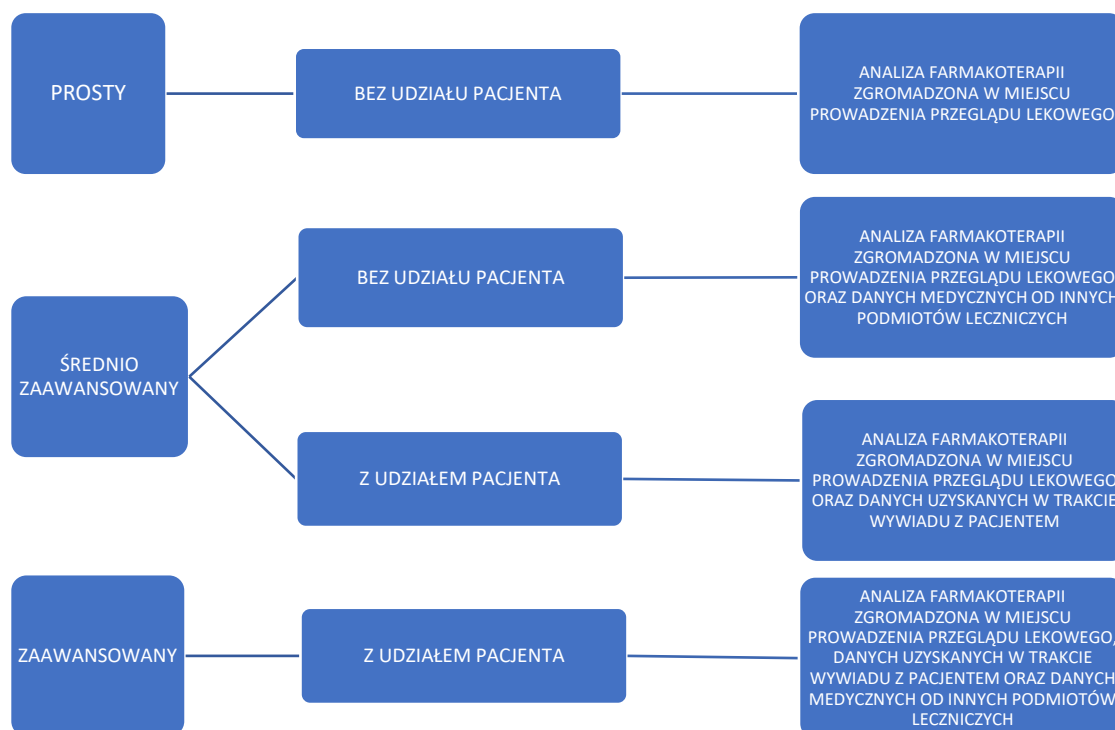


Diagram 1 Rodzaje przeglądów lekowych.

Do celów przeglądu lekowego należą:

- pozyskanie informacji o farmakoterapii oraz ocena stosowania jej przez pacjenta,
- identyfikacja nieefektywności stosowania leków i wsparcie pacjenta w celu przestrzegania zaleceń terapeutycznych,
- identyfikacja problemów lekowych:
 - niepoprawna farmakoterapia
 - działania niepożądane
 - interakcje: lek-lek, lek-choroba, lek-żywność
 - zbędne leczenie/stan nieleczony
 - niska podatność pacjenta na zalecenia lekarskie

- stworzenie IPOF dla pacjenta,
- przekazanie rekomendacji farmaceutycznych pacjentowi i lekarzowi,
- współpraca na linii farmaceuta-pacjent-lekarz w celu optymalizacji farmakoterapii,
- poprawa efektywności klinicznej i kosztowej terapii,
- poprawa compliance pacjenta i zmniejszenie polipragmazji.

PCNE stworzyło narzędzie w celu ułatwienia przeprowadzenia wspomnianego świadczenia - Klasyfikację Problemów lekowych V9.1. Pomaga ona zidentyfikować oraz ustrukturyzować problemy lekowe na podstawie 5 składowych: problemy (również potencjalne), ich przyczyny, planowane interwencje, wynik akceptacji interwencji oraz status rozwiązania problemu.

Na podstawie wyników pilotażu przeglądu lekowego w Polsce oraz z danych innych krajów przeglądy lekowe warto szczególnie rozważyć u pacjentów z wielolekowością definiowaną jako jednoczesne pobieranie 5 i więcej leków dostępnych na receptę, osób geriatrycznych po 65. roku życia ze współistniejącymi chorobami przewlekłymi, pacjentów po przebytej hospitalizacji, pacjentów stosujących leki wysokiego ryzyka (m.in. NLPZ, leki przeciwzakrzepowe, leki przeciwplatekcyjne, diuretyki), pacjentów, u których lekarz zalecił wykonanie przeglądu lekowego. Wykonanie ww. świadczenia powinno się rozważać również u osób z podejrzeniem, w trakcie regularnego wydawania leków/ realizacji recept lub podczas przypadkowej wizyty w aptece, że istnieje ryzyko wystąpienia problemu lekowego, zgłaszania przez pacjenta objawów lub okoliczności wskazujących na możliwość wystąpienia problemu lekowego, wystąpienie objawów lub wyników diagnostycznych wskazujących na potencjalne działania niepożądane leków, ujawnienie braku przestrzegania zaleceń terapeutycznych, nieznanego powodu zażywania danego leku bądź w przypadku przepisywania pacjentowi leków przez więcej niż jednego członka zespołu medycznego.

Według wytycznych PTF dotyczących przeglądu lekowego, miejscem jego realizacji może być:

- apteka ogólnodostępna;
- oddział szpitalny;
- zakład opieki długoterminowej;
- gabinet POZ;
- gabinet ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- gabinet opieki farmaceutycznej;
- gabinet pielęgniarki środowiskowej.

Obecnie stosuje się model 3 spotkań z pacjentem, w celu efektywnego wykonania przeglądu lekowego. Po spotkaniu pierwszym, na podstawie przeprowadzonego wywiadu farmaceutycznego, wyników badań oraz wypisów ze szpitala (jeżeli są dostępne) farmaceuta przygotowuje raport z przeglądu lekowego – Indywidualny Plan Opieki Farmaceutycznej – dla lekarza i pacjenta.

Spotkanie I:

- 1) poinformowanie pacjenta o celu i zakresie wykonywanego świadczenia zdrowotnego,
- 2) pozyskanie niezbędnych zgód (patrz: aspekty prawne przeglądu lekowego) od pacjenta,
- 3) wywiad z pacjentem odbywający się stacjonarnie:
 - zebranie informacji o danych osobowych i kontaktowych pacjenta, jego statusie zawodowym, zebranie wyników badań, wykonanie możliwych pomiarów oraz informacji dotyczących jego stylu życia, stanu zdrowia oraz o stabilności jego masy ciała w trakcie ostatnich miesięcy
 - identyfikacja zdiagnozowanych chorób, informacje czy pacjent był hospitalizowany/przechodził operację i z jakiego powodu, czy posiada skierowania na świadczenia zdrowotne, obecne dolegliwości bądź niepokojące objawy zdrowotne, istniejące alergie, nietolerancje, nadwrażliwości w tym na leki
 - precyzyjne sporządzenie/otrzymanie wspólnie listy stosowanych i zaleconych leków, zebranie wyników wykonanych badań diagnostycznych z ostatnich 6–12 miesięcy, wypisów ze szpitala lub innego podmiotu leczniczego, prowadzone dzienniczki (np. wartości ciśnienia krwi, glikemii) oraz zalecenia wydane na ostatnich wizytach lekarskich.
 - analiza farmakoterapii pacjenta, a nie podejmowanie procesu diagnostycznego – ten element leży po stronie lekarskiej
 - zapytanie pacjenta o jego obawy, wątpliwości, oczekiwania oraz udzielenie odpowiedzi na zadane pytania
 - podziękowanie pacjentowi i umówienie terminu i sposobu odbioru/omówienia wyników przeglądu.
- 4) analiza poprawności farmakoterapii pacjenta oraz identyfikacja istniejących oraz potencjalnych problemów lekowych. Opracowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej – IPOF dla pacjenta i dla lekarza prowadzącego obejmujący opis wszystkich wykrytych problemów lekowych wraz z zaleceniami dotyczącymi sposobu

ich rozwiązania. Każdy problem lekowy należy opisać ze wskazaniem źródła naukowego, na którego postawie bazował farmaceuta.

Spotkanie II:

- 1) spotkanie mające na celu przekazanie przygotowanego IPOF dla pacjenta i lekarza prowadzącego oraz ewentualnych przygotowanych materiałów dodatkowych, takich jak aktualne zalecenia żywieniowe, ulotki informacyjne, zalecenia wykonania badań diagnostycznych, ustawienie harmonogramu farmakoterapii, instrukcje postępowania z danymi produktami,
- 2) spotkanie takie może odbyć się stacjonarnie, telefonicznie bądź online.

Spotkanie III:

- 1) spotkanie kontrolne mające na celu weryfikację efektywności wdrożenia IPOF oraz otrzymanie informacji zwrotnych od lekarza nt. akceptacji bądź modyfikacji planu,
- 2) odbywa się ono około miesiąc po odbyciu spotkania II.

Aspekty prawne przeglądu lekowego

Przeгляд lekowy, jak wspomniano wyżej, jest świadczeniem zdrowotnym, którego przebieg ma charakter ustrukturyzowany i dokumentowany. W związku z tym, przeprowadzając ten punkt opieki farmaceutycznej należy mieć na uwadze przestrzeganie praw pacjenta, wymogów dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej oraz zasad przetwarzania danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Według Art.29. Ustawy o prawach pacjenta dokumentacja medyczna dotycząca przeglądu lekowego powinna być przechowywana przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Osoba, która chce podjąć się przeglądu lekowego musi wyrazić pisemną zgodę na jego przeprowadzenie oraz zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych w ww. zakresie zgodnie z prawem oraz umożliwić pacjentowi upoważnienie osób trzecich do odbioru przeglądu, wyników przeglądu i/lub rozmowy na temat wyników.

Przykład przeglądu lekowego

To był październikowy, ciekawy dzień pracy w aptece. Ostatni czas był bardzo intensywny, gdyż codzienne obowiązki apteczne przeplatane były z coraz większą ilością szczepień ochronnych i wykonywanych badań diagnostycznych, m.in. w kierunku badania glikemii przygodnej u pacjentów.

Do okienka aptecznego podeszła starsza serdeczna Pani (dalej Pani Krystyna) i poprosiła czy może rozmawiać z magistrem farmacji. Z uśmiechem odpowiedziałam, że dobrze trafiła i zapytałam w czym mogę jej pomóc. Pacjentka wyjęła kartkę z zapisanymi lekami, które stosuje. Zapytała czy mogłabym wytłumaczyć jej kiedy i jak ma stosować zapisane leki. Oznajmiła, że czuje się nie najlepiej i potrzebuje pomocy, by ktoś oprócz lekarza prowadzącego zerknął na jej farmakoterapię. Umówiłam się z nią na następny dzień, z prośbą o przyniesienie rozpiski leków z konkretnymi porami ich stosowania, zapytałam o możliwość doręczenia kart hospitalizacji i/lub ostatnich wyników badań a także dostarczenia dzienniczka pomiarów ciśnienia tętniczego.

Otrzymałam następującą listę leków wraz z dawkowaniem:

PRZYJMOWANY LEK	STOSOWANIE
Euthyrox N88	Godz. 6-7 rano na czczo
Oftensin	Godz. 6-7 rano na czczo
Betaserc	Godz. 8-9 rano na czczo
Nootropil	Godz. 8-9 rano na czczo
Osteogenon	Godz. 10-11 ze śniadaniem
Xarelto/Xiltess	Godz. 10-11 ze śniadaniem
Solinco	Godz. 10-11 ze śniadaniem
Nootropil	Godz. 13-14 z obiadem
Lorista	Godz. 13-14 z obiadem
Simvacard	Godz. 20-21 do kolacji
Kalipoz	Godz. 20-21 do kolacji

Tabela 1 Lista leków otrzymanych od pacjentki.

Po poinformowaniu pacjentki czym jest przegląd lekowy i z jakich etapów się składa oraz po otrzymaniu niezbędnych do wykonania przeglądu lekowego zgód od pacjenta, rozpoczęliśmy konsultację. Pani Krystyna dostarczyła karty informacyjne z leczenia szpitalnego, z których

wynikało, że ma zdiagnozowane: niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, napadowe AF, nadciśnienie tętnicze (niekontrolowane), niedoczynność tarczycy, nieznaczną hipercholesterolemię, jaskrę OPL, zaćmę OPL, osteoporozę, przebytą mastektomię lewostronną, EPP stawu kolanowego prawego. Pacjentka posiada także przebyty epizod TIA objawiający się krótkotrwałą utratą wzroku, epizod krótkotrwałej utraty wzroku, przebyła zakrzepicę prawej kończyny dolnej oraz zgłasza problemy z nawracającym chwiejnym chodem. Zgłasza także uporczywą suchość jamy ustnej oraz długotrwałą chrypkę.

Wykonałam pomiar ciśnienia Pani Krystyny i otrzymałam wartość 135/90 mmHg.

Na podstawie zebranego wywiadu i dokonaniu odpowiednich klasyfikacji okazało się, że Pani Krystyna należy do kategorii bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Dodatkowymi czynnikami podwyższającymi u niej te ryzyko są m.in. osteoporoza, siedzący tryb życia oraz stres spowodowany obecnym stanem zdrowia. Pacjentka negowała stosowanie używek. Ponadto, na podstawie wyliczonego BMI wynikało, że pacjentka znajduje się w klasie otyłości I stopnia.

Po okazaniu dzienniczka kontroli ciśnienia tętniczego okazało się, że pacjentka ma średnio rano ciśnienie 120mmHg, natomiast wieczorem 180 mmHg. Po weryfikacji karty informacyjnej z leczenia szpitalnego okazało się, że pacjentka otrzymała zalecenie do stosowania rano 1 tabletki Lorista H 50mg/12,5mg oraz 1 tabletki Lorista 50 mg wieczorem w celu stabilizacji nadciśnienia tętniczego. Powyższe fakty wzbudziły moje obawy co do nieprawidłowego kontrolowania ciśnienia przez pacjentkę.

Pani Krystyna zaznaczyła, że nie stosuje leku Lorista rano, gdyż przyjmuje wtedy Oftensin. Czytała w ulotce, że łączne stosowanie wspomnianych leków może nieść za sobą działania niepożądane. Pacjentka jest pod stałą kontrolą okulistyczną.

Podczas rozmowy pacjentka przyznaje, że z względu na obawy i lęk, samodzielnie kilka miesięcy temu odstawiła lek Xarelto, który dotychczas stosowała nieregularnie. Oznajmiła także, że nie stosuje już od pewnego czasu leku Solinco i Kalipoz, gdyż nie jest pewna czy dalej powinna je stosować.

Ponadto z dokumentacji medycznej wynika wprost, że pacjentka posiada nieleczone zaburzenia rytmu serca.

Pani Krystyna stosuje lek Euthyrox N88 regularnie, rano, na czczo oraz jest świadoma, jakie są wskazania do stosowania ww. leku. Wyniki badań ambulatoryjnych TSH wynoszą: 7 mIU/l (norma: 0,4–4,0 mIU/l). TSH pacjentki znajduje się istotnie poza normą.

W morfologii pacjentki niejednokrotnie występowało podwyższone stężenie glukozy na czczo tj. 110 mg/dl (norma: 70-99 mg/dl). Posiłkując się dostępnymi testami FINDRISC oraz SEDRISK okazało się, że kolejno: pacjentka otrzymała wynik 20 FINDRISC - wysokie ryzyko wystąpienia cukrzycy w ciągu najbliższych 10 lat oraz SEDRISK - „Jeżeli u osoby badanej występuje minimum JEDEN z czynników ryzyka stanu przedcukrzycowego/cukrzycy typu 2 (odpowiedź „tak”) zaleca się dwukrotne badanie stężenia glukozy na czczo (badanie w osoczu krwi żyłnej, każde innego dnia) i/lub wykonanie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT) lub oznaczenie wskaźnika HbA1c (hemoglobiny glikowanej)”.

Pacjentka wyraziła również swoje obawy co do konieczności dalszego stosowania leku Simvacard, gdyż jak twierdziła, tak wiele mówi się o jego negatywnym wpływie na organizm. Na moment wywiadu stosowała lek regularnie, codziennie wieczorem po 1 tabletkę po kolacji.

Zapytałam Panią Krystynę czy stosuje dodatkowo suplementy diety bądź preparaty ziołowe, lecz zaprzeczyła. Poinformowała także o braku stwierdzonych alergii, nietolerancji lub nadwrażliwości.

Po udzieleniu pytań, które na bieżąco zadawała pacjentka i podziękowaniu jej za poświęcony czas, umówiliśmy się na stacjonarne spotkanie za dwa tygodnie w celu omówienia przygotowanego dla niej i lekarza prowadzącego leczenie Indywidualnego Planu Opieki Farmaceutycznej.

Na podstawie aktualnej wiedzy farmaceutycznej, wytycznych, rekomendacji oraz baz danych zidentyfikowałam kilka problemów lekowych.

Pierwszym istotnym problemem jest wspomniana wyżej klasyfikacja pacjentki do kategorii bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. W związku z obniżonym eGFR, należy regularnie monitorować funkcję nerek oraz poziom elektrolitów w osoczu a także uwzględniać dawkowanie leków wydalanych przez nerki do osłabionej funkcji filtracji kłębuszkowej (czytaj lek Nootropil w dalszej części). Udzieliłam porad dotyczących modyfikacji stylu życia dotyczących m.in. diety oraz aktywności fizycznej, w celu redukcji ryzyka sercowo-

naczyniowego. Przekazałam Pacjentce poradniki dietetyczne Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej w tematyce zaburzeń lipidowych, w nadciśnieniu tętniczym, diety dla zdrowia serca i układu krążenia oraz zaleceń dietetycznych w niedoczynności tarczycy.

Kolejnym problemem lekowym jest niekontrolowane nadciśnienie tętnicze (średnio ok. 180/100 mmHg; rano 120 wieczorem 180 mmHg). Pacjentka otrzymała kilka miesięcy przed przeglądem lekowym modyfikację leczenia nadciśnienia. Okazało się to bezskuteczne, gdyż kontynuowała ona leczenie sprzed zaleceń oraz nie prowadziła samokontroli ciśnienia tętniczego w domu. Poinformowałam, że docelowe wartości ciśnienia krwi w grupie wiekowej 65-79 wynoszą: <140/90 mmHg. Obecnie Pacjentka osiągnęła 80 rok życia i docelowe wartości ciśnienia krwi >80 roku życia wynoszą: < 150/80 mmHg. Zwróciłam uwagę na zalecenia w karcie informacyjnej z pobytu w szpitalu, tj wskazana kontrola CT w domu, wizyta w POZ, wskazane echo serca. Wy tłumaczyłam korzystny wpływ losartanu na układ sercowo-naczyniowy oraz jego bezpieczeństwo stosowania w podeszłym wieku, nawet z chorobami nerek. Sartany są również grupą leków najrzadziej powodującą objawy niepożądane. Zwróciłam także uwagę na konieczność (niewydolność serca oraz eGFR 44,72 mL/min/1,73m²) monitorowania stężenia elektrolitów oraz funkcji nerek podczas stosowania ww. leku (ryzyko hiperkaliemii podczas stosowania tiazydowych leków moczopędnych).

Oprócz niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego Pani Krystyna posiada także nieleczone zaburzenia rytmu serca – od 2020 roku temat został przez nią zaniechany. Poinformowałam Pacjentkę o konieczności konsultacji z lekarzem oraz wykonania zaleconego echa serca.

Istotnym problemem lekowym okazało się być zaprzestanie leczenia przeciwkrzepliwego rywaroksabanem od kilku miesięcy. Wcześniej Pacjentka stosowała go nieregularnie z przerwami. Twierdziła, że odstawiła lek z powodu obawy o dolegliwości bólowe żołądka. Poinformowałam o konieczności i bezpieczeństwie stosowania leku Xarelto oraz że leczenie rywaroksabanem należy kontynuować długotrwale pod warunkiem, że korzyść wynikająca z profilaktyki udaru i zatorowości obwodowej przeważa nad ryzykiem wystąpienia krwawienia. Zaznaczyłam, że rywaroksaban należy przyjmować razem z posiłkiem, co zmniejsza ryzyko wystąpienia dolegliwości żołądkowo-jelitowych. Poinformowałam o konieczności konsultacji z lekarzem w celu dostosowania dawki leku Xarelto, gdyż Pacjentka znajduje się w grupie umiarkowanego zaburzenia czynności nerek. Ponadto powinna ustalić z lekarzem planu dalszej terapii, łącznie z innymi stosowanymi lekami. Wspomniałam również o konieczności otrzymania skierowania na badania (morfologia krwi, badania czynnościowe wątroby, mocznik, kreatynina oraz elektrolity). Według skali CHA₂DS₂-VASc Pani Krystyna posiada

6,7%- owe ryzyko wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu w ciągu roku, co jest wskazaniem do leczenia przeciwzakrzepowego w jej przypadku.

Zidentyfikowanym potencjalnym problemem lekowym jest ryzyko nasilenia działania przeciwzakrzepowego w przypadku łącznego stosowania leku Nootropil, który pacjentka zaczęła stosować od niedawna, z lekiem Xarelto.

Ponadto, istnieje potrzeba dostosowania dawki i monitorowania leczenia lekiem Nootropil 1200mg. Pacjentka od kilku miesięcy regularnie stosuje lek Nootropil 1200mg 2x dziennie 1 tabletka (rano na czczo (godz. 8-9) 1 tabletka i podczas obiadu (godz. 13-14) 1 tabletka). Zaleca się dostosowanie dawki leku Nootropil u osób w podeszłym wieku z zaburzeniami czynności nerek (pacjentka: eGFR 44,27 mL/min/1,73m² oraz kreatynina 1,00 mg/dl), gdyż jest on wydalany przez nerki w około 90% w postaci niezmienionej. Z przeprowadzonych obliczeń klirensu kreatyniny oraz wskazań CHPL leku Nootropil wynika, że Pacjentka znajduje się w grupie umiarkowanego zaburzenia czynności nerek. Według wskazań CHPL powinna stosować 2x dziennie po 400 mg piracetamu przez 8 tygodni. Poinformowałam Panią Krystynę o konieczności konsultacji z lekarzem i dostosowania dawki ww. leku.

Zasugerowałam ponadto konsultację z lekarzem w celu dostosowania dawki lewotyroksyny oraz otrzymania skierowania na dodatkowe badania hormonów tarczycy. Poinformowałam także o koniecznym wykonaniu badań laboratoryjnych TSH (opcjonalnie T4) co 3 miesiące po zmianie dawki leku.

Kolejnym problemem okazały się być powtarzające podwyższone wyniki badań glukozy na czczo. Przekazałam Pan Krystynie zalecenie o konieczności konsultacji z lekarzem i wykonaniu badań glukozy na czczo oraz hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Udzieliłam jej porad dotyczących właściwej diety i stylu życia. Przekazałam także poradniki dotyczące diety niskowęglowodanowej oraz tabelę produktów spożywczych z niskim indeksem glikemicznym.

Pani Krystyna nie stosuje rano leku Lorista ze względu na przyjmowanie leku Oftensin. Wyjaśniłam, że lek Oftensin jest lekiem stosowanym miejscowo i aby ograniczyć wystąpienie potencjalnych działań niepożądanych należy podawać tylko jedną kroplę w porze przyjmowania produktu. Wchłanianie ogólnoustrojowe β -adrenolityków podawanych miejscowo można ograniczyć, gdy uciśnie się kanał nosowo-łzowy lub zamknie powieki na tak długo jak jest to możliwe (3-5 minut) po podaniu kropli. Przypomniałam Pacjentce, że nie wolno samodzielnie odstawiać leczenia przeciwjaskrowego.

Potencjalnym problemem lekowym, okazało się być ryzyko wystąpienia interakcji pomiędzy lekami Nootropil i Euthyrox. Pacjentka dodatkowo zgłaszała objawy przemijającego chwiejnego chodu. Zanotowano przypadki splątania, drażliwości i bezsenności podczas stosowania leku Nootropil równocześnie z hormonami tarczycy. Poinformowałam o konieczności stosowania 1 tabletki Nootropil między śniadaniem a obiadem oraz 1 tabletki Nootropil z kolacją. Zaleciłam, aby skonsultować się z lekarzem w przypadku wystąpienia wspomnianych działań niepożądanych.

Kolejną lampką, która zapaliła się w mojej głowie były obawy co do konieczności stosowania leku Simvacard. Pacjentka negowała występowanie działań niepożądanych, które potencjalnie mogłyby przypominać skutki uboczne stosowania statyn, jednak wspomniała o braku wykonania badań przed rozpoczęciem stosowania leku Simvacard tj. profil lipidowy, ALT i/lub AST oraz kinazę keratynową (m.in. u pacjentów z niewydolnością nerek oraz wiek >70 roku życia). Pacjentka znajduje się w grupie bardzo wysokiego ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 – należy wykonać dodatkowo pomiar glukozy we krwi lub HbA1c. Poinformowałam o korzystnym wpływie oraz zmniejszonej umieralności na choroby układu sercowo-naczyniowego podczas stosowania simwastatyny, szczególnie przy współistnieniu dodatkowych czynników ryzyka. Zapewniłam o bezpieczeństwie leczenia z użyciem statyn oraz rozmawialiśmy o prawidłowym stosowaniu Simvacard oraz unikaniu picia z nim soku grapefruitowego. Poinformowałam Pacjentkę o konieczności zgłaszania bólów mięśni, kurczy i/lub osłabienia siły mięśniowej oraz o konieczności wykonywania rutynowych badań kontrolnych podczas leczenia statynami. Zaleca się wykonanie badań:

- po 8-12 tygodniach terapii: Profil lipidowy, ALT, AST, i HbA1c jeśli pacjent jest w grupie ryzyka CT2.
- Należy zapytać czy pacjent nie doświadcza dolegliwości ze strony mięśni, jeżeli tak, to należy zmierzyć poziom CK,
- po 12 miesiącach: Profil lipidowy, ALT, AST.

Poinformowałam Panią Krystynę, że nie ma konieczności zmiany dawkowania u pacjentów w podeszłym wieku z umiarkowaną niewydolnością nerek, jednak należy skonsultować się z lekarzem celem uzyskania skierowania na badania i dostosowania dawki do chorób współistniejących oraz znajdowania się pacjentki w grupie bardzo wysokiego ryzyka sercowo – naczyniowego. Dodałam, że zgodnie z obecnymi rekomendacjami sugeruje się oznaczenie stężenia lipoproteiny (a) przynajmniej raz w życiu każdego dorosłego a w szczególności u

pacjentów z grup ryzyka. Staralam się także zachęcić Pacjentkę do zwiększenia ilości aktywności fizycznej.

Pani Krystyna znajduje się w grupie umiarkowanego zaburzenia czynności nerek:

- eGFR 44,27 mL/min/1,73m²,
- kreatynina 1,00 mg/dl,
- stężenie mocznika: 53 mg/dl.

Wytyczne NICE NG203 zalecają, aby u pacjentów z:

- eGFR 30-59 i ACR >równe 30
- eGFR 15-45 i ACR <równe 30

wykonywać regularne badania krwi co 6 miesięcy.

Poinformowałam o konieczności wykonywania regularnych badań służących do monitorowania funkcji nerek (eGFR i ACR) oraz poziomu elektrolitów. Zwróciłam również uwagę na odpowiednie nawodnienie i konieczność regularnych pomiarów ciśnienia krwi.

Potencjalnym problemem lekowym, który również zwrócił mogą uwagę było ryzyko wystąpienia interakcji pomiędzy lekami Osteogenon i Lorista H. Pacjentka od długiego czasu stosuje prewencyjnie lek Osteogenon regularnie w ilości 1 tabletki dziennie. Podczas hospitalizacji w szpitalu kilka miesięcy wcześniej Pani Krystyna dostała zalecenie stosowania leku Lorista H 50mg+12,5mg (losartan + hydrochlorotiazyd) 1 x dziennie rano oraz leku Lorista 50 mg 1 x dziennie wieczorem. Na moment wykonywania przeglądu lekowego stosowała 1x dziennie lek Lorista z obiadem. Nie zaleca się łączenia leku Osteogenon z tiazydowymi lekami moczopędnymi (m.in. hydrochlorotiazyd), gdyż istnieje zwiększone ryzyko hiperkalcemii, spowodowanej zmniejszonym wydalaniem wapnia w moczu. W przypadku niewydolności nerek należy regularnie sprawdzać stężenie wapnia w surowicy krwi i w moczu. Poinformowałam Pacjentkę o konieczności potwierdzenia bezpieczeństwa zalecanej terapii z lekarzem prowadzącym.

Kolejnym problemem było ryzyko wystąpienia interakcji pomiędzy lekami Osteogenon i Euthyrox, które są stosowane regularnie, gdyż istnieje ryzyko zmniejszonego wchłaniania lewotyroksyny podczas podawania łącznie z lekiem Osteogenon. Poinformowałam Pacjentkę o konieczności zachowania odstępu co najmniej 2 godzin pomiędzy podawaniem tych leków.

Pani Krystyna wyrażała wątpliwości dotyczące potrzeby kontynuacji stosowania leku Kalipoz. Stosowała go wcześniej, jednak nie został on zalecony podczas ostatniej hospitalizacji. Poinformowałam Pacjentkę, że jednoczesne stosowanie losartanu i hydrochlorotiazydu i leków moczopędnych oszczędzających potas, suplementów potasu, zamienników soli zawierających potas lub innych produktów leczniczych, które mogą zwiększyć stężenie potasu w surowicy krwi (np. produktów zawierających trimetoprim) nie jest zalecane. Poleciałam konsultację z lekarzem oraz zbadanie poziomu elektrolitów we krwi.

W przypadku rozpoczęcia stosowania leku Lorista H przez Panią Krystynę istnieje potencjalne ryzyko wystąpienia interakcji potrójnej kaskady tzw. *triple whammy*. Podczas stosowania NLPZ wzrasta ryzyko wystąpienia ostrej niewydolności nerek u pacjentów, którzy oprócz leków moczopędnych stosują IKA lub sartany. Poinformowałam Pacjentkę o ryzyku wystąpienia interakcji potrójnej kaskady i podkreśliłam rolę unikania przyjmowania NLPZ a w przypadku konieczności ich stosowania - monitorowanie ciśnienia krwi. Poleciałam alternatywne leczenie potencjalnego bólu – paracetamol i/lub NLPZ w postaci maści/żelu/plastrów. W przypadku kiedy ww. leczenie jest niewystarczające, Pacjentka powinna zwrócić się do lekarza prowadzącego.

Kolejną zagwozdką okazały się być problemy z brakiem dokumentacji oraz przekonania Pani Krystyny co do konieczności kontynuowania terapii lekiem Solinco.

Zasugerowałam konieczność konsultacji z lekarzem w celu omówienia zasadności dalszego stosowania wspomnianego leku.

Istotnym elementem była także potrzeba udzielenia informacji dotyczących zmian farmakoterapii w przypadku sytuacji odwodnienia organizmu. Pacjentka przyjmuje na stałe losartan (Lorista) – bloker receptora angiotensynowego. Leki, które obniżają ciśnienie krwi lub powodują skurcz objętości, mogą zwiększać ryzyko ostrego uszkodzenia nerek (AKI) poprzez zmniejszenie perfuzji kłębuszkowej w przypadku odwodnienia. Poinformowałam Panią Krystynę o konieczności utrzymania odpowiedniego poziomu nawodnienia organizmu oraz o konieczności tymczasowego zaprzestania stosowania leku Lorista w sytuacji wystąpienia objawów odwodnienia organizmu (ból głowy, osłabienie, mało oddawanego moczu, suchość w jamie ustnej, sucha i zimna skóra, dezorientacja, zawroty głowy) i pilny kontakt z lekarzem. Ponadto, Pacjentka zgłaszała pojawiający się od około pół roku problem z suchością gardła oraz towarzyszącą chrypką. Twierdziła, że stosowała wiele preparatów i nic nie pomogło.

Poinformowano o konieczności konsultacji z lekarzem i właściwego nawadniania zgodnie z zaleceniami NCEŻ.

Moją uwagę zwróciły także niskie wyniki morfologii Pacjentki dotyczące wartości hemoglobiny i średniego stężenia hemoglobiny w krwi czerwonej, które wynosiły odpowiednio:

- HGB 12,0 g/dl (12,0-15,7 g/dl)
- MCHC 32,0 g/dl (32,0-37,0 g/dl)

Poinformowałam o konieczności konsultacji wyników z lekarzem oraz o kluczowym wpływie stosowania diety bogatej w żelazo hemowe i niehemowe na parametry morfologii krwi.

Powyższe problemy lekowe zebrałam w profesjonalnie przygotowany raport Indywidualnego Planu Opieki Farmaceutycznej zarówno dla pacjenta jak i lekarza. Każdemu problemowi zostało przypisane źródło naukowe, na którym się opierałam, opis problemu oraz propozycja jego rozwiązania. W raporcie umieściłam również własne dane kontaktowe, z prośbą o kontakt w przypadku jakichkolwiek pytań.

W trakcie przekazywania raportów Pani Krystyna nie kryła swojej wdzięczności oraz zachwytu jak wiele pracy wymagało wykonanie przeglądu lekowego w jej przypadku.

Podczas kolejnej rozmowy, która odbyła się miesiąc po przekazaniu IPOF Pacjentka poinformowała, że lekarz uwzględnił zasugerowane problemy w dostosowaniu terapii i dostała zalecenia na kolejne badania oraz m.in. będzie miała zakładany Holter EKG. Pani Krystyna wyraziła zgodę na wykorzystanie jej przeglądu lekowego w celach edukacyjnych.

Farmaceuci w przychodniach lekarskich – nowa era opieki farmaceutycznej

Farmaceuci zatrudnieni w przychodniach lekarskich to stosunkowo nowa, ale niezwykle ważna rola w systemie ochrony zdrowia. Ich zadaniem jest współpraca z lekarzami i pacjentami w celu optymalizacji farmakoterapii, co obejmuje m.in. wykonywanie przeglądów lekowych. Taki model sprawdza się zwłaszcza w krajach rozwiniętych, a jego pierwsze wdrożenia można obserwować także w Polsce.

Jak działa farmaceuta w przychodni?

- ◆ Konsultacje z pacjentami – farmaceuta analizuje listę przyjmowanych leków, sprawdza interakcje, przeciwwskazania oraz skuteczność terapii. Pomaga pacjentom lepiej zrozumieć ich leczenie i unikać błędów w stosowaniu leków.
- ◆ Współpraca z lekarzami – farmaceuta wspiera lekarzy w podejmowaniu decyzji dotyczących farmakoterapii, dostarczając rekomendacje dotyczące optymalizacji leczenia. Może np. sugerować zmianę dawki, odstawienie zbędnych leków lub wybór bezpieczniejszej alternatywy.
- ◆ Przeglądy lekowe dla pacjentów przewlekle chorych – osoby przyjmujące wiele leków jednocześnie (np. seniorzy, pacjenci kardiologiczni, diabetologiczni) są szczególnie narażone na działania niepożądane. Regularne przeglądy pozwalają zmniejszyć ryzyko polipragmazji i skutków ubocznych.
- ◆ Edukacja pacjentów – farmaceuci wyjaśniają pacjentom, jak prawidłowo przyjmować leki, jakie mogą wystąpić interakcje i na co zwrócić uwagę w codziennym stosowaniu terapii.
- ◆ Monitorowanie terapii – dzięki systematycznym kontrolom farmaceuci pomagają unikać problemów wynikających z niewłaściwego stosowania leków, takich jak przedawkowanie, pomijanie dawek czy niewłaściwe łączenie leków.

Obecnie w Polsce farmaceuci kliniczni i apteczni dopiero zaczynają być włączani do zespołów medycznych w przychodniach i szpitalach. W krajach takich jak Wielka Brytania, Kanada czy USA jest to już standard – tam farmaceuci mają stałe miejsce w systemie podstawowej opieki zdrowotnej, a ich rola jest kluczowa w zapewnieniu pacjentom bezpiecznej farmakoterapii.

Wdrożenie farmaceutów do przychodni w Polsce wymaga zmian systemowych, ale pierwsze pilotaże i pozytywne efekty współpracy z lekarzami pokazują, że to przyszłość nowoczesnej opieki zdrowotnej.

Przeгляд lekowy obejmuje szczególowy wywiad, identyfikację problemów lekowych pacjenta, stworzenie planu opieki farmaceutycznej oraz budowanie komunikacji na linii farmaceuta-pacjent-lekarz. To kluczowe narzędzie w poprawie jakości leczenia, które chroni pacjentów przed błędami farmakoterapeutycznymi i niepotrzebnym ryzykiem zdrowotnym. Ich znaczenie wykracza daleko poza samą analizę przyjmowanych leków – wpływają na bezpieczeństwo terapii, efektywność leczenia i optymalizację kosztów w systemie ochrony zdrowia.

- ◆ Bezpieczeństwo pacjentów – eliminują błędy w stosowaniu leków, wykrywają potencjalnie niebezpieczne interakcje oraz zapobiegają skutkom ubocznym wynikającym z polipragmazji (przyjmowania wielu leków jednocześnie).

- ◆ Lepsza skuteczność terapii – farmaceuci mogą wskazać leki, które są niepotrzebne, nieefektywne lub mogą zostać zastąpione bezpieczniejszymi i bardziej skutecznymi alternatywami.

- ◆ Zmniejszenie liczby hospitalizacji – nieprawidłowa farmakoterapia to jedna z głównych przyczyn przyjęć do szpitala, zwłaszcza u osób starszych. Przeglądy lekowe pomagają tego uniknąć, zmniejszając obciążenie dla systemu ochrony zdrowia.

- ◆ Wsparcie dla lekarzy – farmaceuci mogą pomóc lekarzom w monitorowaniu terapii pacjentów, ułatwiając podejmowanie trafniejszych decyzji terapeutycznych.

- ◆ Oszczędności dla systemu ochrony zdrowia – eliminacja zbędnych leków i unikanie powikłań farmakoterapii zmniejsza koszty leczenia, zarówno dla pacjentów, jak i całego systemu opieki zdrowotnej.

Reasumując – przeglądy lekowe to inwestycja w zdrowie pacjentów i efektywność systemu ochrony zdrowia. To nie tylko korzyść dla jednostek, ale także krok w stronę bardziej świadomej, bezpiecznej i zrównoważonej farmakoterapii.

Bibliografia

(27 sierpnia 2004 r.). *Art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.4)*. Warszawa: Dziennik Ustaw RP.

dr hab. n. farm. M. Drozd, p. d. (2023). *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego dotyczące prowadzenia świadczenia zdrowotnego – przegląd lekowy*. Warszawa: POLSKIE TOWARZYSTWO FARMACEUTYCZNE.

<https://ptmr.info.pl/przeglady-lekowe/>. (brak daty).

Neumann-Podczaska A, W.-T. K. (2023). *Pilotaż Przeglądów Lekowych - historie prawdziwe*.

(24 kwietnia 2024 r.). *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 kwietnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie farmaceuty*. Warszawa: Dziennik Ustaw RP.

P. Merks, A. N.-P.-T. (2023). *Opieka farmaceutyczna w geriatricy*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

(2 grudnia 2021 r.). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych*. Warszawa: Dziennik Ustaw RP.

(10 grudnia 2020 r.). *USTAWA z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty*. Warszawa: Dziennik Ustaw RP.

Spis tabel i wykresów

Diagram 1 Rodzaje przeglądów lekowych..... 7

Tabela 1 Lista leków otrzymanych od pacjentki. 12