

Rola i zadania farmaceuty w hospicjum stacjonarnym na podstawie badania pilotażowego

Pharmacist's role and his activities in residential hospice on the basis on preliminary study

Iga Pawłowska¹, Leszek Pawłowski², Monika Lichodziejewska-Niemierko²

¹Katedra i Zakład Farmakologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Farmaceuci uczestniczą w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce na zasadach ogólnych wynikających z przepisów prawa farmaceutycznego oraz rozwiązań pozaprawnych ukształtowanych przez praktykę.

Cel pracy: Ustalenie zadań farmaceuty i warunków ich realizacji w hospicjum stacjonarnym.

Materiał i metody: Dane uzyskano z dwóch rodzajów anonimowych kwestionariuszy, z których pierwszy został skierowany do kierowników hospicjów stacjonarnych, drugi do farmaceutów zatrudnionych w tych placówkach. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego.

Wyniki i wnioski: W badaniu pilotażowym wzięło udział 21 hospicjów stacjonarnych, z których uzyskano łącznie 29 ankiet. Połowa badanych placówek nie zatrudniała farmaceuty i nie miała jednostki organizacyjnej przeznaczonej do realizacji usług farmaceutycznych. W 1/4 hospicjów farmaceuta był uważany przez kierownika za członka podstawowego składu zespołu terapeutycznego, jednak żaden z badanych farmaceutów nie uważał siebie za członka tego zespołu.

Do zadań, które w hospicjum powinien wykonywać farmaceuta, kierownicy tych placówek zaliczyli przede wszystkim: udzielanie informacji o lekach (81%) i zamawianie leków lub wyrobów medycznych (62%), co znalazło potwierdzenie również w opiniach farmaceutów dotyczących ich podstawowych zadań (odpowiednio 75% i 62,5%). Pozytywnie włączenie farmaceuty do opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych oceniali 75% kierowników placówek, dostrzegając zwłaszcza jego rolę jako konsultanta, który współuczestniczy w procesie terapeutycznym. Z kolei farmaceuci wśród najważniejszych korzyści ze swojego zaangażowania w działalność hospicjum wskazali właściwe przechowywanie leków oraz prowadzenie dokumentacji dotyczącej przychodu i rozchodu leków psychotropowych.

Podsumowując – funkcja konsultacyjna i doradcza stanowi podstawowe zadanie farmaceuty w opiece paliatywnej i hospicyjnej, a jego zaangażowanie w tę opiekę, poprzez wykonywanie usług farmaceutycznych, może powodować zmniejszenie kosztów leczenia.

Słowa kluczowe: farmacja szpitalna, farmaceuci, prawo farmaceutyczne, opieka paliatywna, hospicja, opieka hospicyjna.

Abstract

In Poland, pharmacists are involved in hospice and palliative care on behalf on general rules from pharmaceutical law and other regulations, which were established in the practice.

Objective: To determine pharmacist's activities in residential hospice and to assess conditions of their implementation.

Material and methods: Data obtained from two different anonymous questionnaires (first directed to the principal managers of the hospice, and the second to the pharmacists). The method was the diagnostic survey.

Results and conclusion: Twenty-one residential hospices took part in the preliminary study; 29 questionnaires were received. Half of the examined hospices do not employ any pharmacist and do not have any hospital pharmacy. In 1/4 hospices, according to principal managers, pharmacist belong to the therapeutic team, however, no one pharmacist agree with this statement. The main pharmaceutical services, according the principal managers, should include information of drugs (81%) and ordering drugs and other medical products (62%). Pharmacists answers were similar (75% and 62.5%, respectively). 75% of principal managers have got positive attitude towards the involvement of a pharmacist into palliative care in residential hospices. They consider the pharmacist as a consultant, who

co-participate in therapeutic process. Pharmacists, on the other hand, to the main benefits of their presence in hospice, add the proper drug storage and documentation of controlled substances. In conclusion, counseling and educating is the basic activity of the pharmacist in hospice and palliative care. His involvement into this care may decrease the costs of the treatment due to paying various pharmaceutical services.

Key words: pharmacy service, hospital, pharmacists, legislation, pharmacy, palliative care, hospices, hospice care.

Adres do korespondencji:

dr Iga Pawłowska, Katedra i Zakład Farmakologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębowa 23, 80-204 Gdańsk, e-mail: iga112gumed.edu.pl

WPROWADZENIE

Opieka paliatywna i hospicyjna charakteryzuje się interdyscyplinarnym podejściem do chorego, co wymaga zaangażowania przedstawicieli różnych zawodów medycznych i niemedycznych. Obok lekarza i pielęgniarki, osobą, która bierze udział w farmakoterapii pacjenta zmierzającej do łagodzenia bólu i zwalczania innych uciążliwych objawów, jest farmaceuta. Przedstawiciel każdego z zawodów w zakresie swoich kompetencji czuwa nad zapewnieniem prawidłowego i bezpiecznego leczenia, będącego nieodłącznym elementem opieki paliatywnej.

Zaangażowanie farmaceuty w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest powszechną praktyką w wielu krajach, natomiast w Polsce nie zostało uwzględnione w przepisach określających minimalne wymagania dotyczące personelu hospicjów. Nie jest również objęte finansowaniem w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Analiza przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.), zwanej dalej „u.p.f.”, prowadzi do wniosku, że placówki udzielające świadczeń w warunkach stacjonarnych i całodobowych, do których należą hospicja stacjonarne, powinny zatrudnić farmaceutę. Wynika to z ciążącego na nich obowiązku utworzenia apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej, przewidzianego w art. 87 ust. 2a w związku z ust. 1 pkt 2 i ust. 4 u.p.f. oraz z art. 90 u.p.f., który stanowi, że przy wykonywaniu w aptece czynności fachowych mogą być zatrudnieni wyłącznie farmaceuci i technicy farmaceutyczni w granicach ich uprawnień zawodowych. Chociaż przepisy prawne nie określają wymagań dotyczących działu farmacji szpitalnej, regulując jedynie zakres usług farmaceutycznych w nim wykonywanych, to zgodnie z art. 87 ust. 4 u.p.f., dział ten pełni funkcję apteki szpitalnej. W związku z tym należy przyjąć, że do działu farmacji szpitalnej stosuje się analogiczne wymagania dotyczące personelu jak w przypadku apteki szpitalnej. Przemawia za tym również fakt, że w jego ramach wykonywane są usługi farmaceutyczne będące czynnościami fachowymi zare-

zerwowanymi dla farmaceutów i w ograniczonym zakresie dla techników farmaceutycznych. Warto podkreślić, że w odróżnieniu od farmaceuty, technik farmaceutyczny, zgodnie z art. 91 ust. 1 u.p.f., nie jest uprawniony do wydawania produktów leczniczych mających w swoim składzie substancje bardzo silnie działające, odurzające i psychotropowe z grupy I-P i II-P, które są powszechnie stosowane w stacjonarnych placówkach opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Główny Inspektor Farmaceutyczny, zwany dalej „GIF”, w komunikacie nr 1/2012 z dnia 12 marca 2012 r. także potwierdził obowiązek utworzenia apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej w każdym szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Z kolei w piśmie stanowiącym odpowiedź na pytanie jednego z autorów niniejszego artykułu o nr. GIF-P-L-022/11/PB/12, doprecyzował treść ww. komunikatu, wyjaśniając, że obowiązek ten dotyczy wyłącznie przedsiębiorstw podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Do tej grupy należą wszystkie hospicja stacjonarne, w związku z czym również na nich spoczywa obowiązek utworzenia i prowadzenia apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej. Pierwszą z tych form należy utworzyć wówczas, gdy niezbędne jest wykonywanie usług farmaceutycznych w pełnym zakresie, określonym w art. 86 ust. 2 i 3 u.p.f. W przypadku placówek, w których konieczne jest realizowanie usług farmaceutycznych w zakresie określonym w art. 87 ust. 4, wystarczające jest utworzenie działu farmacji szpitalnej.

Wyżej opisany obowiązek utworzenia apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej w stacjonarnych placówkach ochrony zdrowia jest wynikiem zmian wprowadzonych w przepisach u.p.f. przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 ze zm.).

Obowiązki farmaceuty w hospicjum stacjonarnym można rozpatrywać w obrębie czterech obszarów: klinicznego, organizacyjnego, wspierającego oraz edukacyjnego [1]. W każdym z nich wykonywane są usługi farmaceutyczne określone w u.p.f. i w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tj. Dz. U. z 2008 r.

nr 136, poz. 856 ze zm.) oraz inne czynności należące do kompetencji farmaceuty. Do usług farmaceutycznych przepisy prawa zaliczają: zamawianie oraz wydawanie produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, sporządzanie leków recepturowych, a także sprawowanie nadzoru nad ich przechowywaniem, wykorzystaniem i utylizacją. Z kolei, udzielanie informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych stanowi istotny element obszaru edukacyjnego działalności farmaceuty. Do innych usług farmaceutycznych zalicza się: współudział w badaniach klinicznych oraz w monitorowaniu działań niepożądanych leków. Również w gestii farmaceuty jest kierowanie apteką bądź działem farmacji szpitalnej, a także współuczestniczenie w sprawowaniu nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi. Jedną z najnowszych usług farmaceutycznych jest opieka farmaceutyczna, rozumiana jako dokumentowany proces, podczas którego farmaceuta wraz z innymi przedstawicielami zawodów medycznych czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii. Niemniej jednak w Polsce nie ma danych na temat wykonywania tej usługi w aptekach szpitalnych i działach farmacji szpitalnej.

W zagranicznych publikacjach dość szeroko omawiany jest udział farmaceuty w opiece paliatywnej i hospicyjnej. W niektórych krajach farmaceuta kliniczny jest pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego i podejmuje samodzielnie decyzje w zakresie swoich uprawnień zawodowych [1, 2]. Do jego obowiązków należy między innymi udzielanie pomocy rodzinie zmarłego pacjenta w zakresie utylizacji niewykorzystanych leków. Monitoruje on leczenie pacjenta oraz wykrywa błędy lekowe, które przy stosowaniu wielu różnych postaci oraz rodzajów leków, w szczególności opioidów i substancji o wąskim zakresie terapeutycznym lub mających wiele działań niepożądanych, mogą być zagrożeniem dla zdrowia lub życia pacjenta [3]. Z kolei przykładem roli edukacyjnej jest tworzenie materiałów informacyjnych dla pacjentów dotyczących leków stosowanych poza wskazaniem, ze względu na to, że treść ulotki nie zawiera tego rodzaju wskazówek dla chorego. Przewodzone są także badania dotyczące konsultacji udzielanych przez farmaceutę i ich wpływu na poprawę jakości leczenia, które wykazały, że poprzez dokonywaną przez farmaceutę identyfikację i eliminację problemów lekowych następuje zwiększenie skuteczności farmakoterapii [4].

Farmaceuci pracujący w hospicjach brytyjskich mają dostęp do wielu artykułów dotyczących ich roli w opiece paliatywnej, działają tam również organizacje wspierające i edukujące, takie jak *Palliative Care Pharmacists Network* [5, 6]. W styczniu 2009 r. została wydana przez *American Society Health-System Pharmacists* publikacja pt. *Palliative Pharmacy Care* będąca nieocenioną pomocą dla farmaceutów pracujących w opiece paliatywnej w Stanach Zjednoczonych [7].

W Polsce brakuje wystarczającego piśmiennictwa dostosowanego do rodzimych realiów. Obecnie farmaceuta pracujący w hospicjum, oprócz aktów prawnych, których interpretacja budzi wiele wątpliwości, własnej wiedzy i doświadczenia, nie ma zbyt wielu źródeł informacji. Dostępnych jest zaledwie kilka publikacji o charakterze pogładowym [8–13]. Ponadto problem udziału farmaceuty w opiece paliatywnej nie został nigdy poddany badaniom naukowym. Bardzo trudno określić, ilu farmaceutów oraz w jakim stopniu jest zaangażowanych w tę opiekę oraz jakie usługi farmaceutyczne są faktycznie realizowane w hospicjach stacjonarnych.

Celem przedmiotowego badania pilotażowego jest ustalenie zakresu zadań farmaceuty w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz określenie warunków ich realizacji w praktyce hospicjów stacjonarnych. W związku z pilotażowym charakterem badania ma ono służyć również przygotowaniu i przeprowadzeniu kolejnego badania w tym zakresie, obejmującego większą liczbę respondentów [14].

MATERIAŁ I METODY

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, w którym posłużono się techniką anonimowej ankiety [15, 16]. Narzędziami badawczymi były dwa rodzaje kwestionariuszy, z których pierwszy został skierowany do kierowników hospicjów stacjonarnych (kwestionariusz nr 1), natomiast drugi do farmaceutów zatrudnionych w tych placówkach (kwestionariusz nr 2).

Kwestionariusz nr 1 zawierał 11 pytań z opcją do wyboru lub uzupełnienia, dotyczących charakterystyki placówki, obecności farmaceuty i jego miejsca w zespole oraz gospodarki lekowej. Kwestionariusz nr 2 składał się z 18 pytań o podobnym charakterze, których treść obejmowała dane dotyczące respondenta, warunków zatrudnienia, zakresu wykonywanych zadań oraz relacji z zespołem terapeutycznym.

Materiał przedmiotowego badania stanowiły dane uzyskane od wyżej wymienionych grup ankietowanych.

Komplet kwestionariuszy, składający się z jednego kwestionariusza nr 1 i dwóch kwestionariuszy nr 2, został przesłany pocztą do hospicjów stacjonarnych, które zgodziły się na udział w badaniu podczas wcześniej przeprowadzonej rozmowy telefonicznej. Do badania włączono zarówno hospicja stacjonarne, zatrudniające farmaceutę, jak i placówki, które nie współpracowały z farmaceutą.

WYNIKI

W badaniu pilotażowym wzięło udział 21 hospicjów stacjonarnych. Dziewiętnaście kwestionariuszy zosta-

ło wypełnionych przez kierowników placówek oraz 10 przez farmaceutów pracujących w 9 hospicjach.

Wyniki uzyskane na podstawie badania opinii kierowników hospicjów stacjonarnych

Zgodnie z danymi uzyskanymi od kierowników hospicjów stacjonarnych, w połowie badanych placówek było powyżej 10 do 20 łóżek dla pacjentów, a w 31% powyżej 20, natomiast w 19% od 5 do 10. Spośród wszystkich hospicjów biorących udział w badaniu 81% prowadziło również opiekę domową.

Na rycinie 1. przedstawiono formy organizacyjne realizacji usług farmaceutycznych w hospicjach stacjonarnych wg opinii kierowników tych placówek. Zgodnie z danymi na niej prezentowanymi połowa badanych hospicjów nie dysponuje przeznaczoną do wykonywania tego rodzaju zadań jednostką organizacyjną, a zaledwie w 6% jest dział farmacji szpitalnej. W pozostałych placówkach usługi farmaceutyczne są realizowane w ramach innych jednostek, wśród których respondenci wskazywali aptekę działającą poza hospicjum lub magazyn.

Wyniki uzyskane na podstawie opinii kierowników hospicjów stacjonarnych pokazują, że farmaceuci są zatrudnieni w połowie badanych placówek, z czego zdecydowaną większość stanowią podmioty zatrudniające wyłącznie jednego farmaceutę. Przedmiotowe dane przedstawiono szczegółowo na rycinie 2.

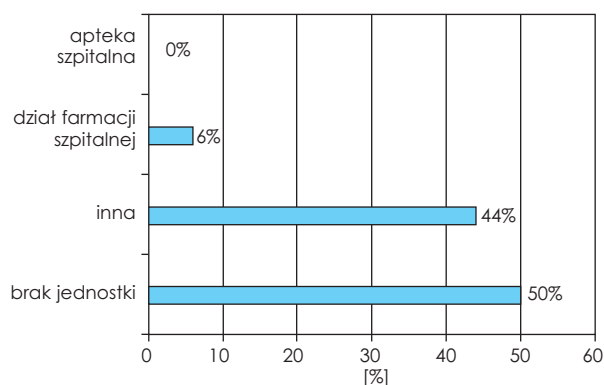
Wśród osób odpowiedzialnych za prowadzenie gospodarki lekowej w hospicjum stacjonarnym, kierownicy placówek najczęściej wymieniali pielęgniarkę (69%) i lekarza (44%), a farmaceutę znalazł się na trzeciej pozycji (25%). Szczegółowe dane w tym przedmiocie prezentuje rycina 3. (podane odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru). Innymi osobami odpowiedzialnymi za gospodarkę lekową zdaniem badanych z tej grupy byli dyrektor hospicjum (w dwóch placówkach) i student farmacji.

Jedna czwarta respondentów z grupy kierowników wskazywała na obecność farmaceuty w podstawowym składzie zespołu terapeutycznego w hospicjum stacjonarnym. Badani znacznie częściej wymieniali w składzie tego zespołu pielęgniarki, psychologa, lekarza, duchownego, wolontariusza, rehabilitanta i pracownika socjalnego, co szczegółowo zaprezentowano na rycinie 4. (podane odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru).

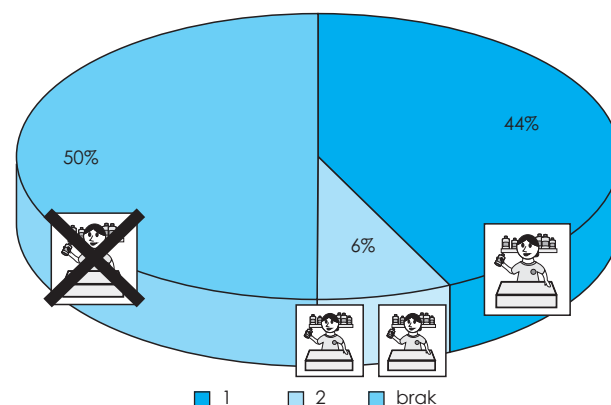
W większości badanych placówek wg opinii ich kierowników członkowie zespołu terapeutycznego zasięgają konsultacji farmaceuty (44%), a w niewiele mniej niż 1/3 tego rodzaju konsultacje nie są praktykowane, co zostało przedstawione na rycinie 5.

Kierownicy hospicjów stacjonarnych wśród zadań, które farmaceuta powinien wykonywać w tego rodza-

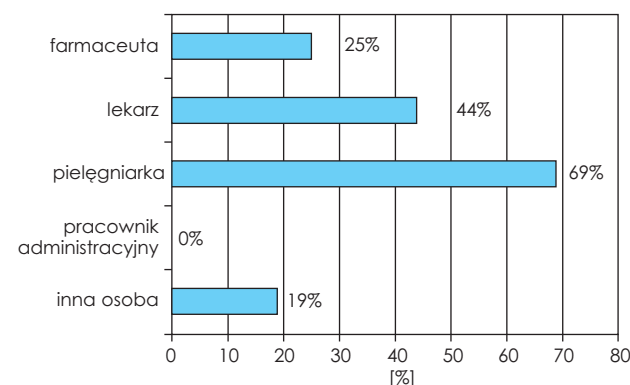
ju placówce, najczęściej wskazywali udzielanie informacji o lekach (81%) oraz zamawianie leków lub wyrobów medycznych (62%). Połowa respondentów z tej grupy wybierała ponadto takie zadania, jak: wydawanie leków, prowadzenie ewidencji uzyskanych darowizn oraz udzielanie lekarzom i pielęgniarkom porad dotyczących dawkowania i interakcji leków. Powyższe oraz inne zadania, które farmaceuta powinien wykonywać w hospicjum stacjonarnym, przed-



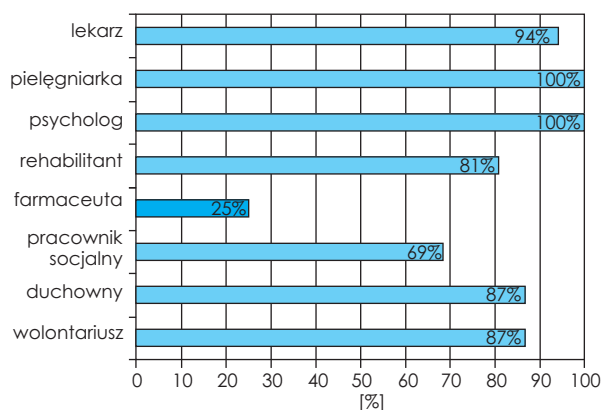
Ryc. 1. Formy organizacyjne realizacji usług farmaceutycznych wg danych uzyskanych od kierowników hospicjów



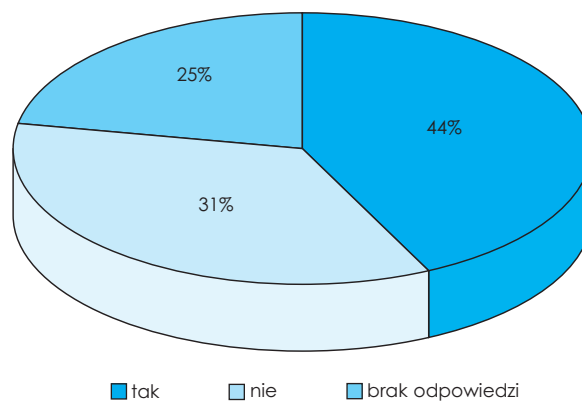
Ryc. 2. Liczba farmaceutów zatrudnionych w hospicjum stacjonarnym wg danych uzyskanych od kierowników placówek



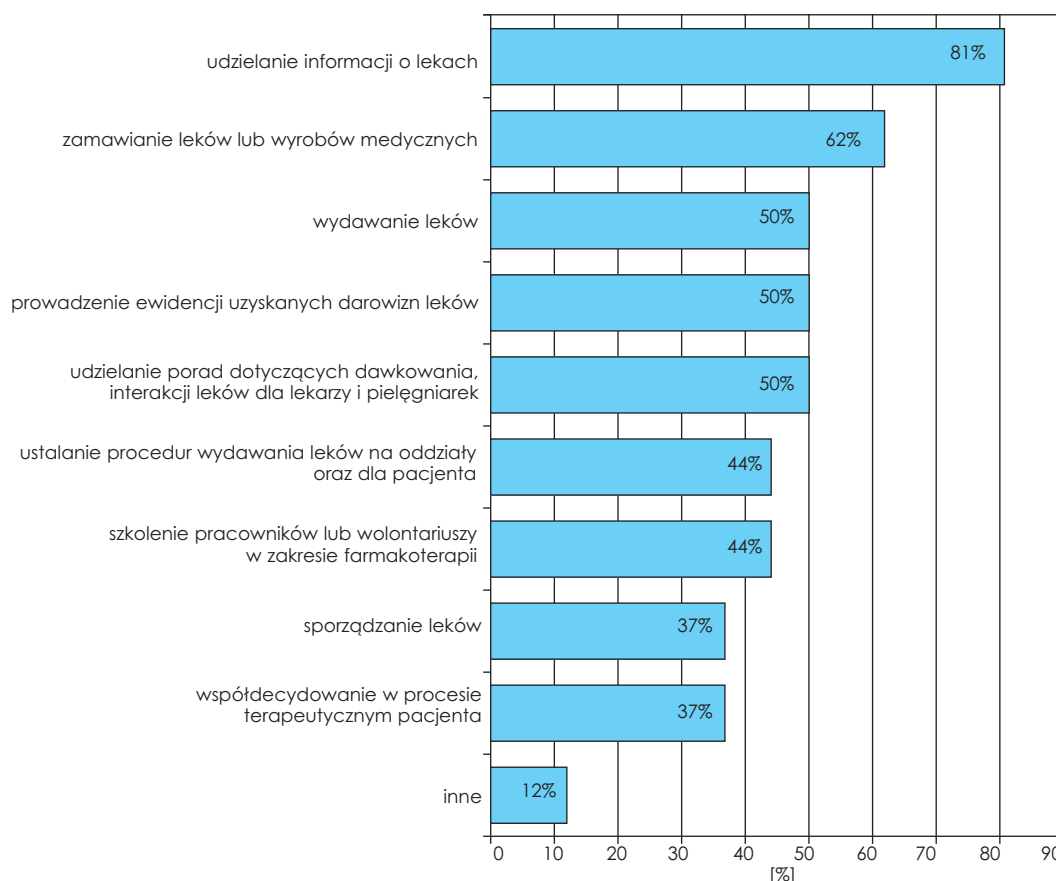
Ryc. 3. Osoby odpowiedzialne za prowadzenie gospodarki lekowej w hospicjum stacjonarnym wg danych uzyskanych od kierowników hospicjów



Ryc. 4. Skład podstawowego zespołu terapeutycznego w hospicjum stacjonarnym wg opinii kierowników



Ryc. 5. Zasięganie konsultacji farmaceuty przez członków zespołu terapeutycznego hospicjum stacjonarnego wg opinii kierowników placówek



Ryc. 6. Zadania, które farmaceuta powinien wykonywać w hospicjum wg opinii kierowników placówek

stawiono na rycinie 6. (podane odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru).

Spośród badanych kierowników 75% uważa, że warto włączyć farmaceutę do zespołu terapeutycznego w hospicjum stacjonarnym, natomiast 44% dostrzega potrzebę włączenia farmaceuty również do opieki domowej. W pytaniu otwartym respondenci

stwierdzili, że farmaceuta powinien współuczestniczyć w procesie terapeutycznym, występując w roli konsultanta. Do jego szczegółowych zadań powinno należeć: udzielanie porad w zakresie interakcji, zamawianie leków oraz ich ewidencjonowanie, a także prowadzenie szkoleń. Ankietowani wyrażali jednak obawy o źródło finansowania pracy farmaceuty.

Tabela 1. Charakterystyka badanych farmaceutów

Wiek	< 25 lat	25–40 lat	> 40 lat do 60 lat		> 60 lat
	0%	12,5%	62,5%		25%
Płeć	kobiety		mężczyźni		
	87,5%		12,5%		
Staż pracy w hospicjum	< 1 roku	od 1 roku do 3 lat	> 3 lat do 10 lat		> 10 lat
	12,5%	37,5%	50%		0%
Łączny czas pracy w tygodniu	< 5 godz.	< 10 godz. do 5 godz.	< 20 godz. do 10 godz.	< 40 godz. do 20 godz.	> 40 godz.
	37,5%	37,5%	0%	0%	12,5%
					inne
					12,5%

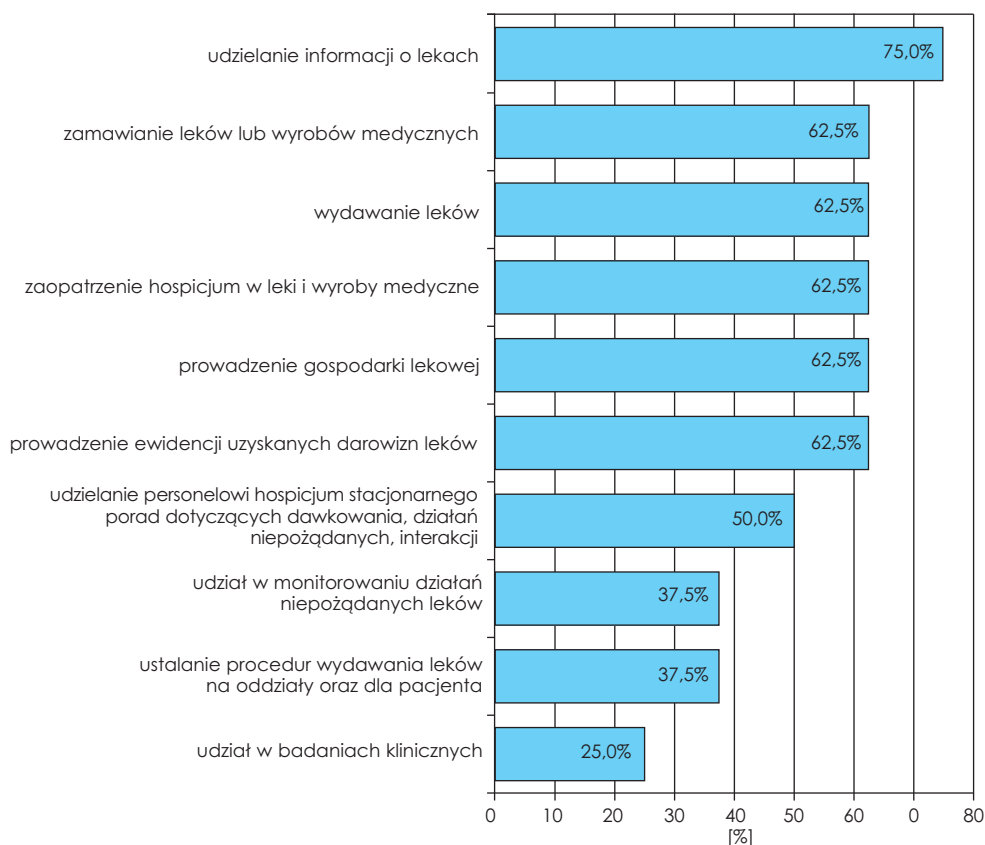
Wyniki uzyskane na podstawie badania opinii farmaceutów zatrudnionych w hospicjach stacjonarnych

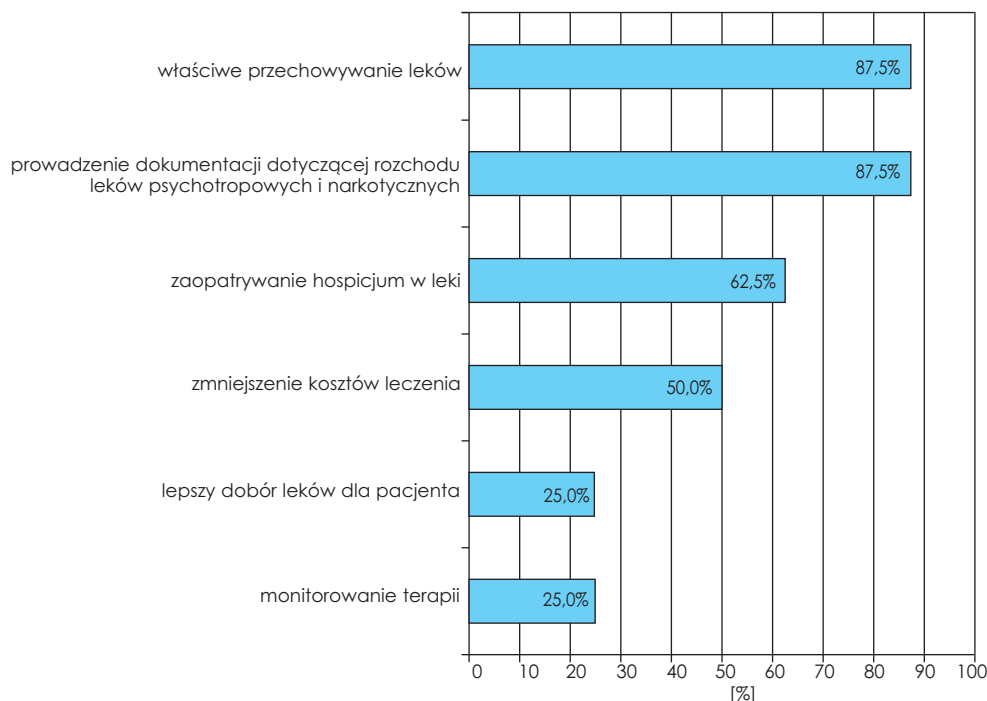
Większość badanych farmaceutów stanowiły kobiety w wieku 40–60 lat. Z reguły staż pracy w hospicjum respondentów z tej grupy wynosił od roku do 10 lat, a wymiar czasu pracy w placówce nie przekraczał 10 godzin tygodniowo. W ramach innych odpowiedzi jeden z farmaceutów wskazał, że pracował codziennie, a inny doraźnie. Dane charakteryzujące badanych z tej grupy zostały szczegółowo przedstawione w tabeli 1.

Uzyskane odpowiedzi wskazują, że farmaceuci z reguły udzielają usług farmaceutycznych w hospicjum stacjonarnym w ramach wolontariatu (62,5%) lub umowy zlecenia (37,5%). Większość respondentów

(75%) pracuje również w aptece ogólnodostępnej, a dla 25% ankietowanych hospicjum jest jedynym miejscem pracy. Żaden z uczestników badania nie pracuje natomiast w innej aptece szpitalnej, uczelni wyższej, firmie farmaceutycznej lub administracji państwowej.

Wśród podstawowych zadań realizowanych przez farmaceutę w hospicjum respondenci najczęściej wskazywali udzielanie informacji o lekach (75%), 62,5% badanych wymieniało z kolei takie zadania, jak zamawianie leków i wyrobów medycznych, wydawanie leków, zaopatrzenie hospicjum w leki i wyroby medyczne, prowadzenie gospodarki lekowej oraz prowadzenie ewidencji uzyskanych darowizn leków. Powyższe oraz inne zadania farmaceuty przedstawiono na rycinie 7. (podane odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru).

**Ryc. 7.** Podstawowe zadania farmaceuty w hospicjum stacjonarnym wg opinii farmaceutów



Ryc. 8. Korzyści wynikające z zatrudnienia farmaceuty w hospicjum wg opinii farmaceutów

Poza zadaniami przedstawionymi na rycinie 7. respondenci z grupy farmaceutów znacznie rzadziej wskazywali na realizację takich zadań, jak: monitorowanie stosowania leków, szkolenie pracowników lub wolontariuszy hospicjum, racjonalizacja farmakoterapii, przygotowywanie leków w dawkach dziennych (w tym cytostatyków), sporządzanie leków, sporządzanie leków w warunkach aseptycznych, udzielanie personelowi hospicjum domowego porad dotyczących dawkowania, działań niepożądanych, interakcji, współdecydowanie w procesie terapeutycznym pacjenta. Żaden z badanych do zadań realizowanych przez farmaceutę w hospicjum nie zaliczył sporządzania leków do żywienia dojelitowego oraz edukacji pacjentów lub personelu hospicjum w zakresie farmakoterapii.

W związku z realizacją usług farmaceutycznych w hospicjum 62,5% badanych farmaceutów nie działa samodzielnie, natomiast 1/4 respondentów z tej grupy podejmuje samodzielne decyzje w takich sprawach, jak zastosowanie leków synonimowych lub zamawianie leków.

W ramach czynności wykonywanych na rzecz hospicjum 87,5% farmaceutów pozostaje w kontakcie z personelem hospicjum, a zaledwie jeden spośród badanych z tej grupy pozostaje również w kontakcie z pacjentami. Żaden z badanych farmaceutów nie uważa siebie za członka zespołu terapeutycznego w hospicjum, aczkolwiek połowa respondentów z tej grupy udziela członkom tego zespołu niezbędnych porad.

Według opinii 3/4 ankietowanych warto włączyć farmaceutę do zespołu terapeutycznego hospicjum, ponieważ może to mieć pozytywny wpływ na racjo-

nalizację terapii, eliminację działań niepożądanych oraz stosowanie tańszych odpowiedników.

Komputer jest wykorzystywany do wykonywania zadań w hospicjum przez 62,5% badanych farmaceutów, z czego 37,5% korzysta również z internetu. Z reguły komputer jest używany do ewidencjonowania przychodów i rozchodów produktów leczniczych, a internet służy do pozyskiwania informacji o lekach i zapoznawania się z decyzjami nadzoru farmaceutycznego.

Na pytanie dotyczące poglądów respondentów na temat kształcenia 3/4 z nich odpowiedziało, że do programu studiów farmaceutycznych powinna zostać włączona problematyka opieki paliatywnej i roli farmaceuty w tej opiece.

Ostatnie z zagadnień w ankiecie, będące jednocześnie podsumowaniem badania, dotyczyło korzyści wynikających z zaangażowania farmaceuty w hospicjum. Badani farmaceuci uważają, że do najważniejszych z nich należą właściwe przechowywanie leków oraz prowadzenie dokumentacji dotyczącej rozchodu leków psychotropowych i analgetyków opioidowych. Wyżej wymienione oraz inne korzyści wynikające z zaangażowania farmaceuty w hospicjum zaprezentowano na rycinie 8. (podane odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru).

OMÓWIENIE

Przeprowadzone badanie pilotażowe jest pierwszym tego rodzaju projektem dotyczącym udziału farma-

ceuty w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce. Dokonane w jego toku analizy aktów prawnych pokazały, że sytuację farmaceutów w tej opiece kształtują ogólne rozwiązania prawa farmaceutycznego. Ponadto w praktyce zostały ukształtowane rozwiązania szczegółowe odnoszące się do realizacji usług farmaceutycznych w hospicjach stacjonarnych. Podobne badania były i są prowadzone za granicą, gdzie pozycja farmacji klinicznej jest jasno sprecyzowana i uregulowana. W związku z powyższym przedmiotowe badanie w warunkach polskich ma charakter innowacyjny i interdyscyplinarny, łącząc problematykę farmaceutyczną z opieką paliatywną i hospicyjną.

Liczba placówek biorących udział w badaniu na tle ogólnej liczby hospicjów stacjonarnych w Polsce stanowi ponad 1/4, co pozwala sformułować wnioski również na podstawie wyników badania pilotażowego.

Pomimo uzasadnionej powyżej konieczności wykonywania usług farmaceutycznych w hospicjum stacjonarnym, aż połowa placówek nie dysponuje przeznaczoną do realizacji tego celu jednostką organizacyjną. W przepisach u.p.f. są przewidziane jedynie dwa rodzaje takich jednostek: apteka szpitalna i dział farmacji szpitalnej. Badanie wskazało, że tylko jedno hospicjum dysponowało drugą z wymienionych jednostek, natomiast w pozostałych albo funkcjonowały magazyny leków, których utworzenie nie jest wystarczające w świetle u.p.f., albo placówki te zaopatrywały się w leki w aptece szpitalnej działającej w podmiocie zewnętrznym. Warto podkreślić, że taka możliwość była dopuszczalna przed wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej, natomiast obecnie w świetle cytowanego we wstępie komunikatu Głównego Inspektora Farmaceutycznego zawarcie umowy z apteką szpitalną nie zwalnia placówki stacjonarnej z obowiązku utworzenia apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej.

Wyżej opisany stan może być wynikiem braku finansowania realizacji usług farmaceutycznych w hospicjach stacjonarnych w ramach kontraktu z NFZ, co z kolei może być przyczyną braku farmaceutów w połowie badanych placówek oraz faktu, że ponad połowa farmaceutów współpracuje z hospicjami bez wynagrodzenia – w ramach wolontariatu. Innymi skutkami nieuwzględnienia udziału farmaceuty w ramach kontraktowania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej może być niezawieranie umów o pracę z farmaceutami oraz prowadzenie gospodarki lekowej przez lekarzy i pielęgniarki w większym zakresie niż przez farmaceutów. Obowiązujące warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej przewidują bowiem konieczność zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, w związku z czym kontrakt z NFZ obejmuje również finansowanie kosztów wynagrodzeń przedstawicieli tych zawodów.

Obawy kierowników placówek dotyczące kosztów pracy farmaceuty w hospicjum mogą się wiązać

z luką w systemie finansowania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, w którym nie zostały przewidziane środki na potrzeby zatrudnienia farmaceuty, pomimo istniejącego obowiązku prawnego.

Wyniki badania pilotażowego pokazały również relacje, w jakich znajduje się farmaceuta w ramach zespołu hospicjum stacjonarnego. W tym zakresie stwierdzono występowanie różnic pomiędzy opiniami kierowników hospicjów i farmaceutów. Dotyczą one przynależności farmaceuty do zespołu terapeutycznego, dostrzeganej przez kierowników części placówek, która jednak nie znajduje potwierdzenia w opiniach samych farmaceutów. Z kolei Costello w poglądowej pracy dotyczącej opieki paliatywnej dostrzega istotne miejsce farmaceuty w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym. Według autora rola farmaceuty w tym zespole polega przede wszystkim na udzielaniu porad dotyczących wyboru właściwego leku oraz na informowaniu personelu i pacjentów na temat działania i znaczenia leków w farmakoterapii [17]. Niemniej jednak znaczny odsetek respondentów z obu grup dostrzega istotną rolę farmaceuty w pełnieniu funkcji konsultacyjnej i doradczej wobec personelu hospicjum, co w opiniach kierowników jest jednym z podstawowych zadań farmaceuty w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Pomimo ukształtowanej w przepisach prawnych samodzielności farmaceuty w realizowaniu usług farmaceutycznych, która powoduje, że powinien on być samodzielnym specjalistą również w zespole hospicjum stacjonarnego, większość badanych nie działa samodzielnie, a zaledwie 1/4 jest przekonana o swojej samodzielności.

Dla zdecydowanej większości farmaceutów hospicjum stanowi dodatkowe miejsce pracy, ponieważ osoby te są również zatrudnione w aptekach ogólnodostępnych, co wraz z czasem pracy większości respondentów z tej grupy nieprzekraczającym 10 godzin tygodniowo może powodować istotne ograniczenia w zakresie realizowanych usług farmaceutycznych. Pozytywnie należy ocenić trwałość współpracy pomiędzy hospicjami i farmaceutami, przejawiającą się w stażu pracy przekraczającym 3 lata, który występuje u połowy respondentów z tej grupy.

Uczestnicy badania z obu grup zaliczyli do podstawowych zadań farmaceuty w hospicjum usługi farmaceutyczne przewidziane w u.p.f., takie jak: udzielanie informacji o lekach, zamawianie leków lub wyrobów medycznych oraz wydawanie leków. Zarówno kolejność występowania poszczególnych zadań, jak i odsetek odpowiedzi udzielonych przez badanych z obu grup dla najczęściej wskazywanych usług farmaceutycznych były podobne. Potwierdza to zgodność pomiędzy oczekiwaniami kierowników a realizacją poszczególnych zadań w praktyce, a także świadczy o dobrej znajomości pracy farmaceutów przez ich przełożonych.

Fakt, że najczęściej wskazywanym przez badanych z obu grup zadaniem farmaceuty było udzielanie informacji o lekach, potwierdza powyższe stwierdzenie, zgodnie z którym pełnienie funkcji konsultacyjnej i doradczej jest istotnym elementem jego zaangażowania w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Na przykład w Holandii lekarze zasięgają specjalistycznych konsultacji u farmaceutów szpitalnych, którzy działają nie tylko w ramach aptek szpitalnych, lecz także na oddziałach [18]. Do ich zadań należy również edukacja pacjentów. Dla porównania w przedmiotowym badaniu w polskich hospicjach, tylko jeden z farmaceutów miał kontakt z pacjentem, a żaden z nich nie uczestniczył w edukacji chorych.

Włączenie farmaceuty do opieki paliatywnej i hospicyjnej może być również uzasadnione dla hospicjum ze względów farmakoekonomicznych, ponieważ zdaniem połowy badanych farmaceutów pozwala ono na zmniejszenie kosztów leczenia. Znajduje to także uzasadnienie w opiniach respondentów z tej grupy na temat włączenia farmaceuty do zespołu terapeutycznego, co ich zdaniem może przynieść m.in. oszczędności dla hospicjum wynikające z racjonalizacji farmakoterapii i stosowania tańszych odpowiedników.

W zaleceniach ASHP oraz w piśmiennictwie zagranicznym opisywane są korzyści wynikające z udziału farmaceuty w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Należą do nich: zmniejszenie kosztów leczenia przy utrzymaniu lub poprawie jego skuteczności dzięki monitorowaniu terapii, zamiana leku lub jego postaci na bardziej korzystną, ograniczenie polipragmazji i interakcji lekowych, przygotowywanie leków *ex tempore*, poprawa przechowywania leków i ich transportu, a także edukacja pacjentów i ich rodzin w zakresie farmakoterapii oraz kontrola realizacji zaleceń lekarskich przez pacjenta [1, 6, 19]. Wiele z przeprowadzonych badań farmakoekonomicznych także wykazało, że zatrudnienie farmaceuty klinicznego zdecydowanie obniża wydatki związane z terapią [4, 20].

Część wymienionych korzyści została również wskazana przez badanych farmaceutów. Niemniej jednak typowe korzyści związane z aktywnością kliniczną farmaceuty, takie jak lepszy dobór leków dla pacjenta i monitorowanie terapii, znacznie rzadziej występują w opiniach respondentów niż te, które wynikają z działań organizacyjnych i administracyjnych.

Stopień wykorzystania komputera do realizacji usług farmaceutycznych w hospicjum stacjonarnym jest znacznie niższy niż w przypadku aptek ogólnodostępnych, które obecnie prowadzą ewidencję przychodów i rozchodów leków i wyrobów medycznych wyłącznie w systemie informatycznym.

Włączenie do programu studiów farmaceutycznych problematyki opieki paliatywnej w aspekcie zaangażowania farmaceuty może się przyczynić do wzrostu roli farmaceuty w tej opiece oraz do zwiększenia

zakresu faktycznie wykonywanych przez niego zadań.

Uzyskane wyniki, jak również analiza piśmiennictwa oraz rezultaty wykładni aktów prawnych stanowią podstawę oceny zaangażowania farmaceutów w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Mogą one pozwolić na kontynuację badań zmierzających do ustalenia modelowych rozwiązań w zakresie wykonywania usług farmaceutycznych w hospicjach stacjonarnych, a także przyczynić się do rozpoczęcia dyskusji nad finansowaniem przez NFZ udziału farmaceuty w realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ograniczeniem zastosowanej metody sondażu diagnostycznego, opierającej się wyłącznie na opiniach respondentów, mogą być wyniki, które odbiegają od sytuacji występującej w praktyce. Zwiększenie grupy badanej może jednak zmniejszyć rozbieżności pomiędzy opiniami badanych a stanem faktycznym.

Niniejszy projekt łączący w sobie elementy naukowe i praktyczne może zostać wykorzystany do celów edukacyjnych i dydaktycznych, na potrzeby studentów uczelni medycznych, a także farmaceutów w ramach ich specjalizacji oraz może służyć osobom odpowiedzialnym za prowadzenie hospicjów.

WNIOSKI

1. Dla większości farmaceutów hospicjum nie jest jedynym miejscem pracy, a usługi farmaceutyczne są wykonywane w ramach wolontariatu, czego przyczyną może być brak finansowania przez NFZ udziału farmaceuty w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

2. Udzielanie informacji o lekach stanowi najczęściej wykonywaną w hospicjum usługę farmaceutyczną, co przemawia za uznaniem funkcji konsultacyjnej i doradczej farmaceuty za jedno z podstawowych zadań farmaceuty w hospicjum stacjonarnym.

3. Właściwe przechowywanie leków oraz prowadzenie dokumentacji dotyczącej rozchodu leków psychotropowych i analgetyków opioidowych są najważniejszymi korzyściami wynikającymi z zatrudnienia farmaceuty w hospicjum.

4. Zadania wykonywane przez farmaceutów gwarantują bezpieczną oraz racjonalną farmakoterapię w opiece paliatywnej i hospicyjnej, przez co zapewniają ochronę zdrowia publicznego i mogą być korzystne dla hospicjów ze względów farmakoekonomicznych.

5. Skala zaangażowania farmaceutów w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce w porównaniu z innymi krajami jest wciąż niewielka, co wymaga stworzenia podstaw prawnych, finansowych i organizacyjnych, które pozwolą na rozwój farmacji hospicyjnej.

PIŚMIENNICTWO

1. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP statement on the pharmacists role in hospice and palliative care. *Am J Health-Syst Pharm* 2002; 59: 1770-1773.
2. Price L.C. Preparing for the role of clinical pharmacist in a new specialty. *Am J Health-Syst Pharm* 2009; 66: 1084-1085.
3. Lucas C., Glare P., Sykes J. Contribution of a liaison clinical pharmacist to an inpatient palliative care unit. *Palliat Med* 1997; 11: 209-216.
4. Lee J., McPherson M.L. Outcomes of recommendations by hospice pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm* 2006; 63: 2235-2239.
5. <http://www.pcpn.org.uk/> wg stanu na dzień 1.08.2012.
6. Gibbs M. Aspects of palliative pharmacy care. *Pharm J* 2005; 275: 421.
7. Strickland J.M. Palliative pharmacy care. American Society of Health-System Pharmacists, 2009.
8. Pawłowski L., Wapniarska I., Lichodziejewska-Niemierko M. Rola farmaceuty w opiece paliatywno-hospicyjnej: aspekty organizacyjne i prawne. *Med Paliat Prakt* 2009; 3: 19-27.
9. Skowron A., Wapniarska I., Erecińska J. Udział farmaceuty w opiece hospicyjnej. W: Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego. Krakowiak P., Modlińska A., Binnebesel J. (red.). Via Medica, Gdańsk 2008; 275-285.
10. Skowron A., Wapniarska I., Erecińska J. Udział farmaceuty w opiece hospicyjnej. W: Podręcznik wolontariusza hospicyjnego. Krakowiak P., Modlińska A. (red.). Via Medica, Gdańsk 2008; 96-98.
11. Pyszkowska J. Potrzeby chorych cierpiących i w okresie terminalnym w aspekcie opieki farmaceutycznej. *Ann Acad Med Siles* 2002; supl. 42: 77-80.
12. Łazowski J. Farmacja paliatywna. *Aptekarz Polski* 2010; 46: 29-32.
13. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D. Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. *Farm Pol* 2010; 2: 93-100.
14. Boynton P.M. Administering, analysing, and reporting your questionnaire. *BMJ* 2004; 328: 1372-1375.
15. Boynton P.M. Reaching beyond the white middle classes. *BMJ* 2004; 328: 1433-1436.
16. Boynton P.M., Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* 2004; 328: 1312-1315.
17. Costello P. Palliative care. An introduction. *Hosp Pharm* 2001; 8: 211-214.
18. Dutch Association of Hospital Pharmacists. Hospital pharmacy in the Netherlands. An overview provided by the Dutch Association of Hospital Pharmacists. *EJHP* 2003: 43-45.
19. Adcock H. How pharmacy can benefit patients and professionals in palliative care. *Pharm J* 2005; 274: 301.
20. Austic E., Brown L., Goodyear K., et al. Pharmacist's input into palliative care clinic. *Pharm J* 2002; 268: 404-406.