

Częstochowa, 14 listopada 2023r.

Prezydent RP
Andrzej Duda

l.dz. 660/2023

Szanowny Panie Prezydencie

W ustawie z dnia 17 sierpnia 2023r. *O szczególnej opiece geriatrycznej*, określono cele, organizację i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75 rok życia, w tym zapewniono również utworzenie centrów zdrowia 75+, w który przeprowadzane będą koncyliacje lekowe.

Dodatkowo w art. 20 powyższej Ustawy wskazano, że w „centrach” tych udzielane będą świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące w szczególności: *świadczenia z zakresu geriatрії udzielane przez lekarza, świadczenia z zakresu geriatрії udzielane przez pielęgniarkę, świadczenia z zakresu fizjoterapii udzielane przez fizjoterapeutę, świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej udzielane przez psychologa, a także porady dietetyka.*

Natomiast w Art. 25.2 ustawy określono skład geriatrycznego zespołu opieki domowej, który tworzą; *lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog oraz koordynator opieki geriatrycznej.*

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), koncyliacja lekowa to usystematyzowany proces, w którym personel medyczny ściśle współpracuje z pacjentem w celu prawidłowego przekazania informacji dotyczących farmakoterapii na każdym etapie leczenia. To jeden z kluczowych elementów bezpiecznej farmakoterapii, w którym bardzo ważną rolę pełni farmaceuta. To właśnie on przeprowadza wywiad z pacjentem, w którym może ustalić kompletną listę przyjmowanych przez niego leków, dopasować je do aktualnego stanu zdrowia pacjenta, wdrożyć odpowiednie lub wykluczyć niepotrzebne leki w tzw. procesie depreskrypcji.

Ponadto Komitet Ministrów Rady Europy przedstawił rezolucję dotyczącą implementacji opieki farmaceutycznej obejmującą również środowisko szpitalne, w którym jako jeden z istotnych elementów została wskazana koncyliacja lekowa.

Jak więc to możliwe, że w tak kluczowym temacie jakim jest kompleksowa opieka nad pacjentem geriatrycznym połączona z koncyliacją lekową w zespole zabrakło FARMACEUTY?

Zawodu, który powinien być uwzględniony w pierwszej kolejności biorąc pod uwagę właśnie koncyliację lekową.

Przecież zgodnie z ustawą z dnia 10 grudnia 2020r. o zawodzie farmaceuty Art. 4. 1. *Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego i polega na sprawowaniu opieki farmaceutycznej, o której mowa w ust. 2;*

2. *Opieka farmaceutyczna to świadczenie zdrowotne w rozumieniu 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)), 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, obejmujące:*

- 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 – 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.*

Koncyliacja lekowa stanowi element praktycznie każdego standardów dotyczących usług farmacji klinicznej w różnych krajach. Proces ten polega na pozyskaniu szczegółowej wiedzy o lekach przyjmowanych przez pacjenta, porównaniu jej z farmakoterapią zleconą na danym etapie

opieki połączoną z weryfikacją wszystkich napotkanych nieścisłości i udokumentowaniu zmian dokonanych w leczeniu.

Biorąc pod uwagę fakt, że zgodnie z ustawą o szczególnej opiece geriatrycznej, koncyliacja lekowa dotyczy będzie pacjentów 75+ czyli pacjentów geriatrycznych, korzyści wynikające z udziału w tym procesie farmaceutów są bezsprzeczne i niepodważalne.

Farmaceuta to zawód bez wątpienia najlepiej znający się na lekach, nie tylko na samej ich formulacji, właściwościach fizyko-chemicznych, ale przede wszystkim posiadający wiedzę w zakresie oddziaływania na siebie leków oraz oddziaływania ich na organizm pacjenta w zależności od jego stanu klinicznego. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób chorych przyjmujących duże ilości leków takich jak pacjenci 75+.

W tym miejscu warto podkreślić, że pacjent geriatryczny to osoba starsza z wielonarządową patologią i deficytami funkcjonalnymi, którą często charakteryzuje zespół słabości/ kruchości (frailty).

To osoba podatna na stres i ryzyko wielonarządowej niewydolności.

Populację tą charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość tj. przyjmowanie 5-ciu lub więcej leków lub suplementów jednocześnie przez pacjenta na dobę.

W przypadku przyjmowania przez pacjenta 10-ciu lub więcej leków lub suplementów jednocześnie na dobę mamy już do czynienia z wielolekowością ciężką.

Badania Polsenior2 przeprowadzone przez GUM w 2021r. wskazują, że około 80% seniorów po 65 r. ż. cierpi z powodu wielochorobowości i przyjmuje średnio 4,2 leków przepisywanych na receptę. Ta liczba rośnie z wiekiem osiągając najwyższą wartość (5,97 leków) w grupie wiekowej 85-89 lat. 51% seniorów przyjmuje codziennie 5 lub więcej leków przepisywanych na receptę, a 12% przyjmuje co najmniej 10 pozycji lekowych, co spełnia kryteria ciężkiej wielolekowości. Ponadto, wykazano, że suplementy diety przyjmuje 32% polskich seniorów. Narodowy Fundusz Zdrowia w swoim raporcie potwierdza rozmiar polipragmazji u osób w wieku 65 lat lub starszych.

Dlatego tak ważne jest, aby dobrze zweryfikować farmakoterapię pacjenta geriatrycznego w celu jej optymalizacji i osiągnięcia jej skuteczności i bezpieczeństwa dla pacjenta.

Im pacjenci są starsi, tym cierpią na więcej chorób i korzystają z pomocy coraz większej liczby specjalistów.

Przepisywanie kolejnego leku w celu eliminacji niepożądanego objawu lub dolegliwości wynikających z wcześniej zażywanego leku powoduje tzw. kaskadę lekową. Jest to o tyle niebezpieczne, że w przypadku pacjenta geriatrycznego może to powodować zawroty głowy i ryzyko upadków, a w konsekwencji złamania, pogorszenia jakości życia i depresję.

To właśnie w tym miejscu tak ważny i niezastąpiony jest udział farmaceuty, który posiadając niezbędną wiedzę o lekach będzie w stanie odróżnić dolegliwości wynikające z zastosowanej u pacjenta farmakoterapii i zapobiec tak niebezpiecznym dla pacjentów starszych zespołom jatrogennym.

Ogromnym problemem występującym u pacjentów geriatrycznych jest także polipragmazja, *czyli stosowanie co najmniej dwóch leków, z których przynajmniej jeden nie uwzględnia odrębności farmakokinetycznych lub farmakodynamicznych organizmu, stosowany jest niewłaściwie, w tym w zbyt dużej rzadziej zbyt małej dawce, jest przeciwwskazany w określonych sytuacjach, wchodzi w niekorzystne interakcje z innym lekiem lub z chorobą pacjenta albo jest zbędny;*

Skutkiem nieprawidłowej farmakoterapii u starszych pacjentów są szkody zależne od leku (*Medication-Related Harm, MRH*), czyli negatywne dla starzejącego się organizmu szkodliwe następstwa zarówno zbyt dużej liczby leków, jak i/lub doboru i rodzaju leków, dawkowania oraz sposobu zażywania leków i przestrzegania zaleceń. W tym pojęciu mieszczą się niepożądane działania (zdarzenia) polekowe (szkodliwe, niezamierzone reakcje, które wynikają z błędnego stosowania leku, użycia off-label oraz reakcje będące konsekwencją zażywania leku niezgodnie z jego przeznaczeniem, jego nadużywaniem lub przedawkowaniem), a także polekowe zespoły jatrogenne.

W tym miejscu udział farmaceuty jest również niezastąpiony.

To właśnie farmaceuta jest w stanie sprostać takim wyzwaniom i zminimalizować szkodliwe skutki niepoprawnej farmakoterapii pacjenta geriatrycznego, bo to właśnie farmaceuci stanowią grupę zawodową szczególnie przygotowaną do rozwiązywania problemów lekowych i przeprowadzania procesu koncyliacji.

Zaangażowanie farmaceuty w procesie koncyliacji nie tylko odciąży lekarzy z nadmiaru obowiązków, ale również przyczyni się do redukcji liczby niezamierzonych niepożądanych działań lekowych, które mogą zostać wykryte dzięki tej usłudze i przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa leczenia pacjentów geriatrycznych.

Według prognozy GUS, liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce w roku 2030 ma wzrosnąć do poziomu 10,8 mln, a w 2050 r. wyniesie 13,7 mln. Osoby te będą stanowiły około 40% ogółu ludności Polski. A już dzisiaj brakuje w Polsce lekarzy geriatrów.

Według danych *Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP*, prowadzonego przez *Naczelna Izbę Lekarską* (stan na dzień 31.12.2017r.), ilość lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatrici wynosił 427, w tym 417 wykonujących zawód. Liczba ta jest wielokrotnie mniejsza w porównaniu ze średnią europejską. Powoduje to ograniczoną dostępność do świadczeń i powoduje, że pacjent w wieku starszym jest najczęściej hospitalizowany w oddziale innym niż geriatryczny. Szacuje się, że 30% populacji w wieku 65+ wymaga opieki geriatrycznej,

a każdy specjalista geriatrici może mieć pod opieką 700 podopiecznych. (<https://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/about-geriatrics/geriatrics-workforce-numbers>).

Dlatego tak ważne jest uwzględnienie farmaceutów w procesie koncyliacji lekowych.

Bez farmaceutów proces ten nie będzie całkowicie efektywny.

Farmaceuta opracowuje dla lekarza propozycje zmiany terapii, to ważne i w chwili obecnej brakujące ogniwo w tym procesie.

Udział farmaceuty w procesie koncyliacji lekowych z całą pewnością przełoży się na zmniejszenie kosztów związanych z diagnostyką pacjentów z powodu chorób jatrogennych wynikających z niewłaściwej farmakoterapii, w tym nieregularnego przyjmowania leków lub braku ich przyjmowania ze względu na status socjalno-ekonomiczny pacjentów uderzający szczególnie mocno w osoby starsze i samotne z ograniczoną sprawnością fizyczną i psychiczną.

Pacjent prawidłowo leczony to: poprawa rokowania, zmniejszone ryzyko śmierci, zmniejszone ryzyko ponownej hospitalizacji, większa szansa poprawy stanu funkcjonalnego, zwiększone prawdopodobieństwo dalszego mieszkania w swym domu, a co ważne obniżenie całkowitego kosztu opieki i właśnie tutaj ogromną rolę mogą odegrać farmaceuci, dlatego nie może ich w tym procesie zabraknąć.

W chwili obecnej istnieje tendencja tworzenia jak największej ilości kierunków lekarskich, na uczelniach innych niż medyczne, co argumentuje się brakiem lekarzy. Nie zauważa się tym samym, że w Polsce pracują świetnie wykształceni farmaceuci, specjaliści, absolwenci Akademii i Uniwersytetów Medycznych, których potencjał w ogóle nie jest w naszym kraju wykorzystywany. Zawód ten jest w chwili obecnej marginalizowany. Włączenie farmaceutów w opiekę nad pacjentem połączoną z koncyliacją lekową przyniosłoby same korzyści.

Z wyrazami szacunku: