Ekonomia — Wroclaw Economic Review 23/1 (2017)
Acta Universitatis Wratislaviensis
No 3754

DOI: 10.19195/2084-4093.23.1.8

Konrad Żak
Specjalista ds. marketingu i HR
Mediki Sp. z o.o., menedżer ds. marketingu
KonZak@interia.pl

Implementacja programu opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej — dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych

JEL Classification: I14, I18, K32

Keywords: pharmaceutical care, pharmacy, pharmaceutical services, pharmaceutical law

Abstract

The implementation of the pharmaceutical care program in a pharmacy — to adapt to the needs of people with disabilities

Pharmaceutical care in a public pharmacy included by the legislature to the catalog of pharmacy services is a plane of cooperation of three parties: the doctor, the patient and pharmacist. Implementation of pharmaceutical care in the practice of pharmacy faces many obstacles. One of them is the adaptation of the expedition chamber to the needs of disabled people to the process of professional counseling can take place in a quiet and peaceful atmosphere, ensuring privacy and confidentiality of information. This article presents the assumptions of the program pharmaceutical care and conditions to be imposed on the person providing pharmaceutical services to effectively and efficiently fulfill the social mission within the general program of public health protection.

Wprowadzenie

Wdrażanie programu opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej napotyka wiele barier wynikających przede wszystkim z słabego umocowania w systemie polskiego prawa farmaceutycznego. Problematyka opieki farmaceutycznej, choć obecna w literaturze światowej od połowy lat 80. ubiegłego wieku, to w obszarze zainteresowania nauki polskiej pojawiła się dopiero na początku XXI stulecia (Szalonka, 2011, s. 54, 64–70). Przedmiotowe opóźnienia pośrednio przyczyniły się do wprowadzenia opieki farmaceutycznej do systemu polskiego prawa farma-

© for this edition by CNS

ceutycznego dopiero w 2008 r. (ustawa o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, 2008, art. 1, ust. 2).

Jednym z podstawowych problemów w efektywnym sprawowaniu opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej jest brak w systemie polskiego prawa farmaceutycznego szczegółowych przepisów wykonawczych. Jako że opieka farmaceutyczna stanowi płaszczyznę współpracy trzech podmiotów: lekarza, pacjenta i farmaceuty, to sposób realizacji procesu farmakoterapii wymaga precyzyjnego określenia i rozgraniczenia celów i zadań, zakresów obowiązków i odpowiedzialności poszczególnych podmiotów oraz sposobów przekazywania i zabezpieczenia informacji i danych wrażliwych. Niestety poza dołączeniem opieki farmaceutycznej do katalogu usług farmaceutycznych i lakonicznym określeniu definicji ustawodawca nie wskazał żadnych istotnych regulacji, które by normowały realizację przedmiotowego procesu w aptece ogólnodostępnej.

Precyzyjnego określenia wymaga sposób dostosowania lokalu apteki do potrzeb realizacji procesu opieki farmaceutycznej, w którym ustawodawca mógłby wskazać rozwiązania zapewniające intymność i poufność relacji na linii pacjent–farmaceuta oraz zagwarantować bezpieczeństwo gromadzonych danych wrażliwych. Przedmiotowe uregulowania powinny dodatkowo uwzględniać potrzeby osób niepełnosprawnych, szczególnie z niepełnosprawnością wzrokową i ruchową, aby ich udział w realizacji procesu opieki farmaceutycznej nie napotykał trudności i barier oraz nie różnił się w praktyce od udziału osób pełnosprawnych.

1. Opieka farmaceutyczna — geneza i istota procesu

Powstanie opieki farmaceutycznej wynika pośrednio z konfliktu wartości między wymiarem społecznym apteki (świadczenie usług farmaceutycznych) a wymiarem ekonomicznym (realizacja celów komercyjnych). Przedmiotowy konflikt wartości został wywołany na skutek trudności w jednoznacznej identyfikacji misji apteki oraz zadań farmaceuty, co należy bezpośrednio łączyć z wprowadzeniem zmian w strategii firm farmaceutycznych. Dynamiczny rozwój technologii wytwarzania leków przyczynił się do wzrostu liczby gotowych produktów leczniczych, obniżając tym samym liczbę leków wytwarzanych przez farmaceutę w aptece. Wraz z tą zmianą powolnej dewaluacji ulegała rola farmaceuty, którego katalog zadań zaczął się ograniczać wyłącznie do wydawania leków z apteki. Podobnej transformacji ulegały też apteki, w których coraz częściej dominowała orientacja sprzedażowa, stopniowo wypierająca orientację na klienta (McCormack, 1956, s. 308). Propagowanie przez koncerny farmaceutyczne tzw. samoleczenia (ang. *self-service*, *self-medication*) wśród pacjentów spowodowało wzrost konsumpcji leków i produktów pokrewnych, przyczyniając się do znacznego zwiększenia niekorzystnych interakcji lekowych. Wywołało to konieczność wprowadzenia zmian w systemie

© for this edition by CNS

dystrybucji produktami leczniczymi oraz zapoczątkowało dyskusję nad redefinicją roli apteki i farmaceuty w procesie świadczenia usług farmaceutycznych.

Problem w identyfikacji roli apteki i zadań farmaceuty został dostrzeżony już w latach 40. ubiegłego wieku, kiedy to aptekę określono jako „unikalną kombinację elementów zawodowego i rynkowego" (Thorner, 1942, s. 321). Na początku lat 60. XX wieku zaczęto zdawać sobie sprawę z marginalizacji roli farmaceuty, wskazując, że choć aspekt finansowy jest ważny dla wszystkich zawodów, to w odniesieniu do profesji farmaceuty nie powinien być stawiany na pierwszym miejscu, ponieważ farmaceuta nie kieruje się maksymalizacją sprzedaży, lecz dobrem pacjenta i dokładnością (Wardwell, 1963). Zaczęto poważnie interesować się psychologicznymi aspektami zachowań farmaceutów pod kątem pełnionych ról (biznesowej *vs* zawodowej) i częstotliwości naruszania przepisów (Quinney, 1963, 1964) oraz fachowości udzielanych porad (Knapp *et al.*, 1969). Doprowadziło to do zmiany podejścia postrzegania roli apteki i funkcji farmaceuty. Zaczęto powoli dążyć do zwiększenia odpowiedzialności farmaceutów (Linn, Davis, 1973, s. 502; Parker, 1967, s. 351–355), wskazując, że powinni oni zwracać szczególną uwagę na przyczyny samoleczenia wśród pacjentów i zrobić wszystko, aby dobór leków był najwłaściwszy, przyjmując za nadrzędne kryterium dobro pacjenta, a nie maksymalizację marży apteki (Penna, 1965, s. 584)[1]. Podkreślić przy tym należy, że zwiększenie uprawnień i odpowiedzialności farmaceutów spotkało się z niechęcią części aptekarzy w odniesieniu do kwestii udzielania porad, z powodu obaw przed pozwami sądowymi (Apple, 1968, s. 344)[2].

Użycie po raz pierwszy pojęcia „opieka farmaceutyczna" miało miejsce w 1975 r., jednak pierwotnie jej mianem określano katalog czynności i działań odnoszących się do bezpiecznego przygotowania i dyspensowania leków („opieka, jaką wymaga i jaką otrzymuje dany pacjent, która zapewnia bezpieczne i racjonalne stosowanie leków" — Mikeal *et al.*, 1975, s. 567–574). W 1980 r. definicja została rozszerzona i uzupełniona o mechanizm sprzężenia zwrotnego — środek ułatwiający ciągłość tej opieki przez sprawującą ją osobę (Brodie *et al.*, 1980, s. 276–278). Wskazano, że obejmuje określenie potrzeb lekowych danej osoby (nie tylko zaopatrzenie w potrzebne leki, lecz także udzielenie niezbędnych świadczeń przed, w czasie i po zakończeniu leczenia) zapewniających optymalnie bezpieczną i skuteczną farmakoterapię. W 1987 r. określono pierwszy wykaz obowiązków farmaceuty wobec pacjenta oraz podkreślono, że tylko farmaceuta może zapewnić skuteczną kontrolę nad procesem farmakoterapii. Zaakcentowano

[1] R.P. Penna (1965, s. 584–586) sugerował też, aby farmaceuci byli uczuleni na możliwość wystąpienia błędnej autodiagnozy pacjentów i dopytywali o symptomy ich dolegliwości, kierując się dobrem pacjenta, a nie wyłącznie dbaniem o dochód placówki.

[2] W.S. Apple (1968, s. 344–346) wskazywał na konieczność położenia większego nacisku na kwestię odpowiedniej edukacji farmaceutów w zakresie komunikacji z pacjentami i przedstawicielami zawodów medycznych w celu stworzenia skutecznego systemu nadzoru nad realizacją procesu farmakoterapii.

© for this edition by CNS

także, że opieka farmaceutyczna jest uzgodnionym związkiem między pacjentem a farmaceutą, w którym farmaceuta sprawuje kontrolę nad procesem stosowania leków (posiadłszy odpowiednią wiedzę i umiejętności), kierując się świadomością i zobowiązaniem wobec interesu (dobra) pacjenta (Hepler, 1987, s. 369–385).

Pierwszą profesjonalną definicję opieki farmaceutycznej sformułowano w 1990 r., wskazując, że jej priorytetowym celem jest uzyskanie ostatecznych efektów poprawy jakości życia pacjenta (Hepler, Strand, 1990, s. 539)[3]. Opieka farmaceutyczna jest innowacyjnym i profesjonalnym podejściem do problemu zdrowia pacjenta, będąc zupełnie odmienną filozofię postępowania, ukierunkowaną na zwiększenie zaangażowania i odpowiedzialności farmaceuty w działania profilaktyczne, mające na celu zapobieganie występowania chorób i schorzeń wynikających z niewłaściwej farmakoterapii. Priorytetową rolę w tym zakresie ma odgrywać farmaceuta, który współpracując z lekarzem, a w uzasadnionych przypadkach z przedstawicielami innych zawodów medycznych, sprawuje nadzór nad właściwym przebiegiem farmakoterapii pacjenta.

W 1993 r. WHO (ang. World Health Organization — Światowa Organizacja Zdrowia) wskazała, że głównymi beneficjentami opieki farmaceutycznej są pacjenci, społeczeństwo, państwo (Bąbelek, 2009, s. 23). Wzrosła tym samym rola farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego, który pełni funkcję opiekuna (ang. *caregiver*) podejmującego decyzję (ang. *decision-maker*), komunikatora (ang. *communicator*), menedżera (ang. *manager*), uczącego się (ang. *life-long-learner*), nauczyciela (ang. *teacher*) i lidera (ang. *leader*) (Wiedenmayer *et al.*, 2006, s. 16)[4]. W 1998 r. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna doprecyzowała definicje opieki farmaceutycznej, wskazując, że celem jest „uzyskanie określonych jej efektów poprawiających lub utrzymujących jakość życia pacjenta" (Łazowski, 2005a, s. 34).

[3] „Opieka farmaceutyczna jest odpowiedzialnym zapewnieniem terapii lekowej do osiągnięcia ostatecznych efektów poprawy jakości życia pacjenta. Efektami tymi są: (1) wyleczenie choroby, (2) eliminacja lub redukcja objawów choroby, (3) zatrzymanie lub spowolnienie procesu chorobowego lub (4) zapobieganie powstawaniu choroby, lub wystąpienia jej objawów. Opieka farmaceutyczna obejmuje proces, w którym farmaceuta współpracuje z pacjentem i innymi specjalistami w projektowaniu, wdrażaniu i monitorowaniu planu terapeutycznego, który będzie generował specjalne efekty dla pacjenta. To z kolei obejmuje trzy główne funkcje: (1) identyfikację i potencjalnych i aktualnych problemów lekowych, (2) rozwiązanie rzeczywistych problemów lekowych, (3) zapobieganie potencjalnym problemom lekowym. Opieka farmaceutyczna jest niezbędnym elementem opieki zdrowotnej i powinna zostać zintegrowana z innymi jej elementami. Choć opieka farmaceutyczna jest prowadzona dla zapewnienia bezpośredniego dobra pacjenta, to farmaceuta jest odpowiedzialny bezpośrednio wobec pacjenta za jej jakość. Podstawową relacją w opiece farmaceutycznej jest wzajemna wymiana korzyści, w których pacjent udziela prowadzącemu (farmaceucie) pełnomocnictw, a prowadzący zapewnia kompetencje i zaangażowanie wobec pacjenta (akceptuje odpowiedzialność). Podstawowe cele, procesy i relacje w opiece farmaceutycznej są niezależne od miejsca wykonywania praktyki zawodowej" (Hepler, Strand, 1990, s. 539).

[4] Do wymienionych funkcji siedmiogwiazdkowego farmaceuty (ang. *seven-star pharmacist*) dodano funkcje badacza (ang. *researcher*).

© for this edition by CNS

Istotny wpływ opieki farmaceutycznej na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa w połączeniu z racjonalizacją wydatków na leczenie pacjenta skutkował podjęciem prób standaryzacji działań związanych z opieką farmaceutyczną przez wprowadzenie w 2005 r. zarządzania terapią lekową (ang. Medication Therapy Management — MTM), która znacznie rozszerza funkcje opieki farmaceutycznej (McGivney *et al.*, 2007, s. 620–628)[5]. W systemie zarządzania terapią lekową postuluje się wyprowadzenie czynności poza działalność apteczną (miejsca prywatne, szpitale, gabinety lekarskie, przychodnie, hospicja, domy opieki społecznej), wszędzie tam, gdzie stosuje się zarządzanie procesem farmakoterapii (Szalonka, 2011, s. 55).

2. Opieka farmaceutyczna w Polsce

Wdrażanie opieki farmaceutycznej w Polsce, choć odbyło się ze sporym opóźnieniem, to nastąpiło dzięki staraniom akademickich środowisk farmaceutycznych ośrodków w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Gdańsku i Wrocławiu (Szalonka, 2011, s. 65)[6]. Skutkowało to opracowaniem w 2007 r. strategii wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce (Bąbelek *et al.*, 2007, s. 1–12) oraz stworzeniem definicji i zainicjowaniem jej w systemie prawa farmaceutycznego[7].

Analiza prawa farmaceutycznego wskazuje, że dołączona do ustawy o izbach aptekarskich definicja opieki farmaceutycznej nie została wsparta żadnymi szczegółowymi przepisami wykonawczymi, które w sposób jasny i precyzyjny określałyby cele, zadania, zakresy obowiązków oraz rozgraniczałyby kompetencje poszczególnych podmiotów, a także precyzowałyby sposoby przygotowania, przekazywania, zabezpieczenia i formalizacji informacji oraz danych wrażliwych. Utrudnia to znacznie efektywne sprawowanie opieki farmaceutycznej, która oparta na płaszczyźnie współpracy trzech podmiotów: lekarza, pacjenta i farmaceuty, wymaga jednoznacznych oraz dokładnych i niebudzących wątpliwości regulacji. Niejasność i niejednoznaczność przepisów polskiego prawa farmaceutycznego

[5] Pojęcie „Medication Therapy Management" (MTM) zostało zdefiniowane w 2005 r. przez B.M. Blumla jako „odrębna usługa lub grupa usług, które optymalizują efekty terapii dla poszczególnych pacjentów, są niezależne od, ale mogą pojawić się w związku z zaopatrzeniem w produkt leczniczy" (Bluml, 2005, s. 572).

[6] Duże zasługi w propagowaniu opieki farmaceutycznej przypisuje się J. Łazowskiemu, A. Skowron, zespołowi J. Brandysa, T. Bąbelkowi (Szalonka, 2011, s. 65).

[7] Definicja opieki farmaceutycznej została dołączona przez ustawodawcę do katalogu usług farmaceutycznych w 2008 r. w brzmieniu: „wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta" (ustawa o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, 2008, art. 1, ust. 2).

© for this edition by CNS

wywołuje uzasadnione obawy środowiska farmaceutów i stanowi jedną z najważniejszych barier na drodze wdrażania opieki farmaceutycznej.

Z uwagi, że realizacja opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej wymaga od farmaceuty podjęcia dodatkowych obowiązków i zadań, a od właściciela apteki (organu prowadzącego aptekę) dodatkowych kosztów, to jej wdrażanie napotyka poważne problemy i trudności. W opinii części aptekarzy istnieją obawy, że wiedza farmaceuty w zakresie chorób i farmakoterapii jest niewystarczająca, a konieczność przyjęcia na siebie odpowiedzialności za realizację procesu farmakoterapii przy niskiej jakości przepisów prawa farmaceutycznego może skutkować eskalacją roszczeń pacjentów, z konsekwencjami prawnymi włącznie. Właściciel apteki z kolei nie jest skłonny ponosić dodatkowych kosztów związanych z przygotowaniem i wyposażeniem stanowiska do spotkań z pacjentem (stanowiska konsultacyjnego), jeżeli nie będzie się to przekładało na wymierne korzyści dla apteki. Do barier wdrożenia opieki farmaceutycznej zaliczyć można też konieczność poświęcenia dużej ilości czasu na przygotowanie się i przeprowadzenie spotkań z pacjentem (Skowron, 2008, s. 6), co wiąże się z poniesieniem dodatkowych kosztów na przygotowanie i doszkolenie farmaceuty oraz może skutkować koniecznością zatrudnienia dodatkowego pracownika.

Bariery wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce wynikające z obaw farmaceutów i właścicieli aptek stanowią klasyczny przykład niechęci wobec wprowadzonej zmiany. Wydają się one w dużej mierze nieuzasadnione, zważywszy na korzyści, jakie można osiągnąć po wprowadzeniu opieki farmaceutycznej, do których należy zaliczyć:

— wzrost prestiżu zawodu farmaceuty wynikający z podniesienia rangi zawodu w realizacji społecznej misji ochrony zdrowia publicznego, co przekłada się bezpośrednio na zwiększenie własnej satysfakcji farmaceutów z wykonywanej pracy (Łazowski, 2005a, s. 95; Skowron, 2008, s. 6);

— wzrost poziomu lojalności i satysfakcji pacjentów wynikający z preferowania aptek, w których dostępne są usługi związane z zarządzaniem ich terapią farmakologiczną (Brooks *et al.*, 2007, s. 4–27);

— wzrost znaczenia relacji z lekarzami i przedstawicielami medycznymi, co przekłada się wzrost prawdopodobieństwa osiągnięcia sukcesu ekonomicznego (Scharitzer, Kollarits, 2000, s. 955–965).

Perspektywa osiągnięcia wymiernych korzyści nie powinna stanowić priorytetowego motywatora wdrażania opieki farmaceutycznej, ponieważ wykonywanie zawodu farmaceuty to przede wszystkim misja realizowana w ramach społecznego systemu ochrony zdrowia publicznego. Opieka farmaceutyczna pozwala na wstawienie zawodu aptekarza na właściwe tory, aby można było realizować przedmiotową misję w zgodzie z zasadami etyki i deontologii zawodu farmaceuty. Jednak aby można liczyć osiągnięte korzyści, należy przygotować aptekę i jej personel do realizacji procesu świadczenia usługi farmaceutycznej, jaką jest sprawowanie opieki farmaceutycznej, co w pierwszej kolejności wiąże

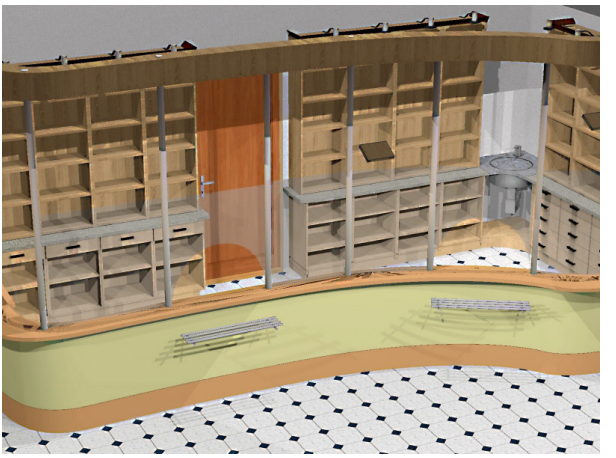
© for this edition by CNS

się z odpowiednim dostosowaniem lokalu (stworzeniem stanowiska konsultacyjnego), które powinno zostać też przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.

3. Przygotowanie apteki ogólnodostępnej do wdrażania opieki farmaceutycznej — tworzenie stanowiska (punktu) konsultacyjnego

Wdrażanie opieki farmaceutycznej do praktyki apteki ogólnodostępnej wymaga podjęcia przez organ prowadzący aptekę działań dostosowawczych ukierunkowanych w pierwszej kolejności na zapewnienie miejsca do swobodnej rozmowy z pacjentem. System prawa farmaceutycznego w Polsce nie określa sposobu zmiany układu izby ekspedycyjnej ani nie wskazuje ogólnych bądź szczegółowych zasad dokonania przedmiotowych zmian. Brak regulacji prawnych w zakresie przygotowania apteki do wdrażania opieki farmaceutycznej nie powinien stanowić poważnej przeszkody w podejmowaniu działań dostosowawczych, ponieważ w przestrzeni informacyjnej znajduje się wiele publikacji opisujących i charakteryzujących przedmiotowy proces. Filozofia opieki farmaceutycznej jest oparta na priorytetowym potraktowaniu najwyższego dobra pacjenta, jakim jest jego życie i zdrowie, co wskazuje na podmiotowe podejście do istoty jego potrzeb oraz uzasadnia kierunek wprowadzanych zmian dążący do optymalizacji wyglądu apteki w taki sposób, aby miała wygląd placówki opieki zdrowotnej.

Efektywne dostosowanie izby ekspedycyjnej do potrzeb realizacji procesu opieki farmaceutycznej wymaga odejścia od tradycyjnego układu izby (rysunek 1), który dotychczas ukierunkowany był na maksymalizację sprzedaży przy minimalnych kosztach, uwzględniając jednocześnie maksymalny poziom zabezpieczeń przed kradzieżami i zniszczeniami.

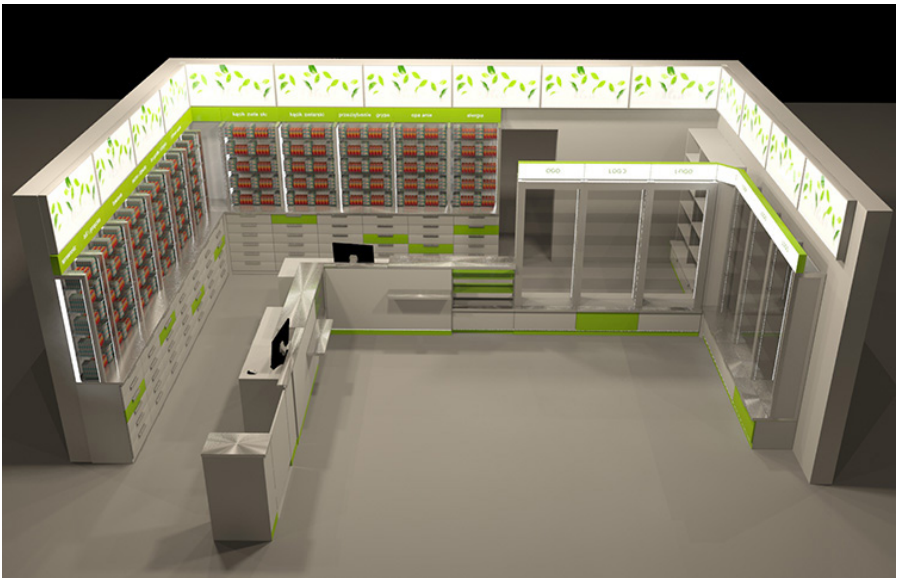


© for this edition by CNS

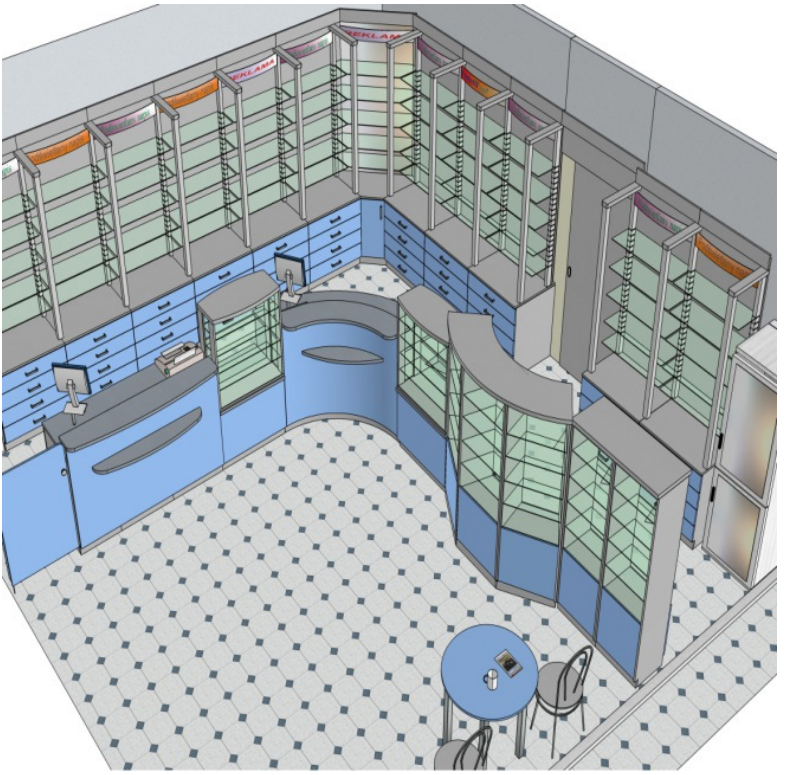
Rysunek 1. Tradycyjny układ izby ekspedycyjnej

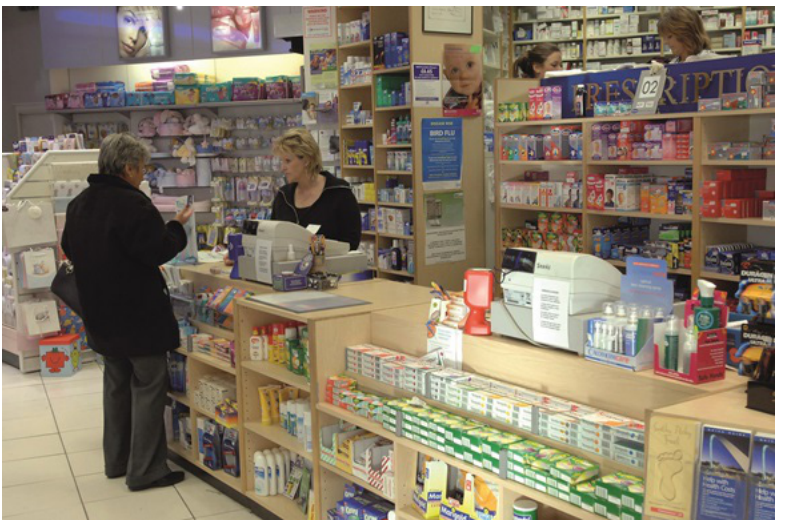
Źródło: Biurmebl (18.05.2016); Fakt24.pl (15.01.2016).

Zalecane jest podążanie w kierunku położenia większego nacisku na kontakt z pacjentem oraz zapewnienia klientom wygodnego miejsca oczekiwania na swoją kolej, co wywołuje konieczność likwidacji barier utrudniających komunikację. Z tego powodu z przestrzeni ekspedycyjnej zaczynają powoli znikać wysokie i zaszklone lady apteczne oraz wąskie okienka, a pojawiają się miejsca pozwalające na swobodną i niczym nieskrępowaną rozmowę pacjenta z farmaceutą (rysunek 2).



© for this edition by CNS





Rysunek 2. Wizualizacja nowoczesnej apteki

Źródło: AdRepublic (18.05.2016); Meblant (18.05.2016); Medicimage za: Andalo, Sukkar (8.07.2015).

© for this edition by CNS

Kolejnym krokiem w kierunku poprawy warunków komunikacji jest wydzielenie specjalnego miejsca do konsultacji. Jak słusznie wskazuje J. Łazowski:

> miejsce, które można nazwać stanowiskiem konsultacyjnym, ma dla opieki farmaceutycznej podstawowe i trudne do przecenienia znaczenie, gdyż ułatwia stworzenie atmosfery prywatności i profesjonalizmu, a tym samym uświadamia ludziom, że w aptece świadczone są usługi opieki zdrowotnej (Łazowski, 2005b, s. 7).

Punkt konsultacyjny powinien zostać ulokowany w tzw. ustronnym miejscu izby ekspedycyjnej apteki, aby zapewnić warunki przeprowadzenia rozmowy z zachowaniem minimalnego poziomu komfortu i maksymalnego stopnia dyskrecji (rysunek 3).

Rysunek 3. Wizualizacja nowoczesnej apteki z wyodrębnionym stanowiskiem konsultacyjnym

Źródło: Archicram, za: Barałkiewicz, 2013, ilustracja 3; Apteka A Deląg (18.05.2016).

Przy tworzeniu stanowiska (punktu) konsultacyjnego należy przestrzegać kilku podstawowych zasad (Łazowski, 2005b, s. 7–8):

— usytuowanie w izbie ekspedycyjnej, jako miejscu łatwo dostępnym dla pacjenta i farmaceuty;

— usytuowanie na uboczu głównych szlaków komunikacyjnych izby ekspedycyjnej: wejście — miejsce dyspensowania — kasa — wyjście;

— wizualizacja otoczenia eksponująca wymiar medyczny apteki — placówki ochrony zdrowia publicznego, w której świadczone są usługi farmaceutyczne;

— podstawowe wyposażenie stanowiska/punktu konsultacyjnego powinno stanowić: niski stolik i co najmniej dwa „wygodne" krzesła (należy przewidzieć

© for this edition by CNS

możliwość udziału w rozmowie małżonki/a lub opiekuna pacjenta) oraz sprzęt i materiały informacyjne (pomocnicze), z których może korzystać farmaceuta prowadzący konsultacje;

— każde stanowisko/punkt konsultacyjny powinno zostać wyraźnie oznakowane jako miejsce przeznaczone do prywatnych rozmów pacjenta z farmaceutą;

— wydzielenie w pobliżu stanowiska/punktu konsultacyjnego miejsca dla oczekujących na swoją kolej pacjentów, wyposażonego w „wygodne" krzesła i materiały informacyjne (w większych aptekach).

Należy przy tym pamiętać, że prawidłowo wyposażone i funkcjonujące stanowisko konsultacyjne zajmie część przestrzeni izby ekspedycyjnej, której nie będzie można już w inny sposób wykorzystać (np. do ustawienia kontuarów, gablot i gondoli).

4. Wdrażanie opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej — dostosowanie lokalu do potrzeb osób niepełnosprawnych

System prawa farmaceutycznego w sposób ogólny i lakoniczny określa konieczność dostosowania lokalu apteki ogólnodostępnej do potrzeb osób niepełnosprawnych, przez co nie wskazuje ani kierunku przedmiotowych działań, ani zakresu czy wykazu czynności[8]. Brak szczegółowych uregulowań w systemie prawa farmaceutycznego pokazuje, że ustawodawca uznał za wystarczające w tym zakresie regulacje zawarte w przepisach prawa budowlanego. Prawo budowlane na etapie projektowania i budowania wskazuje, że obiekt budowlany powinien zapewniać niezbędne warunki do korzystania przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich, a projekt architektoniczno-budowlany powinien zawierać opis dostępności dla osób niepełnosprawnych[9].

[8] Według zapisów ustawy „lokal apteki ogólnodostępnej obejmuje powierzchnię podstawową i powierzchnię pomocniczą. Izba ekspedycyjna wchodząca w skład powierzchni podstawowej musi stwarzać warunki zapewniające dostęp osób niepełnosprawnych" (ustawa Prawo farmaceutyczne, 2001, art. 97, ust. 2). W rozporządzeniu Ministra Zdrowia wskazano, że „wejście dla osób korzystających z usług apteki ogólnodostępnej musi zapewniać nieograniczony dostęp do izby ekspedycyjnej w czasie godzin pracy apteki, w tym również dla osób niepełnosprawnych" (rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2002, § 5, ust. 3, pkt 1).

[9] Według zapisów ustawy „obiekt budowlany jako całość oraz jego poszczególne części, wraz ze związanymi z nim urządzeniami budowlanymi należy, biorąc pod uwagę przewidywany okres użytkowania, projektować i budować w sposób określony w przepisach, w tym techniczno-budowlanych, oraz zgodnie z zasadami wiedzy technicznej, zapewniając niezbędne warunki do korzystania z obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego przez osoby iepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich" (ustawa Prawo budowlane, 1994, art. 5, ust. 1, pkt 4). „Projekt budowlany powinien zawierać projekt architektoniczno-budowlany, określający funkcję, formę i konstrukcję obiektu budowlanego, jego charakterystykę energetyczną i ekologiczną oraz proponowane niezbędne rozwiązania techniczne, a także

© for this edition by CNS

Dostosowanie lokalu apteki do potrzeb osób niepełnosprawnych oznacza w praktyce likwidację wszelkich barier, jakie może napotkać pacjent na drodze od wejścia do stanowiska konsultacyjnego (kasowego) i z powrotem do wyjścia z apteki. Podejmowanie działania powinno się zacząć od zapewnienia swobodnego wejścia do placówki, co można osiągnąć, wykonując podjazd o niewielkim (łagodnym) kącie nachylenia (rysunek 4).

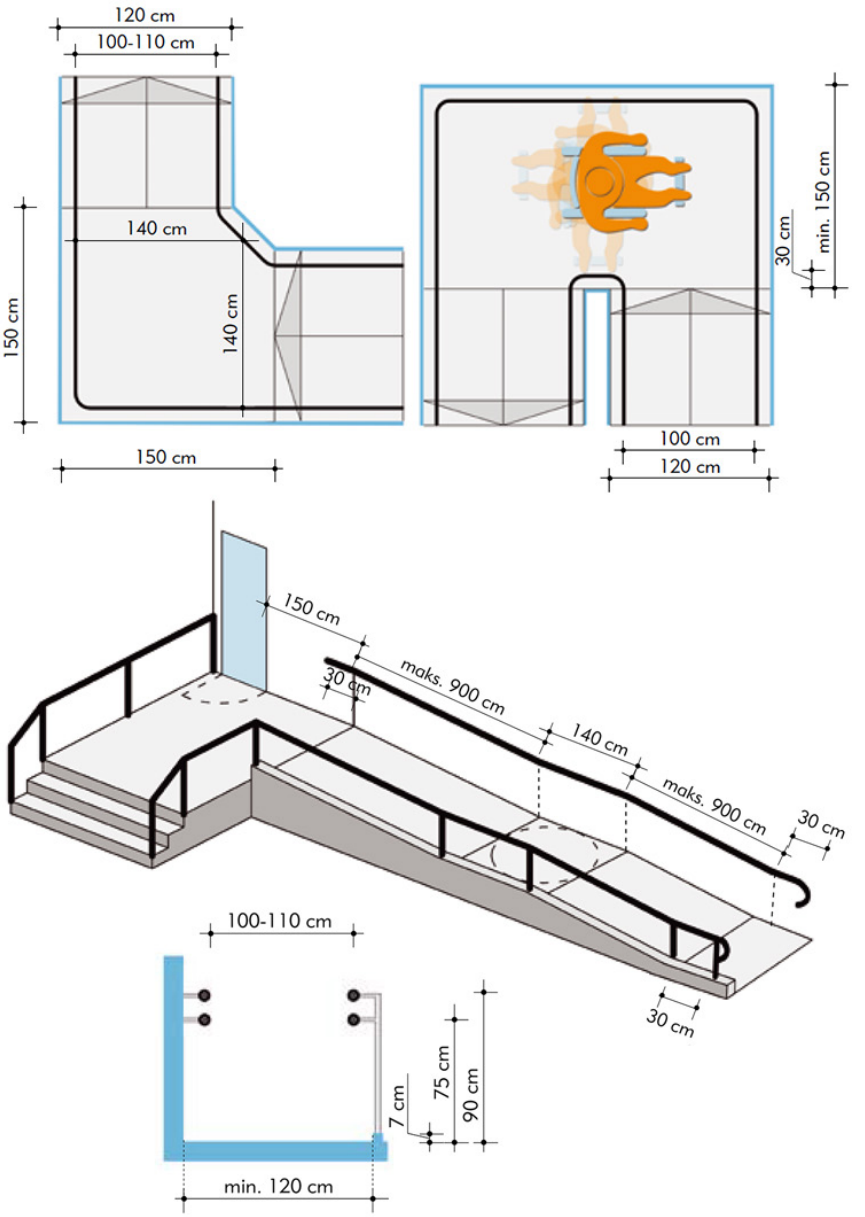
Rysunek 4. Podjazd dla osób niepełnosprawnych przed apteką

Źródło: Apteka Farmacja (24.05.2016).

Podjazd (pochylnia) powinien mieć wymiary odpowiednie rozstawowi kół wózka inwalidzkiego (rysunek 5) i zostać pokryty materiałem antypoślizgowym (terakota antypoślizgowa, drobna kostka brukowa, kamień naturalny o fakturowanej drobnoziarnistej powierzchni, kratownice o drobnych oczkach, drewno nawierzchniowo perforowane, wylewka betonowa z gruboziarnistą nawierzchnią, niepolerowany gres, płytki klinkierowe nieszkliwione, okładzinowe płyty betonowe o ryflowanej powierzchni — Budny, 2009, s. 24).

materiałowe, ukazujące zasady nawiązania do otoczenia, a w stosunku do obiektów budowlanych, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 4 — również opis dostępności dla osób niepełnosprawnych" (ustawa Prawo budowlane, 1994, art. 34, ust. 3, pkt 2).

© for this edition by CNS



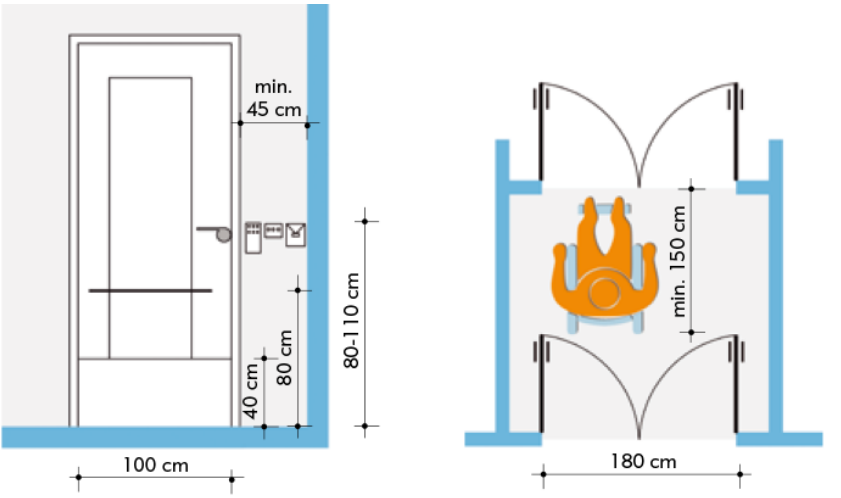
Rysunek 5. Przykładowe rozwiązania przestrzenne pochylni

Źródło: Budny, 2009, s. 23, 26.

Dodatkowo powinny zostać usunięte lub zabezpieczone wszelkie kanaliki odpływowe koło podjazdów, aby zminimalizować możliwość zablokowania kół wózka. Jeżeli schody do apteki są „śliskie", to można zmienić ich pokrycie lub nakleić na ich krawędziach gumowe paski (co drugi w kolorze żółtym dla zapewnienia lep-

© for this edition by CNS

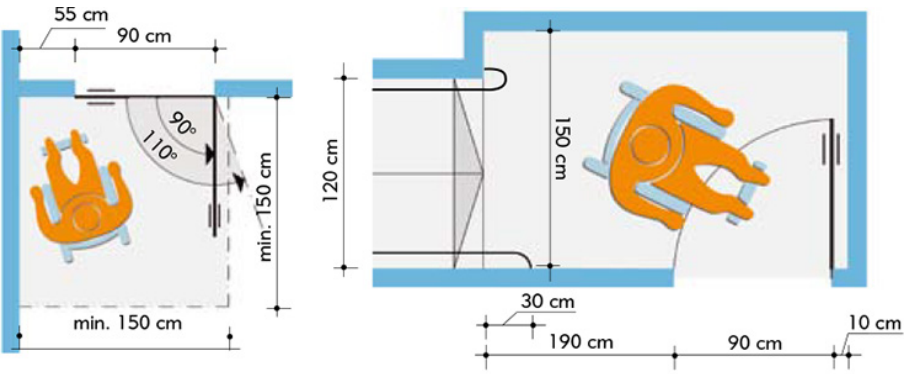
szej orientacji osobom słabowidzącym) oraz zamontować poręcze (dla ułatwienia wejścia osobom o obniżonej koordynacji ruchowej). Wycieraczki przy drzwiach powinny być „wtopione" w podłogę, aby zminimalizować możliwość potknięcia się pacjenta. Drzwi wejściowe z kolei powinny mieć szerokość 90–110 cm i być tak zaprojektowane, aby klamka była umieszczona na wysokości około 110 cm (rysunek 6); można wstawić drzwi rozsuwane lub otwierane automatycznie na boki.



Rysunek 6. Parametry wymiarowe dostępu do drzwi (pojedynczych i podwójnych)

Źródło: Budny, 2009, s. 28, 33.

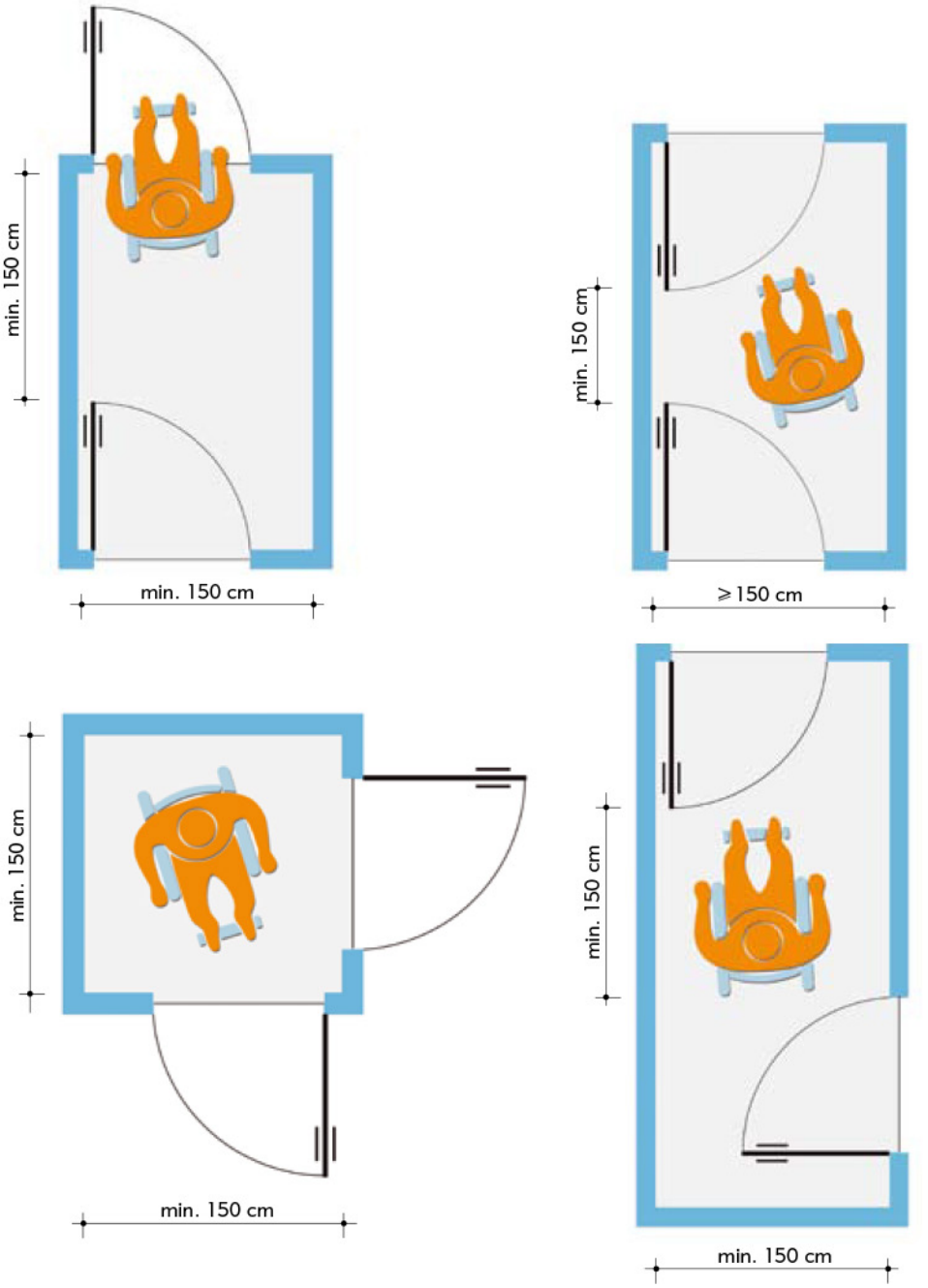
Przy projektowaniu należy również uwzględnić minimalne wymiary powierzchni manewrowych przy drzwiach (rysunek 7) i w przedsionkach i wiatrołapach (rysunek 8).



Rysunek 7. Minimalne wymiary powierzchni manewrowych przy drzwiach

Źródło: Budny, 2009, s. 29.

© for this edition by CNS



Rysunek 8. Minimalne wymiary powierzchni manewrowych w przedsionkach i wiatrołapach

Źródło: Budny, 2009, s. 30–31.

© for this edition by CNS

Dzwonek do przywoływania obsługi (w wypadku dyżurów nocnych) powinien być umiejscowiony na wysokości 90–120 cm. Można również umieścić szyld apteki z literami wykonanymi dużą i prostą czcionką w kolorach kontrastujących z tłem (otoczeniem) oraz zainstalować nad drzwiami sygnalizator akustyczny, aby ułatwić orientację osobom z dysfunkcjami narządów wzroku (Gajda, 2011).

Z tras poruszania się pacjentów do stanowisk należy usunąć wszelkie progi i przeszkody, którymi mogą być gabloty, gondole, doniczki z kwiatami oraz stojaki reklamowe (rysunek 9).

Rysunek 9. Wizualizacja apteki niesprzyjającej i sprzyjającej swobodzie poruszania się osobom niepełnosprawnym

Źródło: meble-apteczne.com (24.05.2016), Archicram (24.05.2016a).

Dodatkowe krzesła i stoliki powinny zostać odsunięte pod ściany, aby umożliwić osobom z niepełnosprawnością ruchową manewrowanie wózkiem (najlepiej do tego celu zabezpieczyć przestrzeń manewrową — okrąg o średnicy 150 cm; minimalna szerokość przejazdu — 120 cm) oraz ułatwić dostęp do stanowiska konsultacyjnego (kasowego) osobom z dysfunkcjami wzroku (rysunek 10).

© for this edition by CNS

Rysunek 10. Wizualizacja apteki z zabezpieczoną przestrzenią manewrową dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich

Źródło: Marion (24.05.2016).

Ściany, podłogi i meble apteczne nie powinny powodować odblasków i refleksów świetlnych, ponieważ utrudnia to orientację przestrzenną osobom słabowidzącym oraz może powodować dyskomfort u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Stanowiska konsultacyjne (kasowe) należy wyraźnie oznaczyć i przynajmniej w jednym zlikwidować szybę oddzielającą aptekarza od pacjenta oraz obniżyć blat do poziomu około 120 cm, aby ułatwić dostęp pacjentom poruszającym się na wózkach. Obecnie na rynku istnieje wiele rozwiązań, które mogą w znacznym stopniu ułatwić dostęp do każdego stanowiska konsultacyjnego (kasowego) osobom niepełnosprawnym, poruszającym się na wózkach inwalidzkich (rysunek 11).

Rysunek 11. Wizualizacja stanowisk konsultacyjnych (kasowych) dostosowanych do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich

Źródło: Allbiz (25.05.2016).

© for this edition by CNS

Zapewnienie optymalnego poziomu bezpieczeństwa wymaga zainstalowania mebli o zaokrąglonych brzegach, bez „ostrych" wykończeń i krawędzi, wykonanych z zachowaniem wszelkich kryteriów użyteczności i praktyczności (rysunek 12).

Rysunek 12. Meble o zaokrąglonych brzegach

Źródło: Archicram (25.05.2016b), (Novus 25.05.2016).

Przystosowanie lokalu apteki do potrzeb osób niepełnosprawnych najlepiej rozpocząć na etapie planowania i projektowania, ponieważ wtedy można skorzystać z wielu dostępnych na rynku rozwiązań przyjaznych dla osób niepełnosprawnych bez konieczności ponoszenia dodatkowych nakładów. W wypadku gdy apteka nie ma przedmiotowych rozwiązań, a chce być postrzegana jako placówka przyjazna dla osób niepełnosprawnych, to musi ponieść pewne nakłady inwestycyjne. Mogą jednak one zostać częściowo lub nawet w całości zrefundowane ze środków na tzw. likwidację barier architektonicznych, co wiąże się z koniecznością złożenia do odpowiednich organów stosownych wniosków i poddaniu się procedurom administracyjnym.

5. Wnioski

Implementacja opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej stanowi duże wyzwanie dla organu prowadzącego, ponieważ wymaga podjęcia całego spektrum działań dostosowawczych, aby w sposób efektywny realizować proces świadczenia usług farmaceutycznych. Do czynności realizowanych w pierwszej kolejności należy zaliczyć:

— przekonanie personelu apteki do podjęcia nowych obowiązków i zadań, co można powiązać z systemem motywacyjnym;

© for this edition by CNS

— dostosowanie lokalu apteki w celu zapewnienia miejsca do swobodnej rozmowy z pacjentem — stworzenie stanowiska (punktu) konsultacyjnego, co wiąże się z koniecznością podjęcia stosownych decyzji inwestycyjnych.

— Istotnym elementem jest też dostosowanie lokalu apteki do wymogów osób niepełnosprawnych, co najlepiej zaplanować na etapie projektowania apteki, gdyż nie wymaga to wtedy konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. Do czynności realizowanych w pierwszej kolejności w tym zakresie należy zaliczyć:

— wykonanie podjazdu o niewielkim (łagodnym) kącie nachylenia, o wymiarach odpowiednich rozstawowi wózka inwalidzkiego, pokrytego materiałem antypoślizgowym z zabezpieczonymi kanalikami odpływowymi;

— zmiana pokrycia „śliskich" schodów poprzez naklejenie na ich krawędziach gumowych pasków oraz zamontowanie poręczy;

— likwidacja wszelkich progów i „wtopienie" wycieraczek przy drzwiach w podłogę;

— zamontowanie drzwi wejściowych o szerokości 90–110 cm zaprojektowanych w taki sposób, aby klamka była umieszczona na wysokości około 110 cm z uwzględnieniem minimalnych powierzchni manewrowych przy drzwiach oraz w przedsionkach i wiatrołapach;

— umiejscowienie dzwonka do przywołania obsługi na wysokości 90–120 cm (w wypadku dyżurów nocnych);

— zainstalowanie nad drzwiami sygnalizatora akustycznego oraz umieszczenie szyldu apteki z literami wykonanymi dużą i prostą czcionką w kolorach kontrastujących z tłem (otoczeniem);

— usunięcie przeszkód (gablot, gondoli, doniczek z kwiatami, stojaków reklamowych) z tras poruszania się pacjentów (na linii wejście — stanowisko konsultacyjne-kasowe — wyjście);

— zapewnienie odpowiedniej przestrzeni manewrowej (okrąg o średnicy 150 cm; minimalna szerokość przejazdu — 120 cm) osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich;

— wykonanie ścian, podłóg i mebli (o zaokrąglonych brzegach, bez „ostrych" wykończeń i krawędzi) z materiałów niepowodujących odblasków i refleksów świetlnych;

— wyraźne oznaczenia stanowisk konsultacyjnych (kasowych) i w przynajmniej jednym stanowisku zlikwidowanie szyby oddzielającej aptekarza od pacjenta oraz obniżenie blatu do poziomu około 120 cm.

Pokonanie barier prawnych i architektonicznych oraz poniesienie niewielkich nakładów inwestycyjnych, związanych z dostosowaniem apteki do potrzeb osób niepełnosprawnych, pozwolą skutecznie wdrożyć program opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej, co przekłada się bezpośrednio na osiągnięcie korzyści wizerunkowych i pośrednio finansowych (komercyjnych).

© for this edition by CNS

Bibliografia

AdRepublic, *Apteka Nowa*, http://www.produkcja.adrepublic.pl/b59-Apteka_Nowa#prettyPhoto[gal]/3/.

Allbiz (2016), http://krakow.all.biz/meble-apteczne-g117833#.V0XS8o9OLIU.

Andalo D., Sukkar E. (2015), *Risks and benefits of pharmacists accessing patients' summary care records*, „The Pharmaceutical Journal", http://www.pharmaceutical-journal.com/news-and--analysis/news/risks-and-benefits-of-pharmacists-accessing-patients-summary-care-records/20068889.article.

Apple W.S. (1968), *Pharmacists as Professionals*, „Journal of the American Pharmaceutical Association" 7, nr 8, s. 344–346.

Apteka A. Deląg (2016), *Cz. I opieka farmaceutyczna*, https://www.youtube.com/watch?v=bJBTACwIzog.

Apteka Farmacja (2016), http://www.apteka.czeladz.org/.

Archicram (2016a), http://archicram.pl/realizacje/tomaszow-mazowiecki/.

Archicram (2016b), http://archicram.pl/produkty/regaly-indywidualne/.

Barałkiewicz T. (2013), *Aranżacja wnętrza apteki*, [w:] *Marketingowe zarządzanie apteką*, red. H. Mruk, Warszawa.

Bąbelek T. (2009), *Wskazania WHO do sprawowania opieki farmaceutycznej*. „Aptekarz Polski. Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej" 31 (9e), 23–25.

Bąbelek T. *et al.* (2007), *Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej*, „Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej" 17, nr 4, s. 1–12.

Biurmebl (2016), *Meble na zamówienie*, http://www.biurmebl.pl/meble-na-zamowienie.html.

Bluml B.M. (2005) *Definition of Medication Therapy Management: Development of Professionwide Consensus*, „Journal of the American Pharmacists Association" 5, nr 45, s. 566–572.

Brodie D.C., Parish P.A., Poston J.W. (1980), *Societal Needs for Drugs and Drug Related Services*, „American Journal of Pharmaceutical Education" 3, nr 44, s. 276–278.

Brooks J.M. *et al.* (2007), *Effect of Local Competition on the Willingness of Community Pharmacies to Supply Medication Therapy Management Services*, „Journal of Health and Human Services Administration" 1, nr 30, s. 4–27.

Budny J. (2009), *Dostosowanie budynków użyteczności publicznej*, Warszawa.

Fakt24.pl. (2016), *Ograniczenia sprzedaży leków! Szykują się zmiany*, http://www.fakt.pl/pieniadze/zakupy/leki-kupisz-tylko-w-aptece/gez0rnz, fot. Dyba P., newspix.pl.

Gajda M. (2011), *Apteka przyjazna niepełnosprawnym*, http://www.nazdrowie.pl/artykul/apteka--przyjazna-niepelnosprawnym.

Hepler Ch.D. (1987), *The Third Wave in Pharmaceutical Education and the Clinical Movement*, „American Journal of Pharmaceutical Education" 4, nr 51, s. 369–385.

Hepler Ch.D., Strand L.M. (1990), *Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care*, „American Journal of Hospital Pharmacy" 3, nr 47, s. 533–543.

Knapp D.A. *et al.* (1969), *An Experimental Analysis... The Pharmacist as a Drug Advisor*, „Journal of the American Pharmaceutical Association" 10, nr 9, s. 502–505.

Linn L.S., Davis M.S. (1973), *Occupational Orientation and Overt Behavior-The Pharmacist as Drug Adviser to Patients*, „American Journal of Public Health" 6, nr 63, s. 502–508.

Łazowski J. (2005a), *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej* Warszawa.

Łazowski J. (2005b), *Skuteczne wdrażanie opieki farmaceutycznej do praktyki aptek ogólnodostępnych*, [w:] *Opieka farmaceutyczna w prawie i praktyce*, red. Brandys J.,Warszawa.

Marion (24.05.2016), http://www.marion.bielsko.pl/3,31,projekty.

McCormack T.H. (1956), *The Druggists' Dilemma: Problems of a Marginal Occupation*, „American Journal of Sociology" 4, nr 61, s. 308–315.

© for this edition by CNS

McGivney M.S. *et al.* (2007), *Medication Therapy Management: Its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care*, „Journal of the American Pharmacists Association" 5, nr 47, s. 620–628.

Meblant (2016), *Meble do aptek*, http://www.meblant.pl/meble-do-apteki.xml.

Meble-apteczne.com (2016), http://meble-apteczne.com/.

Mikeal R.L. *et al.* (1975), *Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals*, „American Journal of Hospital Pharmacy" 6, nr 32, s. 567–574.

Novus (2016), http://www.novus.com.pl/oferta/systemy-sklepowe/meble-sara.

Parker P.F. (1967), *Drugs and the People*, „American Journal of Hospital Pharmacy" 24, s. 351–355.

Penna R.P. (1965), *Through Reclassification... Control of Over-the-Counter Medication*, „Journal of the American Pharmaceutical Association" 11, nr 5, s. 584–586.

Quinney E.R. (1963), *Occupational Structure and Criminal Behavior: Prescription Violation by Retail Pharmacists*, „Social Problems" 2, nr 11, 179–185.

Quinney E.R. (1964), *Adjustment to Occupational Role Strain: The Case of Retail Pharmacy*, „The Southwestern Social Science Quarterly" 4, nr 44, s. 367–376.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakimi powinien odpowiadać lokal apteki, Dz.U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1395.

Scharitzer D., Kollarits H.C. (2000), *Satisfied Customers: Profitable Customer Relationships: Pharmaceutical Marketing: How Pharmaceutical Sales Representatives Can Achieve Economic Success Through Relationship Management With Settled General Practitioners — An Empirical Study*, „Total Quality Management & Business Excellence" 7, nr 11, s. 955–965.

Skowron A. (2008), *Opieka farmaceutyczna — Jak zacząć?*, „Aptekarz Polski. Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej" 5e, nr 27, s. 6–7.

Szalonka K. (2011), *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, Warszawa.

Thorner I. (1942), *Pharmacy: The Functional Significance of an Institutional Pattern*, „Social Forces" 3, nr 20, s. 321–328.

Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, Dz.U. z 2008 r. Nr 47, poz. 273.

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm.

Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane, Dz.U. z 1994 r. Nr 89, poz. 414, ze zm.

Wardwell W.I. (1963), *Limited, Marginal, and Quasi-Practitioners*, [w:] *Handbook of Medical Sociology*, red. H.E. Freeman, S. Levine, L.G. Reeder, Englewood Cliffs, New Jersey.

Wiedenmayer K. *et al.* (2006), *Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook — 2006 edition*, Netherland, World Health Organization, International Pharmaceutical Federation.

© for this edition by CNS