

24 Wkrótce pilotaż. Opieka farmaceutyczna coraz bliżej

26 Szczepienia przeciw COVID-19 w aptekach?

48 Co warto wiedzieć o nowych lekach przeciwcukrzycowych?



S. 8

Ustawa o zawodzie farmaceuty

**Rok 2020 przyniósł
i dobre wieści**



Czasopismo Polskiej Grupy Farmaceutycznej przeznaczone dla aptekarzy ukazuje się od roku 2000. Do roku 2017 wydawane było pod tytułem „Bez Recepty. Magazyn PGF”.

Dwumiesięcznik „Recepta.pl” zawiera treści skierowane wyłącznie do farmaceutów i osób prowadzących zaopatrzenie w produkty lecznicze.

WYDAWCA
Recepta.pl Sp. z o.o.
ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź

REDAKTOR NACZELNY
Tomasz Osadowski,
tel. 607 067 675
tomasz.osadowski@pgf.com.pl

REKLAMA
Dział Zakupów PGF S.A.

SKŁAD I PRZYGOTOWANIE
DO DRUKU
IKROPKA
ul. Kustronia 56A, 30-433 Kraków
ikropka.com

DRUK
Lotos Poligrafia Sp. z o.o.
ul. Wał Miedzeszyński 98
04-987 Warszawa

Opisy produktów przedstawionych w reklamach i artykułach sponsorowanych zostały przygotowane przez producentów. Zdjęcia prezentowanych produktów mogą nieznacznie odbiegać od rzeczywistości.



BĄDŹ EKOLOGICZNY.
WYRZUCAJĄC PAPIER,
WYBIERZ ODPOWIEDNI
POJEMNIK.



Szanowni Czytelnicy

Czy rok 2021 będzie przełomowy?
Wiele na to wskazuje.

Już wkrótce wejdzie w życie ustawa o zawodzie farmaceuty, na którą czekano wiele lat, wręcz dziesięcioleci. Zdecydowanie poszerzy ona zakres wykorzystania zawodowych kompetencji farmaceutów. Skończymy już na zawsze z dociekaniem, czy na pewno można zmierzyć pacjentowi w aptece ciśnienie krwi, bo zakres możliwości będzie wielokrotnie większy. Ustawa tworzy bowiem, o czym w artykule dr hab. Agnieszki Zimmermann, podstawy prawne do świadczenia w aptekach profesjonalnej opieki farmaceutycznej opartej na sprawdzonych międzynarodowych standardach. Widać również wolę uwolnienia tych kompetencji farmaceutów ze strony resortu zdrowia – o bliskim już pilotażu rozmawiamy z dr hab. Agnieszką Neumann-Podczaską, ekspertem zespołu ds. opieki farmaceutycznej.

Gończym tematem staje się aktualnie szczepienie pacjentów przez farmaceutów w aptekach – oczywiście związane z pandemią koronawirusa. Pokazujemy, jak ten proces zorganizowano w Wielkiej Brytanii, z której doświadczeń warto czerpać w szerszym kontekście.

Polska Grupa Farmaceutyczna rozpoczyna czwarte dziesięciolecie pracy dla polskich aptek, a nasza redakcja trzecie już dziesięciolecie spotkań z Państwem. Na tę okazję przygotowaliśmy dla Was nowy projekt graficzny naszego wydawnictwa. Mamy nadzieję, że będziecie mogli wygodniej wczytywać się w wiadomości i artykuły. Otwieramy również portal magazyn-recepta.pl udostępniający aktualne i archiwalne numery czasopisma. Liczymy, że stanie się on również platformą wymiany opinii, nie tylko o czasopiśmie, ale o szeroko rozumianych sprawach aptekarskich. Naszym celem jest inspirowanie Państwa w Waszej pracy z pacjentami oraz w zarządzaniu apteką.

Zapraszam do lektury!

redaktor naczelny

W numerze



AKTUALNOŚCI

- 6 PGF: angażujemy się w rozwój farmacji
- 10 Ustawa o zawodzie farmaceuty – rok 2020 przyniósł i dobre wieści
- 16 Apteczne newsy z kraju: Rok 2020 w pigułce i inne
- 20 Apteczne newsy ze świata:
Pandemia a kondycja psychiczna farmaceutów i inne
- 24 Wkrótce pilotaż. Opieka farmaceutyczna coraz bliżej
- 26 Szczepienia przeciw COVID-19 w aptekach?
Wielka Brytania pokazuje, że to możliwe

10

Ustawa o zawodzie
farmaceuty

ZARZĄDZAMY APTEKĄ

- 30 Realizacja recepty przez pośrednika
- 32 Powrót do pracy po dłuższej przerwie –
jak to zrobić zgodnie z prawem
- 34 Czego pragną pacjenci –
o niewypowiedzianych oczekiwaniach i potrzebach
- 36 Nie tylko cena! Co wpływa na decyzje zakupowe
pacjenta w aptece
- 38 Strategie marżowe i taktyki cenowe –
czyli jak osiągnąć wyższą rentowność apteki
poprzez zarządzanie cenami



34

Czego
pragną
pacjenci



NOWOCZESNA RECEPTURA

- 42 Zastosowanie leku recepturowego w terapii
atopowego zapalenia skóry, cz. 1. Preparaty
o działaniu nawilżającym i natłuszczającym

OPIEKA FARMACEUTYCZNA W PRAKTYCE

- 48 Co warto wiedzieć o nowych lekach przeciwcukrzycowych?
- 52 Analizujemy przypadek pacjenta

48

Co warto wiedzieć o nowych lekach przeciwcukrzycowych?

58

Farmakoterapia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

O LEKACH I FARMAKOTERAPIACH

- 58 Farmakoterapia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc
- 62 Rola farmaceuty w leczeniu astmy – nie tylko lek ma znaczenie
- 64 Personalizacja terapii wziewnej w chorobach obturacyjnych
- 67 Notatnik farmaceuty
- 68 Żywnienie medyczne w COVID-19 – czy może być szansą na szybszy powrót do formy?
- 72 Zespół suchego oka a pandemia. Co warto mieć na uwadze?
- 74 Aktywność biologiczna colostrum bovinum

W WOLNYM CZASIE

- 76 Rekomendacje kulturalne



PGF: angażujemy się w rozwój farmacji

W 2020 r. Polska Grupa Farmaceutyczna S.A. przystąpiła do współpracy z FIP Foundation for Education and Research – fundacją Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej oraz Wydziałem Medycznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.



Tekst: **Tomasz Osadowski**



Jedną z pierwszych wspólnych inicjatyw z Fundacją FIP był projekt www.pharmacyheroes.com, z którego końcowy raport opublikujemy już wkrótce. Okazał się on jednym z największych internetowych projektów wizerunkowych promujących zawód farmaceuty w czasie pandemii COVID-19. Objął swoim zasięgiem farmaceutów z ponad stu państw.

Nasza współpraca ma na celu wspierać środowisko polskich farmaceutów w dostępie do wiedzy i szkoleń opartych na uznanych standardach światowych. Dzięki współpracy z Fundacją FIP pozyskujemy cenne kontakty do farmaceutów z wielu krajów, którzy dzielą się swoimi doświadczeniami zawodowymi.

PharmacyCollege.pl

Przedmiotem współpracy z Wydziałem Medycznym Uniwersytetu Kardynała

Stefana Wyszyńskiego jest prowadzenie wspólnych projektów badawczych związanych przede wszystkim z obszarem komunikacji farmaceutów z pacjentami oraz wdrażaniem innowacyjnych rozwiązań wspierających bezpieczeństwo stosowania leków w Polsce. Aby udostępnić efekty tej współpracy, utworzyliśmy portal szkoleniowy PharmacyCollege.pl. Mamy nadzieję, że poprzez opracowanie interesujących treści szkoleniowych, opartych również na współpracy międzynarodowej, prześlemy polskim farmaceutom cenne inspiracje.

Od jesieni 2019 r. pomagamy również w organizacji spotkań szkoleniowych Farmaceuci bez Granic Polska. Z uwagi na barierę, jaką stworzyła pandemia, w projekcie tymczasowo jednak zawieszono realizację szkoleń.

Szkolenia na punkty edukacyjne

Inauguracyjnym projektem szkoleniowym zrealizowanym wspólnie z UKSW oraz Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy był zakończony w grudniu 2020 r. internetowy kurs edukacyjny „Prescribing farmaceutyczny pro auctore

i pro familiae". Cykl 5 szkoleń zawierał praktyczną wiedzę medyczną przygotowującą do przepisywania leków w profesjonalny sposób. Uczestnicy wykorzystali pełny limit dostępnych miejsc oraz wysoko ocenili jakość wykładów. To daje nam mocny sygnał o potrzebie rozwijania tej formy szkoleń.

Promujemy szczepienia w aptekach

Poświęcamy również uwagę gorącemu aktualnie tematowi szczepień w aptece. Już jesienią ubiegłego roku czasopismo PGF „recepta.pl” wydało dodatek specjalny zawierający materiały szkoleniowe o wykonywaniu szczepień przez farmaceutów. Opracowanie to, przygotowane przez zespół naukowy farmaceutów i lekarzy, było efektem warsztatów edukacyjnych z udziałem szkoleniowców z Kanady, zrealizowanych w ramach programu Farmaceuci bez Granic w 2019 r. Nadal jest dostępne w wersji elektronicznej na portalu PharmaCollege.pl (jak też wydania czasopisma „recepta.pl”).

Liczymy, że już wkrótce farmaceuci uzyskają uprawnienia do wykonywania szczepień w aptekach ogólnodostępnych, wzorem 13 innych państw Unii Europejskiej. Nasz dodatek specjalny będzie dla Państwa użytecznym materiałem szkoleniowym.

Projekty badawcze z UKSW

Kolejnym elementem współpracy z Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego jest prowadzenie wspólnych projektów badawczych i wdrożeń nowoczesnych praktyk z zakresu opieki farmaceutycznej. PGF S.A. wsparła już m.in. takie działania jak programy badawcze Bliżej Pacjenta, Usługa Zdrowe Serce, Skieruj Pacjenta, Zapytaj Farmaceutę itd., które mają na celu pilotować przyszłe usługi opieki farmaceutycznej.

W nowoczesnych systemach ochrony zdrowia farmaceuci pełnią rolę profesjonalnie wykształconych specjalistów współpracujących z lekarzami i innymi

pracownikami medycznymi. Stanowią kluczowy element podstawowej opieki zdrowotnej. Pogłębiając się nie tylko w Polsce problemy z dostępnością lekarzy i pielęgniarek oraz ograniczenia środków na opiekę zdrowotną czy starzenie się populacji wymagają ich coraz większego zaangażowania w systemie ochrony zdrowia.

Zespół Polskiej Grupy Farmaceutycznej S.A., powołując w strukturze firmy specjalny Zespół ds. Innowacji i Badań Naukowych pod kierownictwem dr. n. farm. Piotra Merksa i nawiązując współpracę z FIP i UKSW, ma przekonanie, że wnosi tym samym wkład we wsparcie rozwoju zawodowego polskich farmaceutów i wzmocnienie ich roli w polskim systemie służby zdrowia.

Webinary i podcasty

Rośnie też archiwum dostępnych w każdej chwili webinarów poświęconych szeroko rozumianym zagadnieniom farmacji. Obejmują one m.in. raporty dotyczące stanu i prognoz sytuacji pandemicznej w Polsce i na świecie, będące kontynuacją ubiegłorocznej inicjatywy PGF – przygotowanego już w pierwszych dniach epidemii serwisu informacyjnego.

Wiele webinarów poświęcamy teorii i praktyce nowoczesnej opieki farmaceutycznej. Jako prelegenci uczestniczą w nich również farmaceuci z aptek zagranicznych, w szczególności z kanadyjskiego Szpitala Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO) z Ottawy, m.in. dr Jaime Nead, dr Alex Wong i dr Kevin Chung. Korzystamy też z wiedzy i doświadczeń wielu polskich farmaceutów, którzy pra-



Pharmacy Language

Wioleta Gołębiewska:

„Pharmacy Language” jest pierwszym w Polsce podcastem przeznaczonym dla farmaceutów, służącym do podszkolenia się w języku angielskim. Wzorce do scenariuszy podcastów czerpię z pracy w aptece oraz interakcji z pacjentami. To daje mi pomysł na tematy, które następnie zostają poruszone w podcastach. Dotyczy to również anglojęzycznych pacjentów, których spotykam w aptece. Korzystam też z farmaceutycznych książek anglojęzycznych, które dają mi przygotowanie merytoryczne, oraz słucham

różnych podcastów w języku angielskim.

Mieszkałam w Londynie, podróżowałam w celach edukacyjnych po Wielkiej Brytanii. Te doświadczenia pozwoliły mi osłuchać się z różnymi dialektami języka. Od 2016 r. często pracuję, mówiąc w języku angielskim, z żołnierzami z całego świata, w tym z Brytyjczykami, Amerykanami, Australijczykami i Kanadyjczykami. Okazuje się, że są to osoby różniące się stopniem zaawansowania w języku angielskim, mam dzięki temu okazję do pogłębienia umiejętności.

Tworzenie podcastów daje ogromną satysfakcję. Cieszą mnie pozytywne oceny słuchaczy, choćby w postaci lajków na Facebooku. Serdecznie zapraszamy do zapoznania się z naszymi materiałami i podzielenia się opiniami. Znajdziecie nas na platformie PharmacyCollege, YouTube, Spotify i Soundcloud. Słyszmy się już niedługo!



cują lub pracowali za granicą w aptekach realizujących nowoczesną opiekę farmaceutyczną. Wśród omawianych tematów znalazły się m.in. zagadnienia przeglądów lekowych, praktyki wykrywania interakcji lekowych, szczepień w aptekach oraz omówienia standardów innych usług opieki farmaceutycznej.

Rozwijamy podcast „Pharmacy World”, czyli cotygodniowy serwis wiadomości

branżowych z kraju i ze świata. W kolejnej cotygodniowej serii podcastów „Pharmacy Language” przypominamy i utrwalamy – bo przecież większość farmaceutów w trakcie studiów uczęszczała na lektorat języka angielskiego – oraz rozszerzamy kompetencje językowe słuchaczy. „Pharmacy Language” jest pierwszym takim w Polsce podcastem przeznaczonym dla farmaceutów.



Pharmacy World

Jędrzej Lewicki:

Pomysł na podcast z informacjami o branży aptekarskiej w kraju i na świecie narodził się z obserwacji rozwoju podcastów radiowych oraz inspiracji z portali anglojęzycznych. Pierwsze audycje tworzyłem i nagrywałem sam – wtedy było to naprawdę wyzwaniem. Teraz dołączyła do mnie Wioleta Gołębiewska. Poszerzyliśmy bazę źródeł, skąd zdobywamy wiadomości dla naszych słuchaczy – obserwujemy już blisko 100 por-

tali, połowę stanowią strony anglojęzyczne.

Dzięki naszym podcastom słuchacze oszczędzają czas. Teraz w 10 minut możecie dowiedzieć się, co wydarzyło się w ubiegłym tygodniu, nie musicie przeglądać setek artykułów w języku polskim czy angielskim.



Temat numeru

Ustawa o zawodzie farmaceuty – rok 2020 przyniósł i dobre wieści



Tekst: **dr hab. Agnieszka Zimmermann**
Zakład Prawa Medycznego i Farmaceutycznego, Gdański Uniwersytet Medyczny,

Zastępca Przewodniczącego Ministerialnego Zespołu ds. opracowania projektu ustawy o zawodzie farmaceuty

Grudzień 2020 r. przyniósł społeczności farmaceutów dobre wieści. Ustawa o zawodzie farmaceuty pozytywnie przeszła proces legislacji, ostatecznie będąc uchwaloną przez Sejm 10 grudnia 2020 r. 17 grudnia została podpisana przez Prezydenta RP. Natomiast już w roku 2021, 15 stycznia doczekała się promulgacji w Dzienniku Ustaw (poz. 97). Ustawa wejdzie w życie 16 kwietnia 2021 r.

Prace nad ustawą rozpoczęły się w 2016 r. i zainicjowało je Ministerstwo Zdrowia, powołując Zespół do spraw opracowania projektu ustawy o zawodzie farmaceuty (Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2016 r.). Jego Przewodniczącym był Krzysztof Łanda. Skład Zespołu Ministerialnego został zmodyfikowany w 2017 r. po zmianie na stanowisku Wiceministra Zdrowia i na nowego Przewodniczącego powołano prof. dr. hab. Marcina Czecha, ówczesnego Wiceministra Zdrowia (na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r.). Zespół ukończył projekt ustawy w styczniu 2019 r., po czym tekst stał się przedmiotem uzgodnień międzyresortowych w rządzie. Do Sejmu trafił 3 lutego 2020 r.

Zakres podmiotowy i przedmiotowy ustawy

Ustawa dotyczy nie tylko aptekarzy, ale i wszystkich, którzy wykonują zawód farmaceuty. W obrębie zawodu farmaceuty wydzielony jest zawód aptekarza, zatem każdy aptekarz jest farmaceutą, ale nie każdy farmaceuta jest aptekarzem. W ustawie powielono zasadę przeniesioną z ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, zgodnie z którą miejscem pracy aptekarza (art. 30 ust. 1 ustawy o zawodzie farmaceuty – dalej u.z.f.) jest apteka ogólnodostępna, szpitalna, zakładowa (np. w zakładzie karnym), punkt apteczny, dział farmacji szpitalnej (np. w jednostce organizacyjnej publicznej służby krwi) i hurtownia farmaceutyczna. Aptekarz zatem swoją główną aktywność skupia w obszarze obrotu hurtowego i detalicznego lekiem.

Zawód farmaceuty wykonywany jest poza apteką czy hurtownią farmaceutyczną. Farmaceutyci kliniczni jako członkowie zespołu terapeutycznego mogą pracować w strukturze zespołu farmacji klinicznej w podmiocie leczniczym, do którego odnosi się art. 4 ust. 4 pkt 4 ustawy. Miejscem wypełniania ról farmaceuty klinicznego powinny być także domy pomocy społecznej i hospicja. Farmaceutyci pracują w przemyśle farmaceutycznym przy wytwarzaniu i badaniu produktów leczniczych, w tym jako Osoba Wykwalifikowana lub Osoba Kompetentna (art. 4 ust. 4 pkt 12). Uczestniczą w badaniach klinicznych, w tym w badaniach prowadzonych w szpitalu jako

Po raz pierwszy zawód farmaceuty staje się zawodem odpowiedzialnym za udzielanie świadczenia zdrowotnego, a podmiot świadczący opiekę farmaceutyczną staje się świadczeniodawcą (zgodnie z art. 84 u.z.f.).

członkowie zespołu badawczego (art. 4 ust. 4 pkt 2 u.z.f.), pracują także w firmach CRO (Contract Research Organization) przy organizacji i nadzorowaniu badań klinicznych. Odpowiadają za monitorowanie bezpieczeństwa stosowania leków, a także za bezpieczeństwo ich obrotu (art. 4 ust. 4 pkt 11, 13 u.z.f.). Farmaceutyci pełnią bardzo ważne funkcje w Inspekcji Farmaceutycznej, Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ), w urzędach, agencjach, w Ministerstwie Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL), w instytutach badawczych (w tym w Narodowym Instytucie Leków), pracują w laboratoriach oceniających tożsamość i jakość leków (art. 4 ust. 5 pkt 2, 3, 4, 5, 6, 8 u.z.f.). Działają także na rzecz samorządu zawodowego, pełniąc różne funkcje z wyboru (art. 4 ust. 5 pkt 7 u.z.f.). Miejscem pracy wielu farmaceutów są również uczelnie kształcące przyszłych adeptów zawodu (art. 4 ust. 5 pkt 1 u.z.f.).

W ustawie o zawodzie farmaceuty unormowano:

1. **zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu farmaceuty, które przeniesiono z ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (dalej u.i.a.) przy jednoczesnej częściowej modyfikacji treści,**
2. **reguły dotyczące wykonywania zawodu farmaceuty, które do tej pory bardzo lapidarnie i wręcz anachronicznie określono w u.i.a.,**
3. **zasady dotyczące ustawicznego rozwoju zawodowego farmaceutów, które stanowiły rozdział 7a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (dalej u.p.f.).**

Ustawa rozgranicza uprawnienia aptekarzy i uprawnienia farmaceutów, dlatego ważne jest oddzielenie obszaru działalności przypisanej tylko aptekarzom i działalności, która ogólnie charakteryzuje zawód farmaceuty.

Ustawowa definicja zawodu farmaceuty

W art. 2 ust. 1 u.z.f. wskazano, że zawód farmaceuty jest samodzielnym zawodem medycznym. To nie tylko deklaratoryjne, ale faktyczne umiejscowienie profesji w kręgu zawodów medycznych pociąga za sobą określone konsekwencje. Otóż jako zawód medyczny farmaceuta może sprawować opiekę farmaceutyczną zakwalifikowaną do katalogu świadczeń zdrowotnych. Do tej pory u.i.a. wskazywała, że opieka farmaceutyczna to usługa farmaceutyczna. Charakter prawny usług farmaceutycznych różny jest od podlegających refundacji z budżetu NFZ świadczeń zdrowotnych. Po raz pierwszy zatem zawód farmaceuty staje się zawodem odpowiedzialnym za udzielanie świadczenia zdrowotnego, a podmiot świadczący opiekę farmaceutyczną staje się świadczeniodawcą (zgodnie z art. 84 u.z.f.). Konsekwencją zaliczenia zawodu do kręgu zawodów medycznych jest zobowiązanie farmaceutów do przestrzegania praw pacjenta. Zgodnie z założeniami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej u.p.p.) przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem świadczeniodawców oraz osób wykonujących zawód medyczny i innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2).

Regulacje u.z.f. po raz pierwszy *expressis verbis* uznały zawód farmaceuty za zawód samodzielny. Do tej pory w ten sposób definiowano zawód pielęgniarki i położnej (art. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej) oraz zawód fizjoterapeuty (art. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty). Samodzielność zawodowa oznacza zdolność niezależnego wyboru sposobu i metod wykonywania zawodu. Niezwykle ważne w tym kontekście jest zagwarantowanie farmaceutyce niezależności decyzyjnej i zakaz ingerowania w podejmowane decyzje podczas wykonywania czynności zawodowych. Przymiot samodzielności

zawodowej bez wątplenia przynależny jest tym profesjom, które posiadają dość szeroki wachlarz kompetencji i uprawnień oraz zobowiązanie do postępowania zgodnego z zasadami etyki zawodowej.

W zakresie samodzielnych decyzji zawodowych farmaceuta miał prawo odmówić wydania leku w konkretnych sytuacjach, które stwarzały ryzyko dla pacjenta. Prawo do odmowy zostało w u.z.f. (art. 83 pkt 9 litera c) rozszerzone i farmaceuta zyskał prawo do odmowy wykonania każdej usługi farmaceutycznej, jeżeli jej wykonanie może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta lub innych osób (art. 96 ust. 5 pkt 1 u.p.f. w nowym brzmieniu).

Samodzielność w zawodzie farmaceuty zagwarantowana była do tej pory przy sprawowaniu konkretnych funkcji poza apteką. W wytwórni produktów leczniczych obowiązkiem wytwórcy jest umożliwianie Osobie Wykwalifikowanej wykonywania obowiązków, w tym podejmowania niezależnych decyzji w ramach uprawnień wynikających z ustawy (art. 42 ust. 1 pkt 7 u.p.f.). Obowiązkiem przedsiębiorcy prowadzącego działalność polegającą na prowadzeniu hurtowni farmaceutycznej jest „umożliwianie Osobie Odpowiedzialnej wykonywania obowiązków, w tym podejmowania niezależnych decyzji w ramach przypisanych uprawnień wynikających z ustawy” – art. 78 ust. 1 pkt 14 u.p.f. Do obowiązków posiadacza zgody na wytwarzanie produktu leczniczego terapii zaawansowanej – wyjątku szpitalnego należy umożliwianie Osobie Kompetentnej wykonywania obowiązków, w tym podejmowania niezależnych decyzji w ramach uprawnień wynikających z ustawy – art. 38aa ust. 1 pkt 4 u.p.f. Takich przepisów do tej pory nie było w odniesieniu do aptekarzy. Zmieniają ten stan rzeczy regulacje u.z.f. Przepis art. 35 wskazuje, że aptekarz samodzielnie podejmuje decyzje w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych oraz wykonywania zadań zawodowych, kierując się wyłącznie dobrem pacjenta, i nie jest związany w tym zakresie poleceniem służbowym. Natomiast podmiot prowadzący aptekę, punkt apteczny lub dział farmacji szpitalnej ma obowiązek umożliwić aptekarzowi samodzielne podejmowanie decyzji w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej,

Farmaceuta sprawujący opiekę farmaceutyczną ma prawo do prowadzenia konsultacji farmaceutycznych, wykonywania przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, opracowywania indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywania badań diagnostycznych oraz proponowania metod i badań diagnostycznych, a także do wystawiania recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego. Preskrypcja kontynuacyjna farmaceuty wejdzie w życie dopiero od 16 stycznia 2022 r.



nej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych w zakresie, w jakim są one związane z prowadzoną przez ten podmiot działalnością. Niewywiązanie się z tego obowiązku może doprowadzić do cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki (art. 103 ust. 2 pkt 9 u.p.f. w nowym brzmieniu). Dodatkowo należy zwrócić uwagę na ugruntowanie i wzmocnienie pozycji kierownika apteki. Podmiot prowadzący aptekę został zobowiązany do zapewnienia wykonywania czynności w aptece przez farmaceutów i techników farmaceutycznych w liczbie odpowiadającej zakresowi działalności oraz dniami i godzinami pracy apteki. Podmiot prowadzący aptekę ma także obowiązek udokumentować realizację tego obowiązku. Kierownik zaś zyskał prawo do samodzielnego skrócenia godzin pracy apteki, jeżeli podmiot prowadzący aptekę naruszy obowiązek zapewnienia odpowiedniej obsady. To niezwykle silne narzędzie, które wzmacnia pozycję farmaceuty względem podmiotu prowadzącego aptekę. Kierownik apteki w sytuacji skorzystania z przysługującego mu prawa skrócenia czasu pracy placówki musi o tym fakcie poinformować niezwłocznie (czyli bez zbędnej zwłoki) podmiot prowadzący aptekę (nowo dodany art. 99b u.p.f.). Dopuszczalne działanie kierownika może być zatem bardzo radykalne, należy jednak podkreślić cel tego działania, jakim powinno być zapewnienie bezpiecznego funkcjonowania apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego. Warto także wskazać, że w przypadku aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej (z wyjątkiem zakładów lecznictwa uzdrowiskowego) wprowadzono minimalne normy zatrudnienia. Jest to niezwykle ważna zmiana, oczekiwana przez środowisko farmaceutów szpitalnych. Trzeba zaznaczyć, że braki kadrowe, wynikające z chęci osiągnięcia oszczędności, przyczyniły się do wielu nieprawidłowości w funkcjonowaniu aptek szpitalnych, co stwierdzono w wynikach kontroli NIK w 2017 r. Do tej pory kierownik odpowiadał m.in. za organizację pracy w aptece, polegającą m.in. na przyjmowaniu, wydawaniu, przechowywaniu i identyfikacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych, prawidłowym sporządzaniu leków recepturowych i leków aptecznych oraz udzielaniu informacji o lekach.



Nowe regulacje wyposażają kierownika apteki w bardzo silne narzędzia umożliwiające realny wpływ na funkcjonowanie apteki. Kierownik wskazuje podmiotowi prowadzącemu aptekę potrzeby albo zastrzeżenia w zakresie asortymentu apteki, zakupu produktów leczniczych oraz tworzenia zapasów, przechowywania i wydawania tych produktów, a także zatrudniania personelu fachowego, jego liczby w zależności od skali i zakresu działalności (art. 88 ust. 5 u.p.f. w nowym brzmieniu).

Na samodzielność zawodu nie ma wpływu miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych oraz organizacyjno-prawna forma zatrudnienia. Zarówno w przypadku zatrudnienia pracowniczego, wynikającego z zawartej umowy o pracę, jak i niepracowniczego, którego podstawę stanowi umowa cywilno-prawna (tzw. kontrakt), istnieje jednakowy status zawodowy farmaceuty oraz przydzielone są identyczne uprawnienia. Jak wynika z art. 36 u.z.f. farmaceuta może wykonywać swój zawód w różnych formach: umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, wolontariatu, w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, jako wspólnik spółki jawnej lub wspólnik (partner) spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie apteki, i w ramach stosunku służbowego. Możliwość wykonywania zawodu w formie jednoosobowej działalności gospodarczej zaświadcza o uznaniu samodzielności profesji. Założenie jednoosobowej działalności

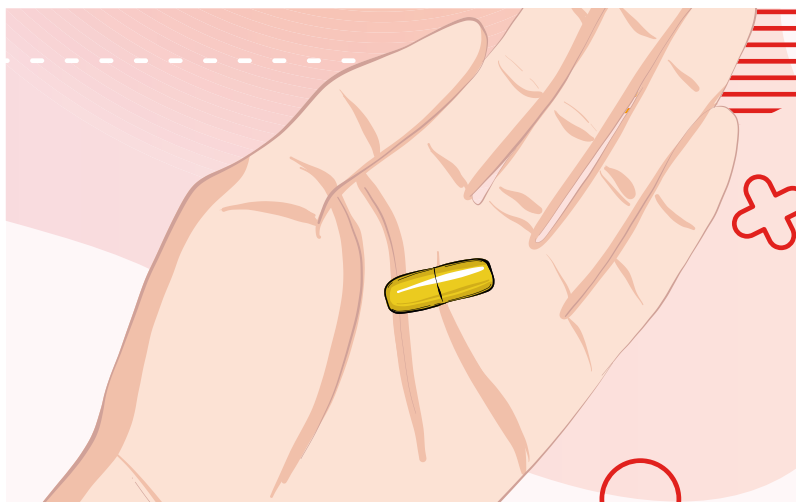
Nowe regulacje dotyczące funkcji kierownika apteki zawierają także zasady doprecyzowujące sposób zmiany obsady kierownika apteki.

gospodarczej potrzebne może być do zawarcia umowy cywilnej, tzw. kontraktowej, np. w szpitalu przy świadczeniu usług farmacji klinicznej albo też w aptece. Działalność gospodarcza zawodowa farmaceuty prowadzona na własny rachunek może dotyczyć prowadzenia apteki. Prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej posiada bowiem farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą (art. 99 ust. 4 pkt 1 u.p.f.). Prowadzenie działalności gospodarczej może wiązać się także z wykonywaniem tylko pewnych usług farmaceutycznych, np. związanych z promocją zdrowia, edukacją zdrowotną. Wtedy możemy mówić o praktyce zawodowej. Farmaceuci pracę „na własny rachunek” chcą **świadczyć w celu** udzielania usług farmaceutycznych i świadczenia opieki farmaceutycznej we własnych gabinetach.

Farmaceuta wykonując swój zawód, podejmuje działania zarówno na rzecz

ochrony zdrowia jednostki, jak i na rzecz zdrowia ogółu. W art. 4 ust. 1 u.z.f. wskazano, że wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego i polega na: sprawowaniu opieki farmaceutycznej, udzielaniu usług farmaceutycznych, wykonywaniu zadań zawodowych i wykonywaniu określonych czynności.

Wśród zasad wykonywania zawodu najważniejszym drogowskazem jest przepis art. 27 u.z.f. określający pragmatyki zawodowe. Wskazują one, że farmaceuta ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej, dostępnymi mu metodami oraz zgodnie z zasadami etyki i deontologii zawodowej. Wzorzec postępowania określony mianem „należytej staranności” jest konstruowany według obiektywnych kryteriów poziomu fachowości każdego farmaceuty. Ważne jest, by podczas wykonywania zawodu farmaceuta korzystał z wiedzy opartej na wieloletniej i ugruntowanej praktyce klinicznej i farmaceutycznej, opisanej w aktualnych podręcznikach, wiedzy opartej na wiarygodnych dowodach naukowych publikowanych w uznanych czasopismach naukowych, potwierdzających skuteczność i zasadność określonego postępowania. Niezwykle ważna jest aktualizacja wiedzy, systematyczne zaznajamianie się z komunikatami Głównego



Ważnym nowym uprawnieniem, przewidzianym tylko dla zawodu aptekarza jest możliwość podania leku w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta (z wyłączeniem produktów leczniczych zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe oraz prekursorów kategorii 1).

nego Inspektora Farmaceutycznego, komunikatami Prezesa URPL dotyczącymi bezpieczeństwa stosowania leków i wyrobów medycznych oraz wytycznymi międzynarodowych towarzystw naukowych.

Rozszerzenie uprawnień zawodowych

Farmaceuta sprawujący opiekę farmaceutyczną ma prawo do prowadzenia konsultacji farmaceutycznych, wykonywania przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, opracowywania indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywania badań diagnostycznych oraz proponowania metod i badań diagnostycznych, a także do wystawiania recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego. Preskrypcja kontynuacyjna farmaceuty wejdzie w życie dopiero od 16 stycznia 2022 r. Farmaceuta wystawi receptę elektroniczną na zlecenie lekarza,

zapisane w Systemie Informacji Medycznej. Recepta kontynuowana będzie wystawiana na leki, wyroby medyczne czy środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego określone przez lekarza (z wyłączeniem środków odurzających i substancji psychotropowych o kategorii dostępności Rpw i z wyjątkiem leków o kategorii dostępności Lz). Będzie mogła być wystawiona w terminie określonym przez lekarza. Farmaceuta będzie uprawniony do zmiany odpłatności, wcześniej określonej w zleceniu, w sytuacji, gdy zaistnieje taka potrzeba (art. 96 nowo dodany ust. 3a u.p.f.).

Świadczenie zdrowotne, jakim jest opieka farmaceutyczna, nie jest w sposób jednoznaczny w u.z.f. przypisane do apteki. Już wychodząc od założeń projektu ustawy, krystalizował się pogląd wskazujący na przypisanie świadczenia do zawodu, a nie do miejsca (np. apteki). Farmaceuci powinni świadczyć opiekę farmaceutyczną również w domach pomocy społecznej, gdzie problemy lekowe dotyczą właściwie każdego pensjonariusza. W domach pomocy społecznej powszechne jest stosowanie przez jedną osobę więcej niż jednego leku, polipragmazja jest codziennością. Praca farmaceuty wydaje się zatem niezbędna. W myśl art. 84 u.z.f. dodano w art. 5 pkt 41 lit. e w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapis wskazujący, że podmiot udzielający opieki farmaceutycznej jest świadczeniodawcą. Nie ograniczono katalogu podmiotów tylko do aptek. Zmiany dokonane w art. 86 ust. 2 nie mogą ograniczać możliwości prowa-

dzenia opieki farmaceutycznej tylko do aptek, ponieważ nie przewiduje tego u.z.f., stanowiąca kompleksowe rozwiązania dla zasad wykonywania zawodu. Definicja opieki farmaceutycznej nie zastrzega, że opiekę może świadczyć tylko aptekarz, ale wskazuje na „farmaceutę” (art. 4 ust. 2). Jednocześnie w odwołaniu do delegacji dla Ministra Zdrowia do wydania aktu wykonawczego (art. 4 ust. 7 u.z.f.) wskazano, że określi on w drodze rozporządzenia wykaz badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę sprawującego opiekę farmaceutyczną, uwzględniając potrzeby pacjentów, ich bezpieczeństwo oraz możliwości lokalowe i techniczne, którymi dysponują apteki ogólnodostępne.

Należy wskazać, że w pierwotnym projekcie u.z.f. stanowiącym końcowy efekt pracy ministerialnego zespołu powołanego do stworzenia projektu ustalono, że możliwość sprawowania opieki farmaceutycznej będzie przypisana tylko dla uprawnionego farmaceuty, posiadającego określoną wiedzę i kwalifikacje. Zapis ten wykreślono i nie znalazł się on w u.z.f. W tym miejscu warto wskazać na nową formę szkolenia podyplomowego farmaceutów, czyli na kurs kwalifikacyjny, którego celem jest uzyskanie przez farmaceutę wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (art. 75 ust. 1 u.z.f.). Ukończenie kursu kwalifikacyjnego powinno wspomóc farmaceutę, który podejmie się sprawowania opieki farmaceutycznej.

Farmaceuta w ramach sprawowanych usług farmaceutycznych może przeprowadzać wywiad farmaceutyczny oraz udzielać poradę farmaceutyczną i wykonywać pomiar ciśnienia krwi (art. 4 ust. 3 pkt 3 i 4 oraz 6 u.z.f.).

Farmaceuta ma prawo do świadczenia usług farmacji klinicznej (art. 4 ust. 3 pkt 7 u.z.f.) w podmiotach leczniczych. Farmaceuta może świadczyć usługę farmacji klinicznej pod warunkiem posiadania tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji klinicznej, farmacji szpitalnej lub farmakologii albo odbywania stażu specjalizacyjnego w dziedzinie farmacji klinicznej, farmacji szpitalnej lub farmakologii pod opieką specjalisty w tej dziedzinie.

Do zadań zawodowych farmaceutów zaliczono prowadzenie działalności

profilaktycznej, edukacyjnej oraz działalności na rzecz promocji zdrowia (art. 4 ust. 4 pkt 14), co oznacza, że farmaceuta uzyskał narzędzia do wypełniania ról z zakresu ochrony zdrowia publicznego. W ramach działalności profilaktycznej przewidywane jest umożliwienie wykonywania szczepień przeciwko COVID-19 przez odpowiednio przygotowanych do tego zadania farmaceutów. Przewiduje to procedowana aktualnie w Parlamencie ustawa o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw.

Niezwykle ważnym nowym uprawnieniem, przewidzianym tylko dla zawodu aptekarza jest możliwość podania leku w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta (z wyłączeniem produktów leczniczych zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe oraz prekursorów kategorii 1), na co wskazuje art. 31 u.z.f. Zastanawiając się nad katalogiem leków, które mógłby zaaplikować aptekarz, warto posłkować się rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. W załączniku nr 1 wymieniono leki, które ratownik może samodzielnie (bez zlecenia lekarskiego) podać pacjentowi. Wśród nich jest np. Epinephrinum, roztwór do wstrzykiwań. Innym przykładowym lekiem, który mógłby podać aptekarz jest Glucagoni hydrochloridum. Regulacja ta jest dopełnieniem prawa pacjenta (art. 7 ust. 1 u.p.p.) do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Wymogi dotyczące kierownika apteki ogólnodostępnej i szpitalnej

Przepisy u.z.f. zmieniły regulacje u.p.f. dotyczące katalogu warunków, które musi spełnić osoba ubiegająca się o stanowisko kierownika apteki. Posiadanie tytułu specjalisty w przypadku kierownika apteki ogólnodostępnej jest fakultatywne. Obowiązkowe jest posiadanie co najmniej pięcioletniego stażu pracy w aptece

Zgodnie z nowo dodanym do art. 88 ust. 1c u.p.f. dopuszczono możliwość łączenia funkcji kierownika apteki (ogólnodostępnej, szpitalnej, zakładowej) z funkcją kierownika działu farmacji szpitalnej.

ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy. Natomiast w przypadku kierownika apteki szpitalnej lub zakładowej wymogiem niezbędnym do spełnienia przy ubieganiu się o tę funkcję jest posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej, klinicznej lub farmacji aptecznej. Wymóg jest obligatoryjny. Osoby pełniące funkcję kierownika apteki szpitalnej lub zakładowej w dniu wejścia w życie ustawy zachowują swoje funkcje niezależnie od tego, czy posiadają czy też nie tytuł specjalisty w danej dziedzinie farmacji. Zmiana miejsca pracy spowoduje dopiero, że nowe reguły zaczną być dla nich obowiązujące. Dodatkowo w ciągu 36 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy będzie obowiązywał okres ochronny, czyli możliwe będzie objęcie funkcji kierownika i pełnienie tej funkcji także po upływie tychże 36 miesięcy.

W przypadku kierownika apteki szpitalnej, zakładowej i ogólnodostępnej niezbędne jest wypełnianie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego, wypełnianie obowiązków członka samorządu zawodu farmaceuty oraz dawanie rękąmi należytego prowadzenia apteki. Obowiązki dotyczące ustawicznego rozwoju zawodowego dotyczą podejmowania samokształcenia oraz brania udziału w kursach szkoleniowych (art. 77 ust. 1–3 u.z.f.). Dokumentem potwierdzającym spełnienie obowiązków aktualizacji wiedzy będzie karta rozwoju zawodowego (art. 77 ust. 4 u.z.f.). Do obowiązków członka samorządu zawodowego należą: przestrzeganie zasad etyki i deontologii zawodowej, godne zachowywanie się i sumienne wykonywanie swoich obowiązków zawodowych, zachowywanie w tajemnicy wiadomości dotyczących zdrowia pacjenta, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu

(art. 21 u.i.a.), niezwłoczne informowanie okręgowej izby aptekarskiej o danych objętych rejestrem farmaceutów i każdej zmianie tych danych (art. 8 ust. 3 u.i.a.). Farmaceuta ma także obowiązek optacania w terminie składek członkowskich, ich nieopłacenie przez okres dłuższy niż 24 miesiące spowoduje skreślenie z rejestru farmaceutów (nowy art. 8f ust. 1 pkt 5 u.i.a.). Farmaceuta, który nie wykonywał zawodu aptekarza przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierza do niego powrócić, musi zawiadomić o tym fakcie właściwą o.r.a (art. 37 ust. 1 u.z.f.). Pojęcie „rękąmi należytego prowadzenia apteki” nie ma definicji legalnej i należy posłkować się przy jej omawianiu orzecznictwem. Rękąmi oznacza „poręczenie, zagwarantowanie” wypełniania funkcji kierowniczych sumiennie i właściwie.

Zgodnie z nowo dodanym do art. 88 ust. 1c u.p.f. dopuszczono możliwość łączenia funkcji kierownika apteki (ogólnodostępnej, szpitalnej, zakładowej) z funkcją kierownika działu farmacji szpitalnej. Dopuszczalne jest takie jednoczesne kierowanie dwoma działami farmacji szpitalnej. Jest to uzasadnione w sytuacji, gdy dział funkcjonuje w małej strukturze i wykonuje nieliczne zadania. Aby funkcje były pełnione jednocześnie przez farmaceutę, niezbędne jest uzyskanie zgody WIF, a w przypadku podmiotów nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej – Naczelnego Inspektora Wojska Polskiego. Inspektor udzielając zgody, bierze pod uwagę wymiar zatrudnienia farmaceuty w obu jednostkach, zakres świadczonych usług i godziny pracy obu jednostek, w których ta sama osoba ma pełnić funkcję kierowniczą.

Nowe regulacje dotyczące funkcji kierownika apteki zawierają także zasady doprecyzowujące sposób zmiany obsady kierownika apteki.

W ramach działalności profilaktycznej przewidywane jest umożliwienie wykonywania szczepień przeciwko COVID-19 przez odpowiednio przygotowanych do tego zadania farmaceutów.

Rok 2020 w pigułce

38%
udział aptek
niezależnych
w sprzedaży
leków



Tekst: **Tomasz
Osadowski**

Ubiegły rok upłynął w aptekach pod znakiem wybuchu, a następnie rozwoju pandemii. Jak ten zdecydowanie kryzysowy czas przełożył się na rynek apteczny w Polsce? Dane udostępnione przez firmę analityczną IQVIA przynoszą nam pierwsze wnioski.

Liczba zamkniętych placówek aptecznych

2020	-	354
2019	-	600



o 1%
zmaląa średnia
sprzedaż
statystycznej
apteki

Mniej niż 13,5 tysiąca

Liczba aptek i punktów aptecznych nadal malała. Pandemia nie odcisnęła jednak piętna w spodziewanym stopniu. W ciągu 2020 r. ubyło 345 placówek, podczas gdy rok wcześniej aż 600. Największy spadek odnotowano w województwach śląskim, mazowieckim i dolnośląskim, czyli na obszarach największych aglomeracji.

Większą część zamykanych placówek stanowiły apteki niezależne, jednakże również sieci apteczne zamykały swoje słabsze nierentowne lokalizacje.

Przyspieszyła konsolidacja sieci aptecznych

W ciągu ubiegłego roku ubyło 25 sieci. Aktualnie w tym sektorze rynku

aptecznego skupionych jest 46% placówek. Ich roczna sprzedaż to 62% rynku.

Tylko symboliczny spadek wartości rynku

Średnia sprzedaż statystycznej apteki zmaląa zaledwie o 1%. Oczywiście spadki sprzedaży w wielu aptekach były znacznie większe. Największe odnotowano w sektorze sieci aptecznych „50 – 199”, co w znacznym stopniu było spowodowane ich lokalizacją w centrach handlowych. Mimo że apteki w tych miejscach funkcjonowały, to jednak z uwagi na okresowe zamykanie działalności handlowej większości branż w centrach ruch klientów znacząco zmalął. Natomiast dzięki konsolidacji sektor aptek „200+” kolejny rok z rzędu powiększył swoje udziały w rynku.

Apteki indywidualne, wliczając w ten sektor również te skupiające się w tzw. sieciach wirtualnych (programach partnerskich), zakończyły rok z obronionym udziałem w sprzedaży, wynoszącym 38%.

Novativ i Bonatium – Zdrowe Marki Roku

Marki Novativ i Bonatium zostały laureatami nagrody Zdrowa Marka Roku 2020, której zdobywcy to firmy godne zaufania i polecenia, oferujące produkty najwyższej jakości oraz stawiające na pierwszym miejscu jakość i niezawodność.

Obie marki wprowadzone do aptek jesienią 2020 r. są dystrybuowane wyłącznie przez Polską Grupę Farmaceutyczną. Marka Bonatium dołączyła również do grona laureatów projektu Rodzinna Marka Roku 2020!

Linia suplementów Novativ

Produkty marki Novativ wytwarzane są w standardzie farmaceutycznym zgodnie z wymogami GMP, co oznacza, iż kontrola jakości surowca i wyrobu gotowego jest taka sama jak w przypadku leków. Dobór substancji został oparty na najnowszych wytycznych rekomendowanych towarzyszt lekarskich. Składy wszystkich produktów zostały opracowane z wykorzystaniem substancji czynnych o najlepszych właściwościach oraz wzbogacone o składniki poprawiające ich przyswajalność i funkcjonalność.

Marka Novativ jako jedna z nielicznych dostarcza produkty dla alergików, vegetarianów oraz wegan. Obecnie portfolio marki Novativ składa się z 10 produktów: Witamina D₃ 2000 j.m., Witamina C 1000 mg z bioflawonoidami, Magnez B₆ + C, Probiotyk 5 mld bakterii, Witamina A + E, Regeneliv B₂ + B₆, Rutiner C, Porost Islandzki z Dziką Różą, Asparvita Forte Magnez + Potas, Urovita. Natomiast nieustannie trwają prace nad poszerzeniem portfolio.

Marka Novativ jako jedyna wprowadziła na rynek produkt Mg + B₆ + C, jedyny magnez z witaminą B₆, wzbogacony o witaminę C, która zwiększa



przyswajalność zarówno magnezu, jak i witaminy B₆. Ponadto produkt nie zawiera laktozy, cukru oraz glutenu.

Zioła Bonatium

Marka Bonatium to standaryzowane preparaty ziołowe, co gwarantuje stałe i stabilne stężenia składników aktywnych. Skład wszystkich produktów został przygotowany w oparciu o opinię Rady Programowej Medicinae, która składa się z doświadczonych i praktykujących farmaceutów. Zioła Bonatium wyróżniają się jakością naparu, walorami smakowymi oraz bogatym aromatem.

Produkty marki wytwarzane są z wysokiej jakości certyfikowanych i standaryzowanych surowców, a sama

produkcja odbywa się w ramach certyfikowanego zintegrowanego systemu zarządzania jakością BRC, IFS, normy ISO 9001, ISO 22000.

Opakowania ziół Bonatium można poddać w 100% recyklingowi. Torebki do zaparzania, w które pakowane są zioła, wykonane są z przyjaznego środowisku, biodegradowalnego materiału PLA, który nie pozostawia obcych smaków i lepiej uwalnia naturalny smak i aromat. W skład portfolio Bonatium wchodzi aktualnie 9 podstawowych ziół, m.in. rumianek, mięta, melisa, czystek, szatwia, pokrzywa. Linia produktów Bonatium zostanie poszerzona o kolejny asortyment w roku 2021 o 5 ziół prostych i 10 herbatek funkcjonalnych.

Nocne dyżury aptek finansowane tylko do północy?

W resorcie zdrowia trwają prace nad modyfikacją przepisów dotyczących nocnych i świątecznych dyżurów aptek. Wiceminister Maciej Miłkowski uchylił rąbka tajemnicy, wskazując, że elementy przymusu związane z ich pełnieniem byłyby wdrażane wyłącznie w ostateczności.

”

Nocne dyżury aptek od lat budzą wiele emocji w środowisku aptecznym. Wszystko jednak wskazuje na to, że po latach impasy resort zdrowia zdecydował się na podjęcie kroków prawnych zmierzających do uregulowania kwestii nocnej pracy aptek. Jak zapewnia Maciej Miłkowski – w odpowiedzi na interpelację posła Roberta Kwiatkowskiego – na Miodowej trwają finalne prace nad zmianami przepisów Prawa farmaceutycznego rozwiązującymi problem nocnych dyżurów.

Finansowanie dyżurów, ale nie przez całą noc

– Obecnie brane pod uwagę jest rozwiązanie, w którym w porze nocnej apteka będzie zobowiązana do pełnienia dyżuru jedynie w określonym przedziale czasowym (nie przez całą noc) i tylko pełnienie dyżuru w tym przedziale będzie finansowane ze środków publicznych – wskazał wiceminister zdrowia. Decyzja ta podyktowana jest m.in. analizą sprzedaży leków refundowanych zrealizowaną przez NFZ. Wynika z niej, że po godzinie 23:00 liczba realizowanych recept na leki refundowane drastycznie spada w stosunku do przedziału czasowego między godzinami 20:00 a 23:00. Co ciekawe, po północy ich liczba jest bliska zeru i praktycznie nie występuje.

– Kwestie związane z wysokością finansowania nie są jeszcze ustalone. Apteka jednocześnie będzie mogła pełnić dyżur przez całą noc, przy czym poza ww. wąskim przedziałem czasowym będzie to przedmiotem dobrowolnego wyboru podmiotu ją prowadzącego z możliwością finansowania

– Obecnie brane pod uwagę jest rozwiązanie, w którym w porze nocnej apteka będzie zobowiązana do pełnienia dyżuru jedynie w określonym przedziale czasowym (nie przez całą noc) i tylko pełnienie dyżuru w tym przedziale będzie finansowane ze środków publicznych

Wiceminister zdrowia
Maciej Miłkowski

przez jednostkę samorządu terytorialnego – wskazał Maciej Miłkowski. Dodatkowo w ministerialnym scenariuszu brana jest również pod uwagę ewentualność zawężenia kręgu powiatów, których władze zobowiązane będą do określania harmonogramu pracy aptek. Taki obowiązek dotyczyć będzie jedynie tych miast, które są siedzibą władz powiatu z liczbą mieszkańców nie większą niż określona przez resort zdrowia.

„Nie” dla przymusu, „tak” dla dobrowolności

Resort zdrowia chce również, by inicjatywa pełnienia dyżurów wychodziła od podmiotów prowadzących apteki. – Innymi słowy jesteśmy zdania, że zamiast obecnego przymusu w pierwszej kolejności obowiązek pełnienia dyżurów powinien

być nakładany na podmioty chętne i gotowe do ich pełnienia w odpowiedzi na publiczne ogłoszenie w tym zakresie – wskazał Maciej Miłkowski i dodał, że elementy przymusu wprowadzane byłyby wyłącznie w ostateczności – W sytuacji braku możliwości wyłonienia apteki dyżurującej spośród aptek, które dobrowolnie się zgłosiły.

Istotną zmianą ma być też przeniesienie środka ciężkości z samorządów terytorialnych na organa inspekcji farmaceutycznej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie opiniowania aptek, którym będą powierzane dyżury.

Jakich stawek będą mogły oczekiwać apteki dyżurujące nocą?

Jak wyjaśnia wiceminister zdrowia, w resorcie trwają obecnie analizy, które pozwolą na oszacowanie kosztów związanych z pełnieniem dyżurów nocnych. Nie jest to jednak zdaniem Macieja Miłkowskiego łatwy do oszacowania koszt, ponieważ składa się na niego wiele zmiennych elementów takich jak wynagrodzenie dla personelu czy koszty mediów. – Zarówno jedna, jak i druga składowa na obszarze Polski nie ma charakteru uniwersalnego. Głównie wynagrodzenia, ale i – w mniejszym stopniu – wysokość np. opłat za energię elektryczną różnią się w zależności od regionu Polski – wskazał wiceminister. Zapewnia jednak, że resort zdrowia prowadzi w tym zakresie dialog zarówno z Naczelną Izbą Aptekarską, jak i Związkiem Powiatów Polskich, a finalna propozycja będzie uwzględniać możliwości publicznego płatnika, czyli NFZ.



Pandemia a kondycja psychiczna farmaceutów

Nowa ankieta opublikowana przez Królewskie Towarzystwo Farmaceutyczne (RPS) ujawniła wpływ COVID-19 na zdrowie psychiczne i samopoczucie farmaceutów.

Według sondażu ponad połowa (54%) farmaceutów uważa, że pandemia częściowo wpłynęła na ich zdrowie psychiczne i samopoczucie, a prawie jedna trzecia (31%) zgłosiła, że miała „znaczący” wpływ. Ponadto 72% respondentów stwierdziło, że generalnie ich praca negatywnie

oddziaływała na ich zdrowie psychiczne i samopoczucie; powoływali się tu na takie kwestie, jak zwiększony popyt, nieodpowiedni personel, długie godziny pracy oraz brak przerw i wolnych dni.

Jak pokazało badanie, 40% respondentów ocenia swoje zdrowie psychiczne bardzo dobrze, podczas gdy 33% – już tylko dobrze, a 10% stwierdza, że jest w słabej kondycji psychicznej.

Źródło: www.pharmacytimes.com

USA: sabotaż szczepionek przeciw COVID-19. Zatrzymany farmaceuta

Farmaceuta pracujący dla Advocata Aurora Health w stanie Wisconsin został oskarżony o manipulowanie przy setkach dawek szczepionki przeciw COVID-19. Według doniesień medialnych celowo uszkodził 57 fiolek z preparatem! Podobno sam jest „teoretykiem spisku”.

Wydarzenia miały miejsce końcem roku, kiedy placówki medyczne otrzymywały tysiące dawek szczepionek i pracowały nad ich podawaniem pracownikom służby zdrowia. Pod koniec grudnia Aurora Medical Center w Grafton dowiedziało się, że 57 fiolek szczepionki Moderna COVID-19 zostało wyjętych z lodówki aptecznej. Według prasy pracownicy centrum

początkowo byli przekonani, że stało się to z powodu nieumyślnego błędu ludzkiego. Ostatecznie jeden z farmaceutów przyznał się, że celowo wyjął fiołki z lodówki i zostawił je na noc. Jak podała policja, zrobił to, wiedząc, że szczepionki staną się bezużyteczne. Jego działania spowodowały odrzucenie ponad 500 dawek.

Szczepionka Moderna – choć nie wymaga temperatury -70°C , jak szczepionka Pfizer – do momentu użycia musi być przechowywana w zamrażarce w temperaturze od -25°C do -15°C lub w lodówce w temperaturze od 2°C do 8°C . Pozostawione fiołki znalazł jeden z techników farmacji i włożył je z powrotem do lodówki. Prawie 60 dawek uszkodzonej szczepionki zostało

podanych, zanim pracownicy szpitala stwierdzili, że pozostawiono je poza lodówką na tyle długo, aby stały się nieskuteczne. Lokalna policja stwierdziła, że farmaceuta, który dopuścił się wykroczenia, był uznanym teoretykiem spiskowym. Wierzył, że szczepionka może zaszkodzić ludziom i zmienić ich DNA. Mężczyzna został aresztowany pod zarzutem lekkomyślnego narażenia na niebezpieczeństwo i zniszczenia mienia. Prokuratorzy uznali, że zarzuty mogą zostać obniżone do jednego wykroczenia, jeśli pozostałe fiołki zostaną przetestowane i okaże się, że nadal nadają się do użytku.

Źródło: „The New York Times”

Wielka Brytania: farmaceuci wnoszą o prawo korygowania recept

Królewskie Towarzystwo Farmaceutyczne (RPS) spotkało się z urzędnikami rządowymi, aby omówić zmiany w przepisach, które upoważniają farmaceutów do samodzielnego dokonywania zmian i korekt w receptach lekarskich.

RPS, wraz z lekarzami rodzinnymi i liderami aptek, wzywa rząd do uwzględnienia propozycji umożliwiających farmaceutom zmianę recept lekarskich,

gdy lek jest niedostępny. Pozwoliłoby im to zamienić lek na odpowiednik w przypadkach, gdy jest to możliwe, bez konieczności ponownej konsultacji z lekarzem, co zwiększyłoby dostęp pacjentów do leków. Przedstawiciele RPS argumentują, że farmaceuci są ekspertami w dziedzinie leków, a ich rola nie może być umniejszana. Obecnie farmaceuci nie są w stanie zmieniać oryginalnych recept nawet w przypadku niewielkich korekt i są prawnie zobowią-

zani do skontaktowania się z lekarzami lub skierowania pacjentów z powrotem do lekarzy. Oznacza to, że pacjenci mogą doświadczać opóźnień w dostępie do leków, jeśli brakuje określonej ilości, dawki lub formacji leku, a farmaceuci nie mogą zaoferować innej wersji tego samego leku jako alternatywnego rozwiązania.

Źródło: www.pharmacytimes.com



Zmiany w opiece poszpitalnej w Anglii

Wypis ze szpitala to jeden z najsłabszych punktów w brytyjskim systemie opieki zdrowotnej. Zbyt wielu pacjentów jest wypisywanych z torbą pełną lekarstw, ale nie mają oni pojęcia, co biorą, ani znaków ostrzegawczych, na które powinni zwrócić uwagę przed powrotem do domów.

Badanie szpitalne przeprowadzone przez Komisję ds. Jakości Opieki, opublikowane w lipcu 2020 r., pokazuje „trwały spadek” jakości opieki przy wypisie lekarskim. Około 10% ankietowanych stwierdziło, że członek personelu nie

wyjaśnił im celu leczenia w sposób, który mogliby zrozumieć – to wzrost o jeden punkt procentowy od 2018 r. Brak informacji o lekach może przyczynić się do uciążliwych i kosztownych powrotów do szpitala.

Na szczęście jest rozwiązanie. Badania wyraźnie pokazują, że konieczność ponownej hospitalizacji w ciągu 30 dni w mniejszym stopniu dotyczy pacjentów, którzy po wypisaniu ze szpitala są monitorowani przez farmaceutów. Artykuł badawczy w „The Pharmaceutical Journal” pokazuje, że gdy pacjenci otrzymują szczegółowe informacje o lekach przy wypisie, farmaceuci opiekujący się nimi

potem w aptekach lokalnych są w stanie zaoferować pacjentom lepszą edukację i informacje oraz zająć się ich problemami z farmakoterapią, co przyczyni się do lepszej optymalizacji i przestrzegania zaleceń dotyczących leków.

Od lutego 2021 r. we wszystkich aptekach społecznych w Anglii zostanie uruchomiona nowa usługa wypisywania leków opierająca się na sukcesie transferu opieki nad lekami (Transfers of Care Around Medicines – TCAM), w ramach którego wiele szpitali cyfrowo przekazuje do aptek lokalnych informacje o lekach przy wypisie pacjentów. Zgodnie z umową apteki będą wspierać



pacjentów kierowanych do nich przez szpitale. Apteka otrzyma niewielką opłatę za sprawdzenie leków swojego pacjenta podczas wypisu i porównanie ich z lekami, które przyjmował wcześniej. Farmaceuci będą przeprowadzać rozmowę z pacjentem i/lub jego opiekunem, aby upewnić się, że rozumieją oni wszelkie zmiany w przyjmowanych

lekach. Farmaceuci będą monitorować i zgłaszać wszelkie niepokojące kwestie zidentyfikowane odpowiednio przez fundusz NHS lub w ogólnej praktyce opieki nad danym pacjentem.

Nowa usługa ma ogromny potencjał. Wykorzystuje unikatową wiedzę farmaceutów w kluczowym dla pacjenta momencie, poprawiając jego bezpieczeń-

stwo i wyniki. Może mieć również pozytywny wpływ na efektywność pozostałych segmentów służby zdrowia. Szacuje się, że usługa TCAM mogła już uratować dla gospodarki zdrowotnej ponad 50 mln funtów, zmniejszając liczbę ponownych hospitalizacji.

Wkrótce pilotaż. Opieka farmaceutyczna coraz bliżej

Według prognoz w lipcu 2021 r. będą wdrażane pierwsze pilotaże usług opieki farmaceutycznej

Rozmowa z dr hab. n. med. Agnieszką Neumann-Podczaską, ekspertem Zespołu ds. Opieki Farmaceutycznej przy Ministrze Zdrowia, Kierownikiem Studiów Podyplomowych Opieka Farmaceutyczna w Geriatrii, adiunktem Pracowni Geriatrii Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.



Tomasz Osadowski: Przez wiele ostatnich lat opieka farmaceutyczna funkcjonowała jako postulat środowisk farmaceutów, mający zmienić rolę polskich farmaceutów w systemie ochrony zdrowia i pozwolić na wykorzystanie pełni ich kompetencji zawodowych dla dobra społecznego. Nie miała jednak umocowania prawnego i w konsekwencji w zasadzie nie funkcjonowała w praktyce. Jak ocenia Pani perspektywę innowacyjnych zmian w tym zakresie? Proszę o informację, w jakiej obecnie fazie znajdują się prace zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia.

Dr hab. n. med. Agnieszka Neumann-Podczaska:

Zespół ds. Opieki Farmaceutycznej został powołany na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z 8 lipca 2020 r. Do zadań zespołu należało przede wszystkim ustalenie przedmiotu oraz zakresu opieki farmaceutycznej, która ma być dostępna w aptekach ogólnodostępnych, a także opracowanie szczegółowej koncepcji jej wdrożenia. Nasze prace były skoncentrowane na praktyce. Mieliśmy ustalić, jakie zadania w zakresie opieki farmaceutycznej będą wykonywane w aptekach ogólnodostępnych. Nie zajmowaliśmy się natomiast zagadnieniami opieki farmaceutycznej w aptekach szpitalnych. Dokonano także analizy potrzeby przeprowadzenia w Polsce pilotażu opieki farmaceutycznej i opracowano szczegółową koncepcję jego przeprowadzenia. Zadaniem zespołu było także określenie źródła i zasad finansowania opieki farmaceutycznej. Podsumowując: analizowaliśmy to, co powinno być robione, jak w szczegółach ma to wyglądać oraz z jakiego źródła, na jakich zasadach i w jakim trybie opieka farmaceutyczna oraz jej pilotaż mają być finansowane.

Czy zespół postuluje określony zakres usług? Wiemy przecież, że w praktyce wielu państw są one bardzo zróżnicowane.

Bazowaliśmy na szerokim katalogu usług dostępnych na świecie. Skoncentrowaliśmy się przede wszystkim na analizie zasadności wprowadzenia siedmiu wybranych usług farmaceutycznych. Są to: usługa kontynuacji recepty, usługa „nowy lek”, przegląd lekowy, leczenie w aptece drobnych dolegliwości, szczepienia ochronne oraz działania profilaktyczne, a wśród nich program profilaktyczny Chorób Układu Krążenia – ChUK oraz wstępne świadczenia profilaktyczne w postaci ankiet lub kwestionariuszy badań przesiewowych pacjentów.

Czy świadczenie usług z zakresu opieki farmaceutycznej będzie wymagać od farmaceuty przygotowa-

nia wykraczającego poza zakres wiedzy zdobytej na studiach?

Wypracowano koncepcję trzech poziomów edukacji prowadzących do nabycia przez farmaceutę umiejętności z zakresu opieki farmaceutycznej. Według założonej koncepcji do realizacji większości usług opieki farmaceutycznej wymagana będzie certyfikacja farmaceutów. Jako pierwszy poziom edukacji rozumiane jest kształcenie przeddyplomowe na kierunku farmacja. Drugim są kursy podyplomowe i/lub specjalizacyjne dla określonej usługi farmaceutycznej realizowane w Jednostkach Akredytowanych. Poziom trzeci to studia podyplomowe w zakresie opieki farmaceutycznej dedykowane farmaceutom. Wszystkie te poziomy kształcenia w założeniu uprawniać będą do świadczenia opieki farmaceutycznej, jednakże w zróżnicowanym zakresie, gdyż innego rodzaju poziom kształcenia wymagany będzie dla poszczególnych usług.

Zatem w aptekach będą pracować zarówno farmaceuci świadczący bardziej skomplikowane usługi, jak i osoby wykonujące usługi mniej skomplikowane?

Wybór usług, jakie będzie świadczył farmaceuta, zależeć będzie od jego kompetencji i posiadanej w tym zakresie certyfikacji, a to wpłynie na podnoszenie kompetencji całego środowiska. Taki model uzyskiwania uprawnień do pełnienia poszczególnych usług farmaceutycznych jest dobrze ugruntowany w wielu krajach. Mamy nadzieję, że do różnych form kształcenia podyplomowego przystąpi wielu farmaceutów długo już pracujących w zawodzie. Jako kierownik pierwszych w Polsce studiów podyplomowych z zakresu opieki farmaceutycznej w geriatrici prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu widzę chęć kształcenia się wśród farmaceutów – zarówno pracowników aptek ogólnodostępnych, jak i szpitalnych. Niedługo na rynek wyjdą pierwsi absolwenci naszych Studiów Podyplomowych, przygotowani do świadczenia przeglądu lekowego, który jest usługą najbardziej skomplikowaną. Tutaj bardzo dokładnie trzeba umieć analizować poprawność farmakoterapii, zasadność stosowanych leków, zebrać wywiad medyczny od pacjenta, ale też

umieć prowadzić dialog z lekarzem w ramach podejmowanych interwencji. A to nie są zagadnienia łatwe.

Czy zapadły już decyzje, które mogą uruchomić konkretne procesy?

W końcu ubiegłego roku przygotowaliśmy raport z naszych prac. Szczegółowo przedstawiliśmy każdą usługę, a teraz czekamy na decyzję, czy raport zostanie upubliczniony oraz na uwagi Ministra Zdrowia. Na pewno usługa kontynuacji recepty zacznie obowiązywać w ciągu roku od ogłoszenia ustawy o zawodzie. Według prognoz w lipcu 2021 r. będą wdrażane pierwsze pilotaże usług opieki farmaceutycznej, czyli – jak widzimy – to nie jest zbyt odległa przyszłość. Zresztą ta „szybkość działania” ma już miejsce przy obecnych szczepieniach przeciwko COVID-19. Wprowadzono zmiany w ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń oraz chorób zakaźnych, a to daje możliwość wykonywania szczepień przeciwko COVID-19 przez farmaceutów. To jest bardzo szybki i dynamiczny krok, legitymujący farmaceutów w zakresie ich nowej kompetencji, wokół której występowały bardzo liczne kontrowersje. Bardzo duże nadzieje pokładamy w usługach „nowy lek” oraz „przeгляд lekowy”.

Proszę o rozwinięcie. Dlaczego właśnie te usługi?

Usługa „przeгляд lekowy” wprowadzi innowacyjność do systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Jej wprowadzenie sprawi, że znajdziemy się w czołówce krajów europejskich, zapewniając najwyższe bezpieczeństwo farmakoterapii. Farmaceuta w ramach tej usługi przyjmuje rolę szczególnego eksperta, partnera dla lekarza w opiece nad pacjentami z ciężką wielolekowością, stosujących wielolekowe schematy leczenia. Jest to bardzo ważne, gdyż w Polsce liczba osób leczących się samodzielnie systematycznie wzrasta, a stosowane przez nich samodzielnie preparaty często wchodzą we wzajemne interakcje. Dlatego usługa przeglądu lekowego wniesie poprawę bezpieczeństwa leczenia. Trzeba przyznać, że pomimo iż jest to nowość, mamy już duże doświadczenie w tej usłudze. Dzieje się tak w Poznaniu, gdzie powstał pierwszy – fi-

Wybór usług, jakie będzie świadczył farmaceuta, zależeć będzie od jego kompetencji i posiadanej w tym zakresie certyfikacji, a to wpłynie na podnoszenie kompetencji całego środowiska.

nansowany przez Urząd Miasta Poznania – Punkt Opieki Farmaceutycznej (POF) dedykowany osobom starszym. Już od dwóch lat specjalnie przygotowani farmaceuci, pod opieką merytoryczną ekspertów z zakresu geriatrici i farmakoterapii prowadzą w nich przeglądy lekowe. Przeglądy lekowe odbywają się poza aptekami, w specjalnie na ten cel przygotowanych pomieszczeniach, a rejestracja odbywa się przez miejską infolinię Biuro KONTAKT. Do Punktu Opieki Farmaceutycznej mogą się zatem udać seniorzy z „torbą leków”, by otrzymać konkretną pomoc – analizę farmakoterapii i potrzebne interwencje oraz rekomendacje farmaceutyczne. Punkt Opieki Farmaceutycznej został nagrodzony przez Ministra Zdrowia.

Z kolei usługa „nowy lek” skierowana jest do pacjentów stosujących nowy preparat leczniczy. Farmaceuta szczegółowo instruuje pacjentów, jednocześnie edukując ze sposobu stosowania leku i zasad jego stosowania. Pacjenci dzięki temu otrzymują wiedzę na temat zagrożeń i korzyści w związku z nowo przyjmowanym preparatem. Będą lepiej przestrzegać zaleceń terapeutycznych, a to przełoży się później na dalsze korzyści zdrowotne.

Podsumowując, jeśli chodzi o pilotaż usług opieki farmaceutycznej, zakładamy, że pilotaży wymagać będą te najbardziej skomplikowane usługi, jak np. przeгляд lekowy, nowy lek czy szczepienia ochronne. Dzięki temu środowisko będzie dobrze przygotowane podczas wprowadzania tych usług na rynek.

Dziękuję za rozmowę. Liczymy, że to rozpoczęcie świadczenia usług z zakresu opieki farmaceutycznej wkrótce zacznie się realizować w praktyce aptecznej.

Szczepienia przeciw COVID-19 w aptekach?

Wielka Brytania pokazuje, że to możliwe



Tekst: mgr farm. Marta Jakubowska

Wielka Brytania to jedno z najciężej dotkniętych pandemią państw. Wciąż notowane są tu rekordowe liczby zachorowań i zgonów z powodu COVID-19. Jest jednak światełko w tunelu – kraj ten przoduje w Europie w tempie wprowadzania narodowego programu szczepień przeciwko COVID-19. Do 19 stycznia br. już ponad 4 mln osób otrzymało pierwszą dawkę szczepionki. Niedługo statystyki wyszczepialności mogą się jeszcze zwiększyć, bo w połowie stycznia 2021 r. szczepienia przeciwko COVID-19 zaczęły powoli wkraczać do aptek ogólnodostępnych w Wielkiej Brytanii. Jak program szczepień w aptekach działa w Zjednoczonym Królestwie? Czy tym wzorem pójdą kolejne państwa?

Koniecznie zobacz webinar PharmacyCollege #40:

SZCZEPIENIE PRZECIW COVID-19 W APTEKACH – MIĘDZYNARODOWY PRZEGLĄD PRAKTYK



Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie



Webinary dla farmaceuty

Gorące tematy farmacji



www.pharmacycollege.pl

Pandemia COVID-19 to ogromne wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia publicznego na całym świecie. Aby uporać się z nią, potrzebne są programy szczepień na niespotykaną dotąd skalę.

Zjednoczone Królestwo to kraj, który od wielu lat przoduje w Europie w statystykach wyszczepialności na wiele chorób zakaźnych. Przykładowo w Szkocji w sezonie grypowym 2017/2018 wskaźnik wyszczepialności przeciw grypie wyniósł aż 72,8%. Nieoceniony w tym procesie jest udział brytyjskich farmaceutów, którzy od prawie 20 lat wykonują w aptekach wybrane szczepienia ochronne. Wzorem brytyjskim kolejne kraje europejskie decydują się na wprowadzenie szczepień przez farmaceutów – w październiku 2020 r. szczepić na grypę zaczęli niemieccy farmaceutyci.

Szczepienia COVID-19 w Wielkiej Brytanii

Wielka Brytania to kraj ciężko doświadczony przez COVID-19. Statystyki zachorowalności i śmiertelności nadal są tu jedne z najwyższych – tylko 19 stycznia br. zarejestrowano 33 355 przypadków infekcji oraz 1610 zgonów. Dlatego nie dziwi fakt, że kraj ten bardzo poważnie podszedł do kwestii szczepień przeciwko COVID-19. Kampania na ten temat rozpoczęła się w Wielkiej Brytanii już 8 grudnia ub.r.

Pierwsza faza szczepień podzielona została na 9 etapów. Po jej zakończeniu zaszczepieni będą wszyscy powyżej 50. roku życia oraz osoby młodsze z chorobami przewlekłymi.



mgr farm. Marta Majer:

Jestem zdecydowaną zwolenniczką szczepień i uważam, że rola farmaceutów w ich propagowaniu jest nie do przecenienia. Wprowadzenie szczepień do aptek to nie tylko sam serwis podania szczepionki, ale również przekazywanie rzetelnej i fachowej informacji na ten temat. Jest to tym bardziej istotne dzisiaj, gdy zalewa nas morze błędnych i szkodliwych pseudofaktów rozsiewanych przez serwisy społecznościowe. Polski farmaceuta jest niestety postrzegany jako sprzedawca ubrany w biały fartuch, nasza wiedza i doświadczenie jest zupełnie marginalizowane, dlatego możliwość przeprowadzania szczepień w aptekach postrzegam jako szansę odbudowania rangi zawodu – to do farmaceuty powinno się przychodzić po fachową poradę w kwestii zdrowia, a nie pytać „doktora Google” lub pseudospeców z internetu. Taką pozycję ma m.in. farmaceuta w Irlandii, gdzie obecnie pracuję. Irlandzcy farmaceuci szczepią od 2011 r., od zeszłej jesieni również poza apteką, np. w samochodzie lub u pacjenta w domu. Badanie przeprowadzone w 2016 r. przez IPU (Irish Pharmacy Union) pokazało, że 99% respondentów oceniło serwis oferowany przez farmaceutów na minimum 8 na 10, a 95% było bardzo zadowolonych z wiedzy, jaka została im przekazana podczas szczepienia, natomiast 99% zapowiedziało, że wróci do apteki na kolejne szczepienie. To pokazuje, jak wielki potencjał leży w możliwości przeprowadzania szczepień przez farmaceutów. Wygrywają na tym wszystkie strony.

mi, czyli w sumie ok. 25 mln osób. Pierwsze zaszczepione grupy priorytetowe to pracownicy ochrony zdrowia i domów opieki oraz osoby powyżej 80. roku życia.

Od 18 stycznia rozpoczęły się szczepienia kolejnych dwóch grup – osób powyżej 70. roku życia oraz pacjentów z grup bardzo wysokiego ryzyka (np. po przeszczepach narządów, podczas chemioterapii czy chorych na mukowiscydozę). Aktualnie już ponad połowa osób powyżej 80. roku życia została zaszczepiona przeciwko COVID-19. Według premiera Wielkiej Brytanii tempo dostarczania szczepień osiągnęło już zawrotne 200 szczepień na minutę.

Brytyjski minister zdrowia Matt Hancock obiecał, że każda osoba powyżej 18. roku życia otrzyma pierwszą dawkę szczepionki jeszcze przed wrześniem 2021 r. Istnieje jednak szansa, że uda się to nawet wcześniej, jeśli kraj osiągnie na wiosnę zamierzone tempo szczepień (4–5 mln dawek tygodniowo). Na pewno pomoże w tym zaangażowanie farmaceutów w wykonywanie

szczepień, a także otwieranie masowych centrów szczepień (7 takich ośrodków już działa, a 10 kolejnych jest w trakcie przygotowywania).

Dostępne szczepionki

Nie bez znaczenia jest fakt, że Wielka Brytania to państwo, które zamówiło najwięcej dawek szczepionek przeciwko COVID-19 na osobę na świecie (ok. 5 dawek na osobę).

Aktualnie w UK autoryzowane przez MHRA (ang. The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency – odpowiednik polskiego URPL) są szczepionki trzech firm – Pfizer-BioNTech (02.12.2020), Oxford-AstraZeneca (30.12.2020) oraz Moderna (07.01.2021). Rząd zamówił 40 mln dawek szczepionki Pfizer-BioNTech, a szczepionki oxfordzkiej – aż 100 mln dawek. Co istotne, szczepionka oxfordzka wytwarzana jest na miejscu i szacuje się, że kosztuje państwo dużo mniej od pozostałych. Jej wprowadzenie do stosowania uznaje się w Wielkiej Brytanii za

Czy wiesz, że...

200/min.

– tyle w połowie stycznia wynosiło tempo dostarczania szczepień w Wlk. Brytanii

ok. 5 dawek/os.

– tyle dawek szczepionek przeciwko COVID-19 na osobę zamówiła Wlk. Brytania – to najwięcej na świecie

ok. 20 lat

– od tylu lat farmaceuci w Wlk. Brytanii wykonują szczepienia ochronne w aptekach

25,16 GBP

– tyle wynosi wynagrodzenie dla apteki w Wlk. Brytanii, która wykona szczepienie przeciw COVID-19 (dwie dawki)

wrzesień 2021 r.

– do tej daty każda osoba powyżej 18. roku życia otrzyma pierwszą dawkę szczepionki na COVID-19

72,8%

– tyle wyniósł wskaźnik wyszczepialności przeciw grypie w Szkocji w sezonie 2017/2018

wielki triumf nauki i jeden w przełomowych momentach od początku pandemii, ponieważ jest skuteczna, tania oraz łatwa w przechowywaniu i dystrybucji.

Niewykorzystany potencjał

Jeśli chodzi o szczepienia przeciwko COVID-19 wykonywane w brytyjskich aptekach, informacje o tym programie zaczęły się pojawiać już w listopadzie 2020 r. NHS (ang. National Health Service, odpowiednik polskiego NFZ) ustalił, że szczepienia będą mogły przeprowadzać apteki, które będą w stanie wykonać min. 1000 szczepień na tydzień. Spotkało się to z krytyką środowiska aptecznego. Według wielu zaangażowanie całej sieci chętnych aptek ogólnodostępnych pomogłoby w dostarczaniu szczepionek przeciw COVID-19 na szeroką skalę. Pojawiły się obawy, że nie poczyniono wystarczających przygotowań, aby większe grupy aptek mogły odgrywać rolę w kolejnych fazach programu szczepień.

Plan szczepień w Wlk. Brytanii

1 faza szczepień → ok. **25** mln osób:

- osoby powyżej 50. roku życia
- osoby młodsze z chorobami przewlekłymi

Szczepienia - grupy priorytetowe:



pracownicy ochrony zdrowia
pracownicy domów opieki
i ich pensjonariusze
osoby powyżej 80. roku życia

Szczepienia - kolejne grupy pod względem pierwszeństwa:



osoby powyżej 70. roku życia
pacjenci z grup: bardzo wysokiego ryzyka (przeszczep narządów, chemioterapia, mukowiscydoza) i wysokiego ryzyka (choroba serca, nerek lub wątroby, reumatoidalne zapalenie stawów, otyłość - BMI>40)

Anna Nowak:

USA stawiają na farmaceutów!

Nowo zaprzysiężony, 46. prezydent Stanów Zjednoczonych oczekuje od środowiska farmaceutycznego zaangażowania w proces realizacji szczepień przeciwko COVID-19. Mówiąc o priorytetach swojej prezydentury i walce z pandemią wskazał, że już w najbliższym czasie chce zaangażować w proces szczepień przeciwko COVID-19 farmaceutów i apteki w całym kraju. – Miliony Amerykanów odwiedzają lokalne apteki co dzień – kupując leki, wykonując szczepienie przeciwko grypie i po wiele innych świadczeń. Dlatego chcemy współpracować bezpośrednio zarówno z indywidualnymi, jak i sieciowymi aptekami, by zaszczepić naszych obywateli. Dzięki rozszerzeniu szczepień przeciwko COVID-19 na apteki Amerykanie będą mogli szybko i w dowolnym momencie zaszczepić się w placówce najbliższej swojego miejsca zamieszkania – wskazał Joe Biden. Zapowiedź ta z pewnością cieszy środowisko farmaceutyczne, które jeszcze przed zaprzysiężeniem nowego prezydenta w liście sygnowanym przez 50 organizacji reprezentujących ponad 58 tys. amerykańskich farmaceutów zaapelowało o uruchomienie federalnych zasobów, które pozwoliłyby rozszerzyć sieć masowych punktów szczepień o m.in. apteki czy placówki opieki długoterminowej. To nie jedyny pomysł na zwiększenie skali realizowanego planu szczepień. Zdaniem ASHP wzrost liczby zaszczepionych możliwy będzie dzięki zaangażowaniu studentów kierunków farmaceutycznych. Gotowość środowiska do prowadzenia akcji immunizacyjnej znajduje również odzwierciedlenie w wynikach ankiety, jaką ASHP (American Society of Health-System Pharmacists) przeprowadziło w grudniu ubiegłego roku wśród swoich członków. Aż 88% respondentów wskazało, że apteki i działy farmacji powinny w procesie szczepień nadzorować odbiór, przechowywanie i właściwe wydawanie preparatów do immunizacji, a 54% stwierdziło, że powinny one koordynować i nadzorować podawanie szczepionek personelowi medycznemu. Co trzeci zapytany (30%) wskazał również, że farmaceuci mogliby w swoich aptekach decydować o tym, który z pacjentów powinien być traktowany priorytetowo, a według 27% ankietowanych to farmaceuci powinni wprowadzać dane medyczne pacjentów do baz stworzonych z myślą o procesie szczepień.

Szef organizacji PSNC (ang. Pharmaceutical Services Negotiating Committee) Simon Dukes stwierdził na początku stycznia, że NHS-owi nie udało się planować z wyprzedzeniem i nie angażował się w ofertę pomocy sektora (aptecznego). Przypomniał, że NHS ma do dyspozycji „armię tysięcy farmaceutów w całym kraju, którzy co roku szczepią pacjentów przeciwko grypie”. Ponadto wiele aptek jest odpowiednio wyposażonych, aby przechowywać i dostarczać szczepionkę Oxford-Astra Zeneca, która w odróżnieniu od poprzednich dwóch nie wymaga przechowywania w stanie zamrożenia (a jedynie w lodówce). Według Royal Pharmaceutical Society tysiące aptek są „gotowe, chętne i zdolne” do pomocy, ale zostały wykluczone.

Farmaceuci też szczepią – jak to działa w Wielkiej Brytanii?

W połowie stycznia br. w Wielkiej Brytanii w sześciu aptekach ogólnodostępnych (dwie apteki sieciowe i cztery apteki niezależne) rozpoczęły się pierwsze szczepienia przeciwko COVID-19. W kolejnych tygodniach do programu szczepień dołączyć ma kolejne 200 aptek.

Szczepionki będą dostarczane aptekom przez NHS razem ze wszystkimi niezbędnymi materiałami i środkami pomocniczymi, takimi jak: igły, strzykawki, rękawice ochronne, maski czy pojemniki na odpady medyczne. Z kolei farmaceuci będą musieli ukończyć e-kurs stworzony przez organizacje rządowe oraz ewentualnie inne szkolenia – w zależności od sytuacji (np. od tego, czy farmaceuta wykonywał szczepienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy).

Apteki biorące w Anglii udział w programie szczepień przeciwko COVID-19 zobowiązane są przez NHS England do świadczenia tej usługi 7 dni w tygodniu (także w święta), w godz. 08:00–20:00. Jednak niektóre placówki decydują się na rozszerzenie tych godzin, nawet do godz. 22:30, jeśli będzie taka potrzeba. To pokazuje, jak duże jest zaangażowanie brytyjskich aptek oraz zainteresowanie pacjentów szczepieniami przeciwko COVID-19 w takich placówkach.

Apteka, która wykona szczepienie (dwie dawki), otrzyma wynagrodzenie



mgr farm. Bolesław Kurczab:

W Wielkiej Brytanii pierwsze pilotażowe szczepienia na sezonową grypę zostały przeprowadzone przez farmaceutów w okresie 2013/2014. Po sukcesie tego pilotażu farmaceutyci dostali możliwość po odpowiednim przeszkoleniu szczepienia na grypę swoich pacjentów. Na przestrzeni kilku lat liczba pacjentów zaszczepionych w aptekach uległa potrojeniu.

Rola farmaceuty ciągle się zmienia. Możliwość szczepienia w aptecce przez farmaceutę po odpowiednim szkoleniu została doceniona zarówno przez pacjentów, jak i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Teraz umiejętności farmaceutów postanowiono wykorzystać w obliczu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2.

w wysokości 25,16 GBP. Dodatkowo, w Walii apteki będą otrzymywać 400 GBP za każde 1000 podanych szczepionek.

Przykład brytyjski jest dobry, ale ma też wady

Program szczepień w aptekach nie jest jednak pozbawiony problemów, m.in. z powodu faktu, że jedynie wybrane apteki mogą prowadzić szczepienia po spełnieniu wielu rygorystycznych wymagań NHS-u. Są to jednak dopiero pierwsze dni szczepień w aptekach,

więc sytuacja może się zmieniać. Wielu farmaceutów liczy na szerszy dostęp do szczepień na COVID-19 w aptekach i być może będzie to kierunek, który wybierze brytyjski rząd. Jednak nawet jeśli uprawnione pozostaną wybrane apteki, to i tak dzięki zaangażowaniu i doświadczeniu tutejszych farmaceutów program może w znacznym stopniu przyczynić się do przyspieszenia tempa wyszczepienia społeczeństwa przeciwko COVID-19 i ułatwić wielu osobom powrót do normalności.

DODATEK SPECJALNY CZASOPISMO PGF SA 

recepta.pl

Szczepienia w aptecce

MATERIAŁY SZKOLENIOWE DLA FARMACEUTY



DODATEK SPECJALNY ZAWIERA TREŚCI SKIEROWANE WYŁĄCZNIE DO FARMACEUTÓW

Zapoznaj się z dodatkiem specjalnym do „recepta.pl” nr 4/2020 – **Szczepienia w aptecce. Materiały szkoleniowe dla farmaceuty**





Realizacja recepty przez pośrednika



Tekst: mgr farm.
Artur Rakowski

Jak zrealizować receptę przez pośrednika, czyli w sytuacji gdy przychodnia lub przychodnia internetowa wystawia receptę i zapewnia jej wykupienie w wybranej aptece wraz z dowozem produktu do pacjenta? Jak wygląda to w świetle aktualnych regulacji prawnych? To zagadnienie warto omówić choćby w kontekście przepisów PF, RODO czy kodeksu etyki zawodowej.

Najważniejszym aspektem realizacji recepty przez pośrednika i wysyłkowej sprzedaży leków jest bezpieczeństwo pacjenta.

Wysyłkowa sprzedaż leków bez recepty

Warunki wysyłkowej sprzedaży leków są regulowane przez Ustawę Prawo Farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 499 z późn. zm.; zwana dalej „Ustawą – Prawo farmaceutyczne”), jak również przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2015 r. w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych (Dz. U. z 2015 r., poz. 481). Zgodnie z art. 65 ust. 1 Ustawy obrót środkami leczniczymi może być prowadzony wyłącznie w aptekach ogólnodostępnych, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w przepisach. W tej samej ustawie art. 68 dopuszcza prowadzenie przez apteki ogólnodostępne i punkty apteczne sprzedaży wysyłkowej

leków o kategorii dostępności OTC (*ang. over-the-counter*). Oznacza to, że apteka ogólnodostępna nie ma prawa prowadzić wysyłkowej sprzedaży leków o kategorii dostępności Rx – na receptę.

Obecnie na rynku farmaceutycznym wyklarowały się pewne modyfikacje wysyłkowej sprzedaży leków. Jeden z nich przypomina system rezerwacji, w którym pacjent składa zamówienie przez formularz apteki internetowej, a dokonuje płatności i odbiera lek na miejscu w aptece stacjonarnej. Dotyczy to jednak wyłącznie leków dostępnych bez recepty czy suplementów diety.

Drugi model sprzedaży leków przez internet zakłada wykorzystanie w tym celu pośrednika, np. portalu aukcyjnego, na którym swój profil posiada apteka internetowa. Niestety, prowadzenie sprzedaży leków w ten sposób jest również nie do końca zgodne z przepisami, zwłaszcza że ustawodawca wyraźnie określił sposoby składania zamówienia na produkty lecznicze będące przedmiotem sprzedaży wysyłkowej:

- ↳ w miejscu prowadzenia apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego, zwanych dalej „placówkami”;
- ↳ telefonicznie;
- ↳ faksem;
- ↳ za pomocą poczty elektronicznej;
- ↳ za pomocą formularza umieszczonego na stronie internetowej placówki.

Tymczasem zamówienie leków przez pośrednika odbywa się z wykorzystaniem formularza na stronie internetowej pośrednika pomiędzy sprzedającym a kupującym, a nie jak wskazują przepisy na stronie internetowej placówki (apteki albo punktu aptecznego).

Realizacja recept a e-zdrowie

Zupełnie innym zagadnieniem jest wystawianie recept „na odległość” przez przychodnie internetowe i realizacja takich recept w aptekach ogólnodostępnych. W ubiegłym roku rynek apteczny doświadczył tego zjawiska. Pacjent po odbyciu „konsultacji online” w przychodni internetowej otrzymywał receptę transgraniczną, podpisaną elektronicznie, którą rzekomo mógł realizować w każdej aptece. Choć wystawiane w ten sposób recepty spełniały wymogi recept transgranicznych, to nie mogły w tamtym czasie być realizowane w polskich aptekach. Jedynymi dopuszczalnymi wtedy receptami były recepty w postaci papierowej opatrzone podpisem własnoręcznym osoby wystawiającej receptę. Nie mogła to być kopia recepty, wymagany był jej oryginał, a podpis na takiej receptce musiał być własnoręczny, a nie kserokopia czy nadruk jak to miało miejsce w przypadku recept transgranicznych wystawianych na odległość.

Od 8 stycznia 2020 r. sytuacja zmieniła się jednak diametralnie. Lekarz może wystawić receptę zdalnie, przekazując pacjentowi czterocyfrowy kod recepty. Nie ma również przeszkód, by konsultacja odbyła się przez internet. Od 2015 r. w Polsce dopuszczalne jest diagnozowanie „na odległość”. Telemedycyna w ostatnim czasie rozwija się bardzo prężnie. Wystawienie recept bez wizyty pacjenta w gabinecie też jest prawnie dopuszczalne i stosowane już dość powszechnie. Choć e-zdrowie jest sporym ułatwieniem, to niestety otwiera nowe możliwości dla nieetycznych działań.

Nie ma również przeszkód, by w ramach obowiązujących przepisów pośrednik zrealizował recepty pacjenta, gdyż choć jest ona imienna, może być zrealizowana w aptece przez inną osobę. Wystarczy, że pacjent udostępni drugiej osobie dane niezbędne do zrealizowania e-recepty w aptece, tj. 4-cyfrowy kod PIN, PESEL i/lub wydruk informacyjny i/lub kod QR z receptą. Wyjątkiem w tym względzie są jednak dzieci poniżej 13. roku życia – ustawodawca zagwarantował farmaceucie prawo (ale nie obowiązek) odmowy wydania produktu leczniczego kupującemu z tej grupy wiekowej.

Wysyłkowa sprzedaż leków w świetle RODO

Wątpliwości prawne budzi jednak zupełnie inne zagadnienie niezwiązane bezpośrednio z samym produktem leczniczym, lecz pacjentem – a ściślej jego danymi. Art. 103 ust. 2 pkt 4aa Prawa farmaceutycznego stanowi, że „**Wojewódzki inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie, jeżeli: [...] 4a) apteka przekazuje, z wyłączeniem: a) Inspekcji Farmaceutycznej, b) Narodowego Funduszu Zdrowia, c) SIM – dane umożliwiające identyfikację indywidualnego pacjenta, lekarza lub świadczeniodawcy**”. I rzeczywiście – dysonans pojawia się w przypadku aptek internetowych i wysyłkowej sprzedaży leków, gdyż tajemnicą poliszynela jest, że apteki internetowe obracają wrażliwymi danymi pacjentów, świadczeniodawców czy lekarzy choćby na potrzeby marketingu, badania rynku, preferencji pacjentów. W przypadku realizacji recepty przez pośrednika w stacjonarnej aptece ogólnodostępnej musi dojść do zgody pacjenta na przetwarzanie danych osobowych. To, w jaki sposób ta zgoda powinna być uzyskana, określa pkt 32 Preambuły RODO: „[...] wyrażenie zgody może polegać na zaznaczeniu okienka wyboru podczas przeglądania strony internetowej, na wyborze ustawień technicznych do korzystania z usług społeczeństwa informacyjnego lub też na innym oświadczeniu bądź zachowaniu, które w danym kontekście jasno wskazuje, że osoba, której dotyczą ma wyrazić zgodę w odpowiedzi na elektroniczne zapytanie, zapytanie takie musi być jasne, zwięzłe i nie zakłócać niepożądanie korzystania z usługi, której dotyczy”.

Bezpieczeństwo pacjenta

Wreszcie ostatnim i najważniejszym aspektem realizacji recepty przez pośrednika i wysyłkowej sprzedaży leków jest bezpieczeństwo pacjenta. Nie od dziś wiadomo, że osoby, które mają dostarczyć lek z magazynu do apteki, nie posiadają ku temu żadnych kwalifikacji. Firmy kurierskie doręczające lek na receptę funkcjonują niejako poza przepisami, które muszą spełnić apteki, wydając pacjentowi taki sam lek do rąk własnych. Naczelna Izba Aptekarska wielokrotnie wskazywała, że w tym procesie może pojawić się kilka błędów, takich jak: doręczenie przesyłki pod niewłaściwy adres, zagubienie przesyłki albo też przechowywanie jej w niewłaściwych warunkach. Dodatkową niewiadomą jest tu nawet opóźnienie w dostarczeniu przesyłki zawierającej produkt medyczny pilnie potrzebny pacjentowi. Pomijając zatem kwestie procedur, np. rozliczania apteki z wydanych leków na receptę, zagrożenia te mają realny wpływ na zdrowie i życie samych pacjentów.



Powrót do pracy po dłuższej przerwie – jak to zrobić zgodnie z prawem



Tekst: **dr n. med.**
Justyna Wodowska

Powodów długiej przerwy w pracy w aptece może być wiele – wychowywanie dzieci, choroba, doktorat. O ile w większości profesji nie jest to problemem, o tyle w zawodach medycznych powrót do pracy po okresie bezczynności zawodowej nie jest już kwestią wyłącznie naszej decyzji. Odpowiednio długa przerwa powoduje konieczność odbycia specjalnego przeszkolenia. Kogo obejmuje takie szkolenie, kiedy nie trzeba go robić i jak wygląda procedura powrotu do pracy? Wyjaśniam w poniższym tekście.

Prawo regulujące zawód farmaceuty

Zacznijmy od wiedzy niezbędnej w planowaniu powrotu do pracy po dłuższej przerwie, czyli od zapoznania się z przepisami prawa regulującymi tę kwestię. Do niedawna kluczowa w tym zakresie była Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, a w niej zwłaszcza art. 17. Wskazano w nim, że: farmaceuta, który **nie wykonuje swojego zawodu w aptece przez okres dłuższy niż 5 lat w ciągu ostatnich 6 lat**, a chce wrócić do niego, musi zawiadomić o tym właściwą okręgową radę aptekarską i odbyć przeszkolenie uzupełniające trwające **nie dłużej niż 6 miesięcy**.

W ustawie wyszczególniono także prace, których świadczenie nie było uznawane za przerwę w wykonywaniu zawodu farmaceuty. Działo się tak, gdy:

- pracowaliśmy w inspekcji farmaceutycznej,
- jako nauczyciel akademicki na kierunku farmacja,
- redaktor merytoryczny naukowo-zawodowych czasopism farmaceutycznych,
- pełniliśmy funkcję z wyboru w organach izb aptekarskich,
- byliśmy zatrudnieni w podmiotach

zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub urzędach je obsługujących i odpowiadaliśmy za przygotowywanie/nadzór nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej lub realizację recept i zleceń na wyroby medyczne.

Sytuacja uległa zmianie **10 grudnia 2020 r., kiedy po 30 latach doczekaliśmy się kompleksowej ustawy regulującej nasz zawód. Tego dnia posłowie przyjęli projekt Ustawy o zawodzie farmaceuty**, a 17 grudnia podpisał ją Prezydent. Jak ważne jest to wydarzenie, może świadczyć fakt, że byliśmy jedyną grupą spośród zawodów zaufania publicznego, która dotąd nie miała ustawy regulującej jej rolę w systemie opieki zdrowotnej.

Ustawa o zawodzie farmaceuty a powrót do pracy po przerwie

W nowej ustawie znalazły się zapisy mówiące o tym, jak powinien wyglądać powrót do pracy po długiej przerwie. W porównaniu z dotychczas obowiązującymi przepisami, **zmieniono w niej maksymalny okres trwania szkolenia uzupełniającego. Obecnie ma ono trwać nie dłużej niż 2 miesiące**. Dodatkowo,

doprecyzowano zapisy wyliczające funkcje, których wykonywanie nie stanowi przerwy w zawodzie farmaceuty.

Oprócz tych wskazanych we wcześniejszej ustawie o izbach aptekarskich z 1991 r., dodano także:

- pracę na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty w jednostkach podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanych,
- pracę lub służbę w urzędzie obsługującym Ministra Sprawiedliwości lub
- w jednostkach organizacyjnych przez niego utworzonych lub nadzorowanych,
- zatrudnienie lub pełnienie służby wojskowej w urzędzie obsługującym Ministra Obrony Narodowej, w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych,
- pracę w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- wykonywanie usług farmacji klinicznej w podmiotach leczniczych w zakresie czynności zawodowych farmaceutów.

Farmaceuta radzi

Często okres wykonywania zawodu utożsamia się z pobieraniem wynagrodzenia (np. urlop macierzyński). Można się spotkać w tym zakresie z różną interpretacją. Zdarza się, że izba aptekarska w mieście „X” zdecydowałaby o przydzieleniu szkolenia, natomiast izba w mieście „Y” – nie. Moim zdaniem nie powinno tak być, ale wiem, że interpretacje bywają różne. Spotkałam się także z innymi wątpliwościami. Prawo stanowi, że farmaceuta, który „nie wykonuje zawodu jako aptekarz przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat” musi odbyć szkolenie. Brakuje jednak sprecyzowania, czy aby uniknąć „przerwy”:

- ➔ wystarczyłoby pracować np. na 1/16 etatu?
- ➔ mieć jeden dyżur w miesiącu (w ramach umowy-zlecenia)?
- ➔ przepracować sumarycznie rok w wymiarze pełnego etatu w czasie ostatnich 6 lat?

W sytuacji, kiedy mamy wątpliwości, jak prawidłowo obliczyć czas niewykonywania zawodu przez nowo zatrudnianego pracownika – najlepiej skontaktować się z izbą z prośbą o podsumowanie jego sytuacji zawodowej.



W nowych przepisach usunięto możliwość pracy w ramach merytorycznej działalności redakcyjnej naukowo-zawodowych czasopism farmaceutycznych, która była zapisana we wcześniejszej ustawie. Dodatkowo wprowadzono zmiany w punkcie dotyczącym pracy w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących. Uznaje się, że w tym przypadku nie nastąpiła przerwa w pracy w naszym zawodzie, jedynie gdy wykonywaliśmy czynności związane z „przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad wykonywaniem czynności zawodowych farmaceuty”.

Powrót do pracy a pandemia – ważne zmiany

Analizując przepisy dotyczące powrotu do pracy po dłuższej przerwie, nie sposób ominąć zmian legislacyjnych, jakie wymusiła pandemia. Pod koniec ubiegłego roku została ogłoszona Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych. Zgodnie z nią w Ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich w art. 17 po ust. 1 dodano ust. 1a, który zmienił kwestię powrotu do pracy po długiej nieobecności.

Wprowadzone przepisy mówią, że w czasie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii farmaceuta, który zdecydował się na powrót do pracy po długiej nieobecności, nie musi odbywać przeszkolenia uzupełniającego. Warunek jest jeden – przez pierwsze 3 miesiące będzie wykonywał swój zawód pod nadzorem innego farmaceuty.

Jak krok po kroku wrócić do pracy po okresie bezczynności zawodowej?

Wiemy już, jakie podstawy prawne regulują nasz powrót do pracy po okresie bezczynności zawodowej. Od czego jednak zacząć?

✓ Krok 1. Zwróć się do izby aptekarskiej z prośbą o ustalenie wymiaru szkolenia uzupełniającego.

Izba weźmie pod uwagę szereg czynników, m.in. jak długa była przerwa i czy w trakcie mieliśmy jakąkolwiek łączność merytoryczną z naszym zawodem.

✓ Krok 2. Po ustaleniu wymiaru szkolenia przez izbę – zawrzyj umowę z odpowiednią apteką.

W umowie musi być określona m.in. data rozpoczęcia i zakończenia szkolenia. W przypadku choroby lub innej przyczyny uniemożliwiającej podjęcie lub kontynuowanie przeszkolenia, aneksem do umowy dokonywana jest zmiana terminów i dni i godziny odbywania przeszkolenia.

Ważne! Apteka musi znajdować się na liście tzw. aptek stażowych, a więc tych, które zostały dopuszczone do prowadzenia stażu dla studentów VI roku Wydziału Farmacji.

✓ Krok 3. Po ukończeniu szkolenia otrzymasz zaświadczenie, z którym musisz udać się do izby.

✓ Krok 4. Izba poświadczą odbycie szkolenia wpisem w prawie wykonywania zawodu.

Wydawać by się mogło, że jest to mało czasochłonna procedura. Pamiętaj jednak, że izby obradują według ściśle określonego harmonogramu, do którego trzeba się dopasować.

Z mojego punktu widzenia...

W czasie mojej przerwy od pracy w aptece śledziłam branżową prasę, zmiany prawne, rozmawiałam ze znajomymi wykonującymi zawód i uczestniczyłam w rozmaitych szkoleniach. Nie byłam więc zupełnie oderwana od aptecznej rzeczywistości, a jednak czułam braki w pewnych praktycznych aspektach zawodu (w końcu ominęto mnie wdrożenie do programów aptecznych założeń dyrektywy antyfałszywkowej oraz e-recepty). Owszem, pewne umiejętności są trochę jak jazda na rowerze – nauczymy się jej raz i będziemy umieć cały czas. Pytanie tylko, jak pewnie będziemy się na tym rowerze czuć? Szkolenie jest więc czasem takiego przestrojenia. Dochodzą również prozaiczne aspekty – trzeba stawić się w aptecce o konkretnej godzinie, odpowiednio się ubrać. To z pozoru banalne problemy, jednak dla kogoś, kto nie miał narzuconej przez jakiś czas dyscypliny, ponowne nauczenie się rutyny lub jej wciśnięcie w rodzinne ramy wcale nie jest takie łatwe.

Praktycznie rzecz biorąc przed powrotem do wykonywania zawodu powinno się odświeżyć wiedzę oraz umiejętności – zarówno dla własnego dobra, jak i pacjentów. Dlatego znakomita większość farmaceutów, mimo wszystko, doceni konieczność szkolenia uzupełniającego.



Czego pragną pacjenci – o niewypowiedzianych oczekiwaniach i potrzebach



Tekst: **Aleksandra Tasarz-Spętana**

Każdy pacjent oczekuje profesjonalnej pomocy i opieki farmaceutycznej. Ale czy zawsze jesteśmy pewni, czego dokładnie potrzebuje? Wiedza farmaceutyczna musi iść w parze z umiejętnością komunikowania się.

Wiedza i doświadczenie farmaceuty – to główne atuty dobrej opieki farmaceutycznej. I również tego szuka pacjent, a nie przychodzi tylko po leki. Doświadczenie w codziennej współpracy z aptekami, w tym badanie potrzeb pacjentów oraz analizowanie jakości ich obsługi, pozwala mi na sformułowanie tezy, że umiejętność zrozumienia się z pacjentem, rozpoznania jego oczekiwań, ale też często przekonania go do lepszych z punktu widzenia wiedzy farmaceutycznej rozwiązań dla jego problemów chorobowych, jest ważnym elementem pracy farmaceuty.

Co komunikuje pacjent?

Dzisiejszy świat jakby oszalał. Ilość produktów na aptecznych półkach, ilość nowych informacji, procedur, prawnych paragrafów, tempo zmian w otaczającej nas rzeczywistości sprawiają, że

często trudno jest się nam odnaleźć. W tym wszystkim wykształcamy w sobie mechanizmy obronne, które pomagają odnaleźć się i nie zwariować w tej przeladowanej rzeczywistości. Jednym z takich mechanizmów jest filtrowanie przychodzących komunikatów i zapamiętywanie ich jedynie wybiórczo. Najczęściej zapamiętujemy rzeczy lub informacje najbardziej nacechowane emocjami.

Jak w tych warunkach reagujemy na roszczeniowego pacjenta, zarzucającego nas nadmiarem informacji, często nieistotnych, jak długo przeżywamy spotkanie

Każdy pracujący za pierwszym stołem farmaceuta lub technik ma świadomość, że pacjent oczekuje skutecznego i bezpiecznego rozwiązania swojego problemu zdrowotnego, złagodzenia objawów choroby lub dolegliwości.

z nim? Bywa, że czasem nawet kilka dni. A przecież w tym samym czasie farmaceuta obsługuje wielu – kilkudziesięciu, może nawet ponad stu pacjentów, którzy już takiego wpływu na nas nie mają.

Na drugim biegunie mamy pacjentów mówiących zbyt dużymi ogólnikami bądź używających mylących nas skrótów myślowych. I tak czasem słyszymy: „Poproszę coś na gorączkę dla dziecka?” (26-letniego syna) lub „...coś na kaszel” (ale kto?).

Pamiętajmy przy tym, że zasoby wiedzy farmaceuty oraz zawiałości zasad prowadzenia apteki są czarną magią dla pacjenta, nie ma on rozeznania, jak wygląda proces refundacyjny, import równoległy czy mechanizmy działania leków i ryzyka interakcji.

Trzeba przyznać, że i sami farmaceuci bardzo często korzystają ze skrótów: „Te leki są z importu”, „To ten sam lek”. I choć po obu stronach intencją jest porozumienie się, to brak precyzyjnej informacji potrafi spowodować błędne odczytanie oczekiwań, pytań lub przekazu. A za tym idzie, niemożność rozpoznania prawdziwych potrzeb drugiej strony. Pamiętajmy przy tym, że zasoby wiedzy farmaceuty oraz zawiałości zasad prowadzenia apteki są czarną magią dla pacjenta, nie ma on rozeznania, jak wygląda proces refundacyjny, import równoległy czy mechanizmy działania leków i ryzyka interakcji.

Słowa kluczowe

Gdy pacjent wpada do apteki „jak po ogień”, trudno jest czasem farmaceutce rozpoznać, o co mu chodzi. Z pewnością pomocne jest doświadczenie wielu lat pracy, ale bywa, że i to nie pomoże. Wielokrotnie jestem świadkiem rozmowy farmaceuty z pacjentem, każde z nich mówi o czymś innym i mija dłuższa chwila, zanim uda im się znaleźć porozumie-

nie. A czasem pacjent wychodzi, nie znajdując rozwiązania swojego problemu.

Oczywiście, każdy pracujący za pierwszym stołem farmaceuta lub technika ma świadomość, że pacjent oczekuje skutecznego i bezpiecznego rozwiązania swojego problemu zdrowotnego, złagodzenia objawów choroby lub dolegliwości. I choć jasno i głośno tego nie komunikuje, jest to jego nadrzędną potrzebą.

W czasach, gdy rynek oferuje szeroką gamę suplementów, jedną z metod komunikowania przez pacjenta, że oczekuje skutecznej terapii, jest zapytanie o to, czy polecany preparat jest rzeczywiście

lekiem. Pod tym hasłem kryje się potrzeba dobrego i efektywnego leczenia. Bo przecież produkt zarejestrowany jako lek jest przebadany, pod nadzorem odpowiednich organów, gwarantuje rzetelny skład oraz jakość wytworzenia.

W świadomości pacjenta olbrzymią wagę mają leki przepisane przez lekarza, dlatego czasem słyszymy w aptece wątpliwości pacjentów na temat propozycji substytucji. Farmaceuta proponując zamiennik, często musi włożyć wiele wysiłku, zastosować mocne i merytoryczne argumenty, żeby rozwiązać wątpliwości pacjenta dotyczące jakości innego produktu.

Jakich skrótów używa pacjent i co się za nimi kryje?

✓ **Coś na...** – w tym przypadku pacjenci mówią o tych objawach choroby, które zauważają. Potrzebują jednak terapii oddziałującej na przyczynę, tak aby objawy nie powracały. Jest zatem istotne, żeby na tak sformułowane zapytanie farmaceuta nie ograniczył się do proponowania jedynie leku działającego szybko i celowo właśnie na ten objaw. **Pacjent oczekuje całościowej terapii zapobiegającej nawrotowi oraz eliminującej objawy towarzyszące, których jeszcze nie dostrzegł lub które nie były w danym momencie aż tak obciążające.**

✓ **A coś innego...** – taki komunikat może oznaczać kilka różnych rzeczy, wszystko w zależności od kontekstu. Jedną z najważniejszych jest potrzeba wpływu i kontroli. Prawdopodobnie farmaceuta zaproponował jeden produkt bez podania alternatywnych rozwiązań. W takim przypadku zawsze warto zaproponować pacjentowi drugi i trzeci produkt do wyboru. Większa ilość jest również niewskazana, gdyż będzie powodowała zagniewanie pacjenta i w ostateczności całkowitą rezygnację z zakupu. **Częstym przypadkiem jest tu brak pewności farmaceuty w udzielaniu rekomendacji. Jeśli tylko pacjent wyczuje najmniejsze zawahanie po jego stronie, będzie poszukiwał czegoś innego.** Dlatego jeżeli nie jesteś przekonany do produktu lub polecanej terapii, nie proponuj jej pacjentowi.

✓ **To jest za drogie** – jedna z częstszych obiekcji pacjentów zgłaszanych w aptecę. To oczywiście, że wielu pacjentów faktycznie nie stać na drogą terapię. Cena jest najczęstszym powodem wycofywania się pacjenta z podjęcia decyzji dotyczącej zakupu proponowanego preparatu lub terapii. Ale może być jedynie pretekstem w sytuacji, gdy pacjentowi po prostu brakuje pewności co do skuteczności i bezpieczeństwa proponowanego leku, gdy uważa, że nie jest on dostosowany do jego potrzeb. **Wyzwaniem dla farmaceuty jest takie dobranie produktu oraz argumentów w jego rekomendowaniu, by pacjent mógł właściwie ocenić proponowany lek w kontekście jego ceny.**

Skuteczna rekomendacja w takich przypadkach jest potwierdzeniem autorytetu wypracowanego przez farmaceutę.

Nie tylko cena!

Co wpływa na decyzje zakupowe pacjenta w aptece



Tekst: **Krzysztof Pytel**
Praktyk sprzedaży,
Certyfikowany
Trener SET,
Konsultant Category
Management &
Pricing

Cena jest ważna, ale nie funkcjonuje w próżni i w percepcji pacjenta zawsze powiązana jest z innymi elementami determinującymi jego wybory. W pierwszej części artykułu dotyczącego motywów zakupowych pacjentów, który miałeś okazję przeczytać w poprzednim numerze, pisaliśmy o dwóch z nich – jakości i bezpieczeństwie. Dziś kontynuujemy ten temat.

Co zatem jeszcze wpływa na decyzje zakupowe klientów?

Oszczędność czasu/wygoda, prestiż i emocje to kolejne motywy pacjentów. Chcesz wiedzieć, jak je wykorzystać, aby zwiększyć efektywność obsługi klienta w swojej aptece?

Koniecznie przeczytaj artykuł.

Ten sam pacjent podczas jednych zakupów może kierować się różnymi motywatorami w odniesieniu do różnych produktów.

Motywator OSZCZĘDNOŚĆ CZASU/WYGODA

Zastanawiałeś się kiedyś, dlaczego zatrzymując się na stacji paliw, kupujesz wodę mineralną, mimo że wiesz, iż znacząco przepłacasz? No właśnie, bo oszczędzasz czas i jest to wygodne. Oszczędność czasu i wygoda mają duże znaczenie w naszych decyzjach zakupowych. Co więcej, z biznesowego punktu widzenia lubimy, kiedy w aptece jest kolejka do kasy, bo to oznacza duży ruch i szansę na zwiększony obrót. Paradoksalnie jednak, jeżeli w Twojej aptece rzadko się zdarza, że pacjent musi czekać w kolejce, będzie to mocny argument do wizyty dla tej części pacjentów, którzy chcą zaoszczędzić czas i lubią wygodne zakupy. Patrząc dalej, jeżeli przed Twoją apteką jest jedno miejsce parkingowe i to Ty je regularnie zajmujesz, kryterium wygody korzystania z Twojej apteki jest mocno zaburzone.

Warto pamiętać, że motywator oszczędność czasu w największym stopniu odnosi się do pacjentów, którzy tego czasu mają mało. Odpowiedzmy sobie na pytanie, jaki pacjent będzie miał większe możliwości zakupowe (w rozumieniu bardziej zasobnego portfela): ten, który ma dużo czasu, czy ten, który go nie ma? Bardzo często brak czasu wynika z tego, że jestem bardziej zapracowany. To z kolei może się przekładać na to, że mam więcej pieniędzy (oczywiście nie zawsze tak będzie). Na pewno jednak brak czasu sprawia, że pacjentowi będzie zależało, żeby podczas zakupów ten czas zaoszczędzić. To z kolei sprawia, że jego wrażliwość cenowa jest mniejsza. Tu działa zasada „jestem gotowy zapłacić więcej, jeżeli to zaoszczędzi mój czas”... dokładnie tak jak z wodą mineralną na stacji.

Warto również zwrócić uwagę na to, że w okresie pandemii COVID-19, WYGODA w połączeniu z BEZPIECZEŃSTWEM ma jeszcze większe znaczenie niż kiedykolwiek wcześniej.

Odwoływanie się do motywatora wygoda i/lub oszczędność czasu odnosi się również do wyboru produktu. Lek na grypę w postaci tabletek będzie dla wielu pacjentów wygodniejszy niż saszetka. Podobnie

szampon do włosów w butelce z pompką dla wielu osób będzie lepszym rozwiązaniem niż tuba. Takich różnic i możliwości powoływania się w rekomendacji właśnie na wygodę stosowania możemy znaleźć bardzo dużo. Umiejętne posługiwanie się nimi daje duże możliwości ułatwiające obsługę pacjenta.

Pamiętaj! Ważne jest, żebyś to Ty konkretnie komunikował pacjentowi, co zyska w kontekście wygody oraz oszczędności czasu. Zazwyczaj pacjent nie jest ekspertem i nie ma takiej wiedzy jak Ty i często sam nie domyśli się, jak konkretne różnice produktowe przekładają się na jego wygodę stosowania.

Motywator PRESTIŻ

O prestiżu mówimy wówczas, gdy ktoś wybiera produkt za 150 zł, mimo że doskonale wie, iż ten za 80 zł zrobi dokładnie to samo, z tą różnicą, że ktoś ze znajomych dowie się, że „mnie stać”. To oczywiście nieco przerysowany przykład, ale jednak występujący w naszych decyzjach zakupowych. Bardziej przyziemną i częstszą sytuacją jest ta, w której w dużym stopniu kierujemy się marką produktu i tym, czy kojarzy się z czymś bardziej luksusowym i niedostępnym dla innych.

Motywator prestiżu ma wiele wspólnego z postrzeganiem jakości produktu:

➔ Po pierwsze sama **wysokość ceny bardzo często determinuje nasze postrzeganie jego jakości**: zapłaciłem dużo, to znaczy, że kupiłem najlepszy produkt.

Jestem przekonany, że spotkałeś się również z sytuacją, w której pacjent rozważał zakup jakiegoś produktu i zrezygnował w momencie, kiedy poznał jego cenę... bo była zbyt niska. Po prostu nie wierzył, że ten produkt może być równie dobry lub lepszy od innego, ponieważ w jego postrzeganiu był zbyt tani.

➔ Po drugie istnieje **grupa pacjentów, którzy kupują tylko produkty markowe i znanych firm, bo te uważają za najlepsze**.

To, co musisz wiedzieć, to to, że **dla pacjenta kierującego się prestiżem wysokość ceny ma niewielkie znaczenie**. Co więcej, bardzo często

W okresie pandemii COVID-19, WYGODA w połączeniu z BEZPIECZEŃSTWEM ma jeszcze większe znaczenie niż kiedykolwiek wcześniej.

zbyt niska cena może być powodem jego rezygnacji z zakupu. Czym silniejsze jest jego poczucie, że produkt jest osiągalny dla niego, a dla wielu innych osób nie, motywująco wpływa na jego decyzje zakupowe.

Pamiętaj! Budowanie prestiżu apteki to w dużym stopniu jej wygląd, właściwe rozmieszczenie asortymentu ułatwiające zakupy, porządek na półkach, łatwość wyboru tego, co jest mi potrzebne – krótko mówiąc Zarządzanie Kategoriami (Category Management) ze szczególnym uwzględnieniem merchandisingu. Prestiż to też poziom jakości obsługi i wiele innych czynników, które wpływają na całościowy wizerunek apteki.

Motywator EMOCJE

Emocje w decyzjach zakupowych pojawiają się w szczególności **przy produktach okazjonalnych, np. na prezenty**. Kupując coś dla bliskiej osoby, jesteśmy skłonni zapłacić więcej niż podczas standardowych zakupów lub nawet zakupów dla siebie. Sezonowość wynikająca właśnie z takich okresów może przyczynić się do zwiększenia sprzedaży tego typu produktów w Twojej aptece.

Emocje wchodzą w grę również w innych obszarach. Przykładem jest **zakup impulsowy, który charakteryzuje się tym, że duża część koszyka zakupowego pacjenta w aptece jest niezaplanowana**.

Impulsem do decyzji o dodatkowym zakupie mogą być takie czynniki jak:

- ➔ **promocja przykasowa** – niekiedy nie obniżka cenowa, ale po prostu ekspozycja produktu, który w danym momencie może być potrzebny wielu pacjentom;
- ➔ **rekomendacja dodatkowego produktu przez farmaceutę** – o ile

ten zwróci uwagę pacjenta na dodatkowe korzyści, np. zwiększenie skuteczności terapii związane z zakupem dodatkowego produktu;

- ➔ **dobra ekspozycja** – która zwróci uwagę pacjenta na inny asortyment, być może charakterystyczny tylko dla Twojej apteki;
- ➔ **kosz promocyjny** – szczególnie dla pacjentów motywowanych ceną;
- ➔ **oznaczenie NOWOŚĆ** – dla pacjentów lubiących produkty nowe i innowacyjne.

Oprócz powyższych, motywacją do dodatkowych zakupów pacjentów, może być wiele innych rozwiązań. Musisz być po prostu kreatywny i wyczułony na potrzeby swoich klientów.

Wykorzystaj sytuację

Na koniec bardzo ważna rzecz na temat motywatorów zakupowych. Ten sam pacjent podczas jednych zakupów może kierować się różnymi motywatorami w odniesieniu do różnych produktów. Być może zakupy wszystkich produktów dla siebie robi, kierując się motywatorem niska cena i w żaden sposób nie uda Ci się go przekonać do większego wydatku za lepszy preparat. Ale za moment będzie wybierał produkt dla dziecka... jak sądzisz, czy cena nadal będzie najważniejsza?



Więcej o efektywnej obsłudze pacjenta przeczytasz w książce **REKOMENDACJA W APTECE – JAK REALIZOWAĆ OBSŁUGĘ SPRZEDAŻOWĄ PACJENTA W ZGODZIE Z ETYKĄ ZAWODU FARMACEUTY**
www.rekomendacjawaptece.pl

Strategie marżowe i taktyki cenowe – czyli jak osiągnąć wyższą rentowność apteki poprzez zarządzanie cenami



Tekst: **Roman Szymczak**
Ekspert Marketingu Aptecznego. Autor książki „Pricing. Jak zarządzanie cenami może zwiększyć zyski w detalu”

Zarządzanie cenami w aptece nie jest łatwym zadaniem. Podczas wielu projektów doradczych z właścicielami i kierownikami aptek zauważyłem, że często upraszczają sobie ten proces. Stosują różne intuicyjne strategie marżowe, które wydają się efektywne, dopóki przynoszą spodziewaną rentowność. W zarządzaniu cenami „walka” toczy się o małe procenty marży, które zgodnie z efektem dźwigni prycingowej zdecydowanie zwiększają rentowność apteki. W niektórych sytuacjach zwiększenie marży procentowej o 2–3%, może podnieść zysk apteki nawet o 100%. Dlatego, mimo że większość zarządzających aptekami jest zadowolona z osiągniętej marży, warto poznać i zastosować wszelkie metody, które umożliwiają jej zwiększenie.

Słownik pojęć

MARŻA – jest to zysk ze sprzedaży, czyli różnica pomiędzy ceną sprzedaży produktu a ceną jego zakupu. Marżę podajemy kwotowo lub procentowo.

NARZUT – to zysk ze sprzedaży produktu, ale odniesiony kwotowo lub procentowo do ceny zakupu produktu.



Popularne metody wyznaczenia marży

Na początek przyjrzyjmy się pięciu najczęściej stosowanym metodom służącym do wyznaczania marży. Odpowiednio zastosowane i połączone z taktykami cenowymi mogą pomóc w zwiększeniu przychodów apteki.

Stały poziom marży

To bardzo prosta metoda, choć już dość rzadko stosowana przez kierowników aptek (oprócz regulowanych przez prawo zasad naliczania marży na leki refundowane). W oparciu o założenie, że apteka powinna wypracować określony (np. 25%) poziom marży, na ceny wszystkich produktów nakładany jest taki sam narzut procentowy od cen zakupu. Ten stały narzut nie uwzględnia zróżnicowania lub kategorii produktów.

Produkty opiniotwórcze, dziewiątki i nic więcej

To kolejna prosta metoda stosowana przez kierowników aptek. Nazwałem ją umownie „OiD”, czyli „Opiniotwórcze i Dziewiątki”. Na czym polega? Upraszczając, chodzi w niej o to, że wybiera się kilkanaście produktów opiniotwórczych i proponuje za nie pacjentom ceny niższe niż konkurencja. Natomiast przy cenach pozostałych, czyli większości produktów, do stałego współczynnika marży dostosowuje się ceny z końcówkami 99 lub 95 gr – i mamy już całkiem niezłą strategię marżowania. Rzeczywiście, na pierwszy rzut oka wydaje się ona prosta, jasna i skuteczna i nie tak czasochłonna. Tyle że taka uproszczona metoda nie uwzględnia wielu ważnych czynników, które mogą podnieść rentowność apteki, dzięki zastosowaniu dźwigni prycingowej.

Dostosowanie cen do konkurencji

Podczas szkoleń z prycingu (zarządzania cenami) często spotykam osoby prezentujące pogląd, że w aptece należy mieć najlepsze ceny w okolicy, bo inaczej straci się pacjentów. Zgodnie z nim należałoby dostosować wszystkie ceny produktów do tych, które oferuje konkurencja. Oczywiście, przesłanki tej strategii są rozsądne – warto sprawdzać ceny w sąsiednich aptekach. Tylko jak to zrobić w sytuacji, gdy standardowa

apteka posiada 3–5 tysięcy leków OTC, suplementów oraz wyrobów medycznych? Raczej niewykonalne jest zbadanie każdej ceny. Efektywnie monitorować i porównać można ceny jedynie ograniczonej liczby produktów, np. 100 najważniejszych.

Zróżnicowanie marż ze względu na ceny produktów

Metoda ta polega na tym, że im niższe ceny jednostkowe preparatów w zakupie, tym nakładane są na nie wyższe marże. Innymi słowy, marże procentowe maleją wraz ze wzrostem cen produktów. Przykładowo: suplement za 6 zł ma 50% narzutu, multiwitamina za 18 zł – 30%, a preparat droższy, np. za 90 zł – 15% narzutu.

Kiedy pytałem o zasadność tej strategii, stosujący ją kierownicy aptek odpowiadali, że gdy pacjent kupuje tani produkt, to nie patrzy na cenę, a im droższy towar, tym klient jest bardziej na nią wrażliwy. Nic bardziej mylnego! Obowiązują tu bowiem odmienne zasady postrzegania cen przez pacjentów.

Decyzja o zakupie suplementu za 6 zł to impuls i, oczywiście, powinien on mieć wyższą marżę. Natomiast, w myśl psychologii sprzedaży, markowy preparat o wyższej cenie to produkt prestiżowy, więc zgodnie z zasadą motywów zakupów jego wrażliwość cenowa jest odwrócona. W tym przypadku pacjent mniej zwraca uwagę na cenę, a bardziej na wyjątkowość, wyróżnienie, unikalność produktu. Wysokość ceny nie jest pierwszym kryterium wyboru i produkt o wizerunku prestiżowym należy marżować odpowiednio wyżej.

Marże produktów z uwzględnieniem ich kategorii

Aktualnie strategia marżowania z uwzględnieniem kategorii produktu jest szeroko stosowana w branży aptecznej.

Jej głównymi zaletami są:

- analiza całych grup asortymentowych, zwanych kategoriami,
- ustalenie stałej marży na poszczególne kategorie.

5 najpopularniejszych metod wyznaczenia marży



➊ **Stały poziom marży** – na ceny produktów nakładany jest taki sam narzut procentowy od cen zakupu

➋ **Produkty opiniotwórcze, dziewiątki** –

kilkanaście produktów opiniotwórczych mają niższe ceny niż konkurencja, pozostałe produkty mają dostosowywane ceny z końcówkami 99 lub 95 gr



➌ **Dostosowanie cen do konkurencji**

➍ **Zróżnicowanie marż ze względu na ceny produktów** – marża maleje wraz ze wzrostem cen produktu



➎ **Marże produktów z uwzględnieniem ich kategorii** – produkty wrażliwsze cenowo mają niższe marże, a pozostałe mają wyższe marże

Dzięki tej metodzie niektóre grupy produktów, wrażliwsze cenowo, mają niższe marże, a pozostałe mogą mieć marże wyższe. Czasami do tej metody kierownicy aptek dodają jeszcze końcówki 99 lub 95 gr oraz wyznaczają produkty opiniotwórcze w niskich cenach – i zdecydowana większość z nich uważa, że to już najwyższy poziom strategii marżowania. Owszem, to już bardzo dużo i dzięki tej metodzie w procesie zarządzania cenami można osiągnąć lepsze rezultaty, niż stosując wcześniej omawiane strategie. Jednak dalej jest to „droga na skróty”, gdyż nie uwzględnia się procesu zarządzania kategorią, elementów wyróżniających preparaty w aptecę, motywów zakupowych pacjenta ani wielu taktyk cenowych, które zwiększają marżę.

Taktyki cenowe

Zaprezentuję teraz kilka sprawdzonych taktyk cenowych, które warto zastosować w aptecę, aby osiągać lepszą rentowność.

→ Markery cenowe (produkty opiniotwórcze)

To niezwykle ważny element dla każdej apteki, gdyż te wybrane leki i preparaty budują jego opinię wśród pacjentów. Najczęściej wybiera się jeden lub dwa produkty z danej kategorii i obniża ceny tak, aby były najbardziej konkurencyjne w okolicy. Powinny być to produkty zapamiętywane i często kupowane przez pacjentów. Należy dobrze zaprezentować ich ceny. Widząc niższe ceny, pacjenci odwiedzający aptekę mają wrażenie, że jest ona bardzo korzystna cenowo i nie zwracają już tak bardzo uwagi na pozostałe kupowane produkty.

→ Waga/ciężar ceny

3⁹⁵ **3,95**

Z moich badań postrzegania ceny przez pacjentów wynika, że do większości klientów (aż do 67%) bardziej trafia cena przedstawiona na rysunku po lewej stronie niż po prawej. Być może jest to związane z faktem, że pierwsza ma złotówki zapisane dużą czcionką,

Linia cenowa

12⁶⁹ zł; 13⁶⁹ zł i 11⁹⁹ zł **⇒** **12⁹⁹ zł**

a grosze małą, zaś w drugim przypadku i złotówki, i grosze są zapisane tą samą czcionką. Pacjenci mogą mieć wrażenie, że pierwsza z cen jest „lżejsza” od drugiej. Dlatego tę technikę opisałem jako „ciężar ceny”.

→ Cena 37⁴⁵ zł

Takie ceny to raczej niecodzienny widok. Wzorując się na placówkach handlowych, również w aptekach stosuje się metodę zmniejszania na etykietach cenowych czcionki pokazującej końcówkę ceny w groszach, co pozwala uzyskać dodatkowe korzyści marżowe. Klienci czytają od lewej do prawej. Dlatego warto zwiększyć narzut o drobny procent, zmieniając cenę na 37⁹⁹ zł. Taka różnica jest niezauważalna dla klientów, a sprzedającym daje narzut wyższy o 1,4%. Niby nic, ale przy rentownościach w sprzedaży detalicznej na poziomie 2–5% daje to dodatkowy zarobek.

Również wielu detalistów wie, że na produkty jakościowe czy prestiżowe wrażliwość cenowa pacjentów jest niższa. Dlatego nawet gdy zaproponują cenę 39⁹⁹ zł, nie będzie to zauważone przez pacjentów, a dzięki temu mogą zarobić więcej nawet o 6,8% narzutu.

→ Końcówki 99 gr

Jest to klasyczny przykład zmian stosowanych ostatnio w strategiach cenowych w aptekach – w pozostałych branżach dawno już zostały wdrożone. Wystarczy zmienić cenę z 2 zł na 1⁹⁹ zł czy z 19²⁵ zł na 19⁹⁹ zł – i już mamy jasną strategię cenową. Wielu właścicieli uważa, że to jedyna technika prycingowa i w zasadzie wystarczy to zrobić, aby podnieść marżę lub sprzedaż. Nic bardziej mylnego. Pacjenci już znają tę technikę. Jak wynika z moich badań – aż 67% z nich uznało, że cena 4⁹⁹ zł bardziej do nich trafia niż 5 zł, co sprawia, że są do takich cen przyzwyczajeni.

→ Ceny marketingowe – np. 3³³ zł

Są one często stosowane w gazetkach i innych komunikatach marketingowych, ale również przy cenach promowanych w aptecę produktów opiniotwórczych. W zasadzie celem takiej ceny jest zwrócenie uwagi pacjenta na wyjątkowość oferty i jej zapamiętywalność. Cena z taką „nietypową”, ale łatwą do zapamiętania końcówką wyrażoną w groszach, bardziej przyciąga wzrok, podobnie jak 37⁷⁷ zł czy 58⁸⁸ zł. Zgodnie z moimi badaniami, aż 63% pacjentów bardziej zapamiętało cenę 3³³ zł niż 3²⁹ zł.

→ Stopniowanie – np. 13⁶⁹ zł

1 < 3 < 6 < 9

Stopniowanie to dość nowa technika prycingowa. Najczęściej stosowana jest w super- i hipermarketach. Polega na tym, że następujące po sobie cyfry, składające się na cenę, muszą być wyższe od wcześniejszych. Chodzi o to, by pacjenci postrzegali ceny jako bardziej przystępne, gdyż – czytając od lewej do prawej – w pierwszej kolejności widzą niższe liczby, a dopiero później zwracają uwagę na wyższe wartości.

Ciekawostka!

W swojej pracy spotkałem się również ze schematem konstruowania ceny, w którym końcówki groszowe wynosiły wyłącznie 39 gr dla cen w złotych zaczynających się od liczb 1 lub 2. A dla reszty przypadków, analogicznie: 69 gr dla liczb 3, 4, 5 oraz 99 gr dla pozostałych.

→ Linia cenowa

Jest to kolejny sposób zwiększający marżę stosowany przez detalistów. Gdy w ofercie danego sklepu lub apteki jest kilka podobnych jakościowo produktów, albo jest to wachlarz produktów danej marki i z marżownika wychodzą różne ceny detaliczne (jak na rysunku: 12⁶⁹ zł; 13⁶⁹ zł i 11⁹⁹ zł), ich ceny są uśredniane (w omawiany przykładzie np. do 12⁹⁹ zł). Wszystkie produkty mają jedną wartość. Jak to wpływa na marżę? Okazuje się, że dzięki temu zabiegowi tam, gdzie na jednym produkcie obniżono marżę o 69 gr, a na pozostałych zwiększono od 0,30 zł do 1,3 zł, przy odpowiedniej rotacji tych ostatnich uzyskiwano zwiększenie marży nawet o 5–8%.

→ Zestawy prezentowe za 50, 100 lub 150 zł – produkty pakietowe czy mix sprzedaży

Tę taktykę stosują często apteki posiadające duży asortyment dermokosmetyków. Używana jest zwłaszcza w okresie zwiększonej sprzedaży tych produktów, czyli przed różnymi świętami, np. Bożego Narodzenia, Walentynkami lub Dniem Matki. Apteki przygotowują zestawy prezentowe, które wyceniają w okrągłych wartościach: 50 zł, 100 zł lub 150 zł. W takich zestawach zwykle jest jakiś rozpoznawalny produkt, który świetnie się sprzedaje, ale również kilka takich, na które nie było wcześniej zainteresowania.

→ Ceny z innymi końcówkami dla ułatwienia pracy farmaceutów

Niektórzy menedżerowie, aby ułatwić

personelowi sprzedaż pewnych produktów, oznaczają je innymi końcówkami cen niż znane wszystkim 99 gr. Na przykład produkty wyprzedażowe w aptece mogą mieć końcówki 88 gr. Nie jest to informacja dla pacjenta, lecz dla farmaceuty, który w rozmowie z pacjentem może zaproponować ten towar. Podobne praktyki w aptekach spotkałem w przypadku produktów z krótszą datą przydatności czy ustalonych przez kierownika produktów z list rekomendacyjnych.

Obserwując rynek aptek indywidualnych, widzę, jak wiele decyzji odnośnie do ustawienia cen preparatów jest przez właścicieli i kierowników aptek podejmowanych w sposób intuicyjny. Jestem pewien, że zaprezentowane w tym artykule strategie marżowania i taktyki cenowe pomogą osiągnąć wyższą rentowność apteki.

Taktyki cenowe



Markery cenowe – 1–2 produkty opiniotwórcze z danej kategorii o cenach najbardziej konkurencyjnych w okolicy



Stopniowanie – następujące po sobie cyfry, składające się na cenę, są wyższe od wcześniejszych, aby pacjenci postrzegali je jako bardziej przystępne, np. cena 13⁶⁹ zł



Ciężar ceny – stosowanie zapisów cen w formacie 3⁹⁹ zł sprawia, że klienci lepiej ją odbierają



Linia cenowa – ceny kilku podobnych jakościowo produktów, albo tej samej marki są uśredniane



Cena 37⁴⁵ zł – zwiększanie narzutu o drobny procent, zmieniając cenę na taką z końcówką 99 gr, np. 37⁹⁹



Produkty pakietowe – sprzedawanie pakietów produktów w równych cenach: 50 zł, 100 zł lub 150 zł; łączenie rozpoznawalnego produktu z mniej popularnym



99 groszy – zmiana ceny z 2 zł na 1,99 zł jest lepiej odbierana przez klientów, a zmiana z 19,25 zł na 19,99 zł jest niezauważalna



Ceny z innymi końcówkami – stosowane, aby ułatwić personelowi sprzedaż pewnych produktów, np. produkty wyprzedażowe lub z krótszą datą przydatności mogą mieć końcówki 88 gr.



Ceny marketingowe – celem takiej ceny jest zwrócenie uwagi pacjenta na wyjątkowość oferty i jej zapamiętywalność, np. 3³³ zł

Zastosowanie leku recepturowego w terapii atopowego zapalenia skóry

Preparaty o działaniu nawilżającym i natłuszczającym



Atopowe zapalenie skóry jest schorzeniem o przewlekłym i nawrotowym przebiegu, wymagającym kompleksowego i wieloetapowego leczenia, które ułatwia indywidualnie dobrany skład leku recepturowego.



Tekst: **mgr farm.**
Katarzyna Olechno



prof. dr hab. n. farm.
Katarzyna Winnicka
Zakład Farmacji
Stosowanej,
Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą, nawracającą, zapalną chorobą skóry, która związana jest z atopią – rodzinną predyspozycją do wytwarzania przeciwciał klasy IgE w wyniku ekspozycji na małe dawki alergenów. AZS zaczyna się zwykle w dzieciństwie (rozwija się do 5. roku życia), jednak może się też objawiać u osób dorosłych. Szacuje się, że obecnie w krajach wysoko rozwiniętych choroba ta dotyka ok. 10–20% populacji pediatrycznej. Patogeneza AZS zależy od wielu czynników, m.in. od zwiększonej produkcji IgE oraz predyspozycji genetycznych, w szczególności mutacji w obrębie genu filagryny – białka niezbędnego do zapewnienia barierowej funkcji naskórka. Nieprawidłowa budo-

wa filagryny powoduje zaburzenia struktury warstwy rogowej naskórka, a w konsekwencji zwiększenie przezskórkowej utraty wody (TEWL, *transepidermal water loss*) oraz niedobór lipidów (m.in. cholesterolu, kwasów tłuszczowych, ceramidów) zlokalizowanych pomiędzy korneocytami. W efekcie tego deficytu dochodzi do zaburzenia bariery skórnej, łatwiejszego przenikania alergenów i substancji drażniących ze środowiska zewnętrznego, co prowadzi do rozwoju stanu zapalnego. U niemowląt i małych dzieci zmiany chorobowe mają zwykle charakter wypryskowy (faza wypryskowa, ostra, mokra) i zlokalizowane są na policzkach, plecach, brzuchu, podudziach czy nadgarstkach. U młodzieży i dorosłych dominują zmiany liszajowate (faza sucha, przewlekła) obejmujące zgięcia stawowe, dłonie, twarz i szyję. W przebiegu tej fazy skóra jest na tyle sucha, że samoistnie pęka podczas zginania kończyn, a suche łuski odrywają się podczas drapania, co doprowadza do powstania drobnych ranek (przeczosów) [1–3].

AZS ze względu na przewlekły charakter i wieloczynnikową patogenezę jest schorzeniem wymagającym wielokierunkowej terapii. Leczenie polega głównie na stosowaniu preparatów wzmacniających uszkodzoną warstwę skóry, a także o działaniu przeciwzapalnym i przeciwdrobnoustrojowym. Dobór leku zależy od wieku pacjenta oraz stopnia nasilenia zmian chorobowych. W leczeniu AZS wykorzystywane są przede wszystkim preparaty nawilżające i natłuszczające (emolienty), miejscowo stosowane glikokortykosteroidy (mGKS), inhibitory kalcyneuryny (pimekrolimus, takrolimus) oraz w przypadku wtórnych nadkażeń drobnoustrojami chorobotwórczymi – antybiotyki i leki o działaniu przeciwwirusowym [1-3].

Podstawowe postępowanie w terapii AZS polega na codziennym, regularnym stosowaniu emolientów w celu zapobiegania zaostrzeniom choroby i utrzymania prawidłowej bariery naskórkowej, co pozwala na ograniczenie używania mGKS. Emolienty stanowią grupę preparatów, które tworząc warstwę okluzyjną na powierzchni skóry, ograniczają parowanie wody z naskórka, a tym samym utrzymują jego prawidłowe uwodnienie, wpływają na odbudowę warstwy lipidowej i hamują wnikanie czynników alergizujących i drażniących. W swoim składzie mogą

zawierać substancje uzupełniające lipidy naskórka (m.in. cholesterol, kwas linolowy), okluzyjne (m.in. parafina ciekła, wazelina) oraz humektanty, czyli substancje wiążące i zatrzymujące wodę w warstwie kolczystej naskórka (m.in. glicerol, mocznik). Pielęgnacja skóry atopowej obejmuje odpowiednie mycie (kąpiele) oraz kilkakrotną w ciągu doby aplikację preparatów nawilżająco-natłuszczających. Nakłada się je po każdej kąpiel, kiedy skóra jest jeszcze lekko wilgotna. Kąpiel powinna być niezbyt gorąca (około 37°C) i krótka (3-5 min). Wykazano, że maksymalne działanie emolientów występuje w ciągu 30-60 min po aplikacji i utrzymuje się do 6 godz. Emolienty powinno stosować się zarówno w aktywnej fazie choroby (na zmiany suche, wypryskowe, z pominięciem zmian sączących), jak i w okresie remisji [1-3].

Z uwagi na fakt, że preparaty gotowe wytwarzane są w określonych stężeniach i postaciach, lek recepturowy może stanowić cenne uzupełnienie terapii AZS. Często istnieje bowiem potrzeba użycia innych stężeń substancji aktywnych niż te, które dostępne są w lekach produkowanych przemysłowo. Dodatkowo leki recepturowe w przeciwieństwie do preparatów gotowych nie zawierają substancji konserwujących, zapachowych oraz barwników, co jest istotne w leczeniu AZS – szczególnie u dzieci – ze względu na możliwość wywołania alergii. Spośród surowców *pro receptura* działania nawilżające i natłuszczające posiada mocznik, dimetikon, olej lniany, glicerol, parafina płynna, witaminy (A, E, D₃) oraz opisane w dalszej części artykułu podłoża maściowe.

Mocznik (*Urea, Urea pura, Carbamidum*) występuje w postaci białego, krystalicznego proszku o słabym zapachu amoniaku. Dobrze rozpuszcza się w wodzie, metanolu, etanolu i glicerolu. Wchodzi w skład naturalnego czynnika nawilżającego skórę (NMF, *natural moisturizing factor*) i zaliczany jest do humektantów – posiada zdolność pochłaniania wody i utrzymywania jej w strukturach skóry. Mocznik w stężeniach od 2,0 do 5,0% działa nawilżająco oraz przyspiesza podziały komórek w warstwie ziarnistej skóry. W stężeniach 10-30% wykazuje aktywność przeciwbakteryjną oraz wpływa na rozrywanie wiązań wodorowych keratyny, w wyniku czego zmiękcza skórę i prowadzi do jej złuszczenia. Mocznik stosowany w stężeniu >30% rozpuszcza i denaturuje aminokwasy, co skutkuje silnym złuszczeniem naskórka [4-6].

Dimeticon (*Dimeticonium, Silol, Silolum, Oleum siliconi, Dimetykon 350*) jest olejem silikonowym o niskiej lepkości, małym napięciu powierzchniowym i dobrej rozsmarowywalności. Występuje w postaci bezbarwnej, bezzapachowej, oleistej cieczy. Silol tworzy barierę chroniącą przed wpływem czynników zewnętrznych, nie upośledza funkcji naskórka, wytwarza warstwę okluzyjną, która zapobiega utracie wody. Posiada właściwości nawilżające i zmiękcżające skórę. Stosowany jest zazwyczaj w stężeniu 2-5% w maściach lub kremach [4-6].

Olej lniany (*Oleum Lini virginale*) jest olejem bogatym w nienasycone kwasy tłuszczowe, należące do grupy witamin F. W skład witaminy F wchodzi trzy kwasy: kwas alfa-linolenowy (ALA), kwas linolowy (LA) i kwas arachidonowy, które wzmacniają i regenerują naturalną barierę lipidową naskórka. Olej lniany stosowany miejscowo wykazuje działanie przeciwzapalne i łagodnie przeciwświądowe. Jest dobrze tolerowany przez skórę, efektywnie natłuszcza i nawilża, nadaje miękkość i elastyczność, a także regeneruje uszkodzoną barierę lipidową naskórka i ogranicza utratę wody. Chroni przed niekorzystnym wpływem czynników zewnętrznych [4-6].

Gliceryna (*Glycerolum 85 per centum*) jest wodnym roztworem propan-1,2,3-triolu. W recepturze aptecznej stosowany jest zazwyczaj 85% wodny roztwór gliceryny (zawartość propan-1,2,3-triolu wynosi 83,5-88,5%). Substancja jest bezbarwną cieczą o konsystencji syropu i o charakterystycznym słodkim zapachu. Z wodą miesza się w każdym stosunku, dobrze rozpuszcza się w etanolu, natomiast jest praktycznie nierozpuszczalna w tłuszczach. Gliceryna stosowana jest jako substancja utrzymująca wilgoć (aplikowana na skórę ogranicza parowanie wody), dzięki czemu pobudza procesy regeneracji naskórka i chroni skórę przed nadmiernym przesuszeniem [4-6].

Parafina ciekła jest bezbarwną, tłustą cieczą o łagodnym zapachu. Zaliczana jest do emolientów tłustych, posiada właściwości zmiękcżające i natłuszczające. Tworzy na powierzchni skóry powłokę ochronną, dzięki czemu zmniejsza parowanie wody, zwiększając jej zawartość w naskórku. Jest substancją fizjologicznie obojętną – nie wywołuje uczuleń i podrażnień [4-6].

Cennym uzupełnieniem preparatów stosowanych w terapii AZS jest dodatek witamin A, E oraz D₃.

Witamina A (*Retinoli palmitas, Retinoli acetas, Retinoli propionas*) bierze udział w procesach keratynizacji naskórka, jest czynnikiem wzrostowym dla nowych komórek (stosowana miejscowo zwiększa nawet o 30% podziały mitotyczne komórek nabłonkowych), zmniejsza rogowacenie naskórka, zapewnia odpowiednie nawilżenie oraz zwiększa zawartość kolagenu w skórze właściwej. Należy pamiętać, że witamina A jest nietrwała, z tego względu często występuje w połączeniu z witaminą E, która wykazuje działanie antyutleniające dla witaminy A. Dostępna jest w postaci wodnych, solubilizowanych roztworów oraz koncentratu olejowego *pro receptura* – 1 MIU/g [4–7].

Witamina E (*Tocopherolum, Tokoferol*) charakteryzuje się właściwościami odżywczymi, działa przeciwzapalnie, utrzymuje elastyczność tkanek, poprawia

nawilżenie i elastyczność skóry, przyspiesza procesy gojenia, zapobiega powstawaniu podrażnień i łagodzi istniejące. Mechanizm działania witaminy E związany jest z jej silnymi właściwościami antyoksydacyjnymi – poprzez unieczynnianie toksycznych wolnych rodników hamuje utlenianie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych i stabilizuje błony komórkowe. Witamina E dostępna jest w postaci roztworu doustnego – 300 mg/ml oraz jako surowiec *pro receptura* o stężeniu 100% (tokoferylu octan 100 g/100 g, *Vitaminum E puri*). Zalecane stężenia w lekach recepturowych do użytku zewnętrznego to 0,02–5% (najczęściej 2%) [4–7].

Witamina D₃ (*Cholecalciferolum*) przyspiesza regenerację uszkodzonego naskórka, a także zwiększa napięcie skóry. Działa synergistycznie z witaminą A. Do receptury aptecznej dostępna jest w postaci roztworów doustnych różnych producentów w stężeniu 15 tys. lub 20 tys. IU/ml [4, 7].

Przykładowe składy recepturowych preparatów o działaniu nawilżającym, natłuszczającym i regenerującym stosowanych w terapii AZS przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Składy leków recepturowych o działaniu nawilżającym, natłuszczającym i regenerującym [5, 6, 8–12]

Recepta	Uwagi
Rp. Lini olei liq. 20,0 Vasellini albi ad 100,0 M.f. ung.	Lini oleum virginalis – olej lniiany pierwszego tłoczenia z <i>Linum usitatissimum</i> L., semen (nasienia lnu zwyczajnego).
Rp. Ureae 5,0 Dimeticoni 2,0 Vit. A oleosae 50 000 j.m. Vit. E puri 2,0 Lekobazae Lux ad 100,0 M.f. cremor	Lekobaza Lux zawiera w swoim 65% wody. Mocznik rozpuszcza się w wodzie zawartej w podłożu. Nie ma potrzeby wprowadzania dodatkowej jej ilości w celu rozpuszczenia substancji, dzięki czemu uzyskuje się większą stabilność układu. Ustalono doświadczalnie, że zastosowanie mocznika w ilości aż do 30% w preparatach na bazie Lekobazy Lux nie wymaga użycia wody.
Rp. Vit. A* 200 000 j.m. Vit. E puri 3,0 Eucerini ad 100,0 M.f. ung.	Do wykonania preparatu należy odważyć 3 g witaminy E 1,0g/1,0g pro receptura. Zaleca się także skorzystanie z koncentratu olejowego witaminy A 1,0 MIU/g. Wodne, solubilizowane roztwory witaminy A zawierają makroglicerolu rycynoleinian (<i>Cremophor EL</i>) lub makroglicerolu hydroksystearinian (<i>Cremophor RH 40</i>) [13, 14], które wykazują właściwości emulgatora o/w i ułatwiają rozpuszczenie witaminy A w wodzie. W połączeniu z euceryną, która zawiera emulgator typu w/o, mogą spowodować uzyskanie nietrwałej emulsji i w efekcie wydzielenie wody z maści. Należy mieć na uwadze, że solubilizowane roztwory witaminy A zawierają w swoim składzie substancje o potencjalnych właściwościach podrażniających skórę, tj. tenzydy (<i>Cremophor</i>), środki konserwujące (benzoosan sodu, kwas cytrynowy), przeciwutleniacz (butylohydroksyanizol) czy aromaty (anyżowy, cytrynowy) [13, 14]. W składzie roztworu olejowego witaminy A pro receptura znajduje się natomiast tylko palmitynian retinolu 1,0 MIU/g, tokoferol i olej arachidowy [15]. Koncentrat olejowy pro receptura: • 1 kropla – 35 000 j.m. • x kropli – 200 000 j.m. • x = 5, 71 • Należy dodać 6 kropli koncentratu lub skorzystać z roztworu pomocniczego: • 1 kropla roztworu pomocniczego – 10 000 j.m. • x kropli – 200 000 j.m. • x = 20 Należy dodać 20 kropli roztworu pomocniczego.
Rp. • Vit. A liq.* 10,0 • Vit. E puri 5,0 • Vit. D3 liq. 10,0 • Lekobazae PhC ad 100,0 • M.f. tremor	Rp. • Vit. A oleosae 150 000 j.m. • Siloli 2,0 • Glyceroli 10,0 • Ung. Cholesteroli ad 100,0 • M.f. ung
	Rp. • Paraffini liq. 10,0 • Aquae dest. • Lekobazae PhC aa ad 100,0 • M.f. cremor

* Zaleca się skorzystanie z olejowego roztworu witaminy A 1,0 MIU/g.

W terapii AZS niezwykle istotny jest także dobór podłoża oraz konsystencja otrzymanego preparatu. Receptura apteczna dysponuje podłożami dermatologicznymi, które dopasowuje się indywidualnie do stanu skóry i potrzeb pacjenta. Podłoża maściowe stosowane są jako *vehiculum* lub samodzielnie. Do najczęściej wykorzystywanych podłoży w recepturze preparatów przeznaczonych do leczenia AZS zalicza się **wazelinę, maść cholesterolową, eucerynę, Lekobazę oraz Lekobazę Lux** [5–7].



Wazelina jest podłożem lipofilowym, węglowodorowym złożonym z mieszaniny węglowodorów nasyconych. Otrzymywana jest z pozostałości po destylacji ropy naftowej. W zależności od stopnia odbarwienia uzyskiwana jest wazelina biała (*Vaselineum album*) lub wazelina żółta (*Vaselineum flavum*). Wazelina jest jednym z najczęściej stosowanych podłoży maściowych zarówno pojedynczo, jak i w podłożach złożonych takich jak maść cholesterolowa, wazelina hydrofilowa, euceryna i Lekobaza. Stanowi dobre *vehiculum* ze względu na trwałość oraz brak interakcji z substancjami leczniczymi. Wykazuje efekt okluzyjny, zmniejsza utratę wody nawet o 98%, co sprawia, że warstwa rogowa naskórka jest silnie nawilżona [6, 8].

Wazelina hydrofilowa (*Vaselineum hydrophylicum*) zaliczana jest do podłoży absorpcyjnych bezwodnych. W jej skład wchodzi 3 cz. cholesterolu, 3 cz. alkoholu stearylowego, 8 cz. wosku białego oraz 86 cz. wazeliny białej. Charakteryzuje się dużą zdolnością wiązania wody – jej liczba wodna wynosi minimum 250. Dzięki zawartości wosku białego, który oprócz roli emulgatora typu w/o także utwardza konsystencję podłoża, może być stosowana w cieplej porze roku. Wemulgowywanie wody lub roztworów wodnych powoduje zmianę konsystencji wazeliny hydrofilowej na bardziej miękką i łatwiej rozsmarowywalną. Jest podłożem bardzo dobrze tolerowanym przez pacjentów, które stosuje się przede wszystkim na zmiany skórne sączące się [4–6, 8].

Maść cholesterolowa (*Cholesteroli unguentum*) to podłoże maściowe lipofilowe bezwodne absorpcyjne, emulgujące wodę, w skład którego wchodzi: cholesterol (3 cz.), parafina stała (15 cz.), wazelina biała (18 cz.) i parafina ciekła (64 cz.). Cholesterol występuje w przestrzeniach międzykomórkowych warstwy rogowej naskórka i z tego względu jest składnikiem dobrze tolerowanym przez skórę (nie powoduje nadwrażliwości). Skutecznie zabezpiecza przed utratą wody. Maść cholesterolowa wykorzystywana jest *per se* lub jako składnik maści uwodnionych. Podłoże charakteryzuje się bardzo dużym stopniem wchłaniania wody, tworząc emulsje w/o. Wykazuje działanie nawilżające, natłuszczające, kojące, zmiękczające [4–6, 8].

Euceryna (*Eucerinum, Eucerinum anhydricum, Unguentum Eucerini*) jest podłożem absorpcyjnym, które trwale wiąże wodę (liczba wodna euceryny powinna być nie mniejsza niż 300), tworząc emulsje w/o. Należy pamiętać, że w monografii farmakopealnej euceryny umieszczone są dwie maści eucerynowe: maść eucerynowa I (*Unguentum Eucerini I, Lanae alcoholum unguentum*) oraz maść eucerynowa II (*Unguentum eucerini II, Cholesteroli et cetyli unguentum*) (Tabela 2).

Euceryna wykazuje silne działanie natłuszczające, nawilżające, zmiękczające oraz kojące. Uwodniona euceryna w stosunku 1:1 daje efekt chłodzenia na skórę. Polecana jest szczególnie do pielęgnacji skóry przesuszonej, podrażnionej i pękającej. Podłoże jest odpowiednie do stosowania u dzieci, ponieważ nie wykazuje działania drażniącego ani alergizującego. Podczas sporządzania maści, w której *vehiculum* stanowi euceryna, farmaceuta może użyć zarówno maści eucerynowej I, jak i II. Istotne jest jednak zastosowanie podłoża spełniającego wymagania farmakopealne (o czym producent powinien poinformować na opakowaniu produktu). Natomiast w sytuacji, gdy lekarz w zapisie leku recepturowego przepisał eucerynę konkretnego producenta, należy skorzystać z podłoża zaleczonego przez lekarza, jednak z odnotowaniem jego składu. Podkreślić należy, że wiele podłoży określanych nazwą „euceryna” nie spełnia wymagań farmakopealnych [7, 8].

Lekobaza zaliczana jest do podłoży amfifilowych (dobrze absorbuje zarówno wodę, jak i roztwory olejowe) – zawiera w składzie emulgatory o/w (polisorbat 40 i w/o (monostearynian glicerolu, alkohol cetostearylowy) oraz ok. 40% wody. W postaci emulsji o/w stosowana jest w leczeniu zmian wysiękowych, a w postaci emulsji w/o – w leczeniu zmian rumieniowo-żółtaczających oraz lichenizacji (mianem lichenizacji określa się stan wzmożonego pogrubienia naskórka i szorstkości skóry). Jest podłożem łatwo zmywalnym, o dobrej rozsmarowywalności i fizjologicznym dla skóry pH. Należy mieć na uwadze, że podłoże to nie posiada właściwości okluzyjnych. W wykazie surowców farmaceutycznych dopuszczonych do obrotu w Polsce pod nazwą Lekobaza/Hascobaza znajdują się preparaty różnych producentów. Należy podkreślić, że jedynie Lekobaza Pharma Cosmetic, będąca odpowiednikiem *Cremor basalis*, wytwarzana jest według niemieckiej monografii Deutscher Arzneimittel Codex – DAC i nie zawiera środków konserwujących (w pozostałych podłożach obecny jest kwas sorbinowy) [5–7].

Lekobaza Lux jest podłożem liofilowym o miękkiej konsystencji i dobrej rozsmarowywalności, zawierającym 65% wody. W porównaniu do Lekobazy ma lepsze właściwości nawilżające, ze względu na większą zawartość wody i obecność glicerolu. W skład podłoża wchodzi także palmitynian izopropylu, który posiada właściwości nawilżające i pobudzające wzrost zdrowych komórek naskórka. Lekobaza Lux dobrze natłuszcza powierzchnię skóry, co zapewnia ochronę przed wysychaniem, daje efekt chłodzenia oraz posiada wartość pH zbliżoną do fizjologicznego odczynu skóry 3,5–5,0. Podłoże polecane jest do stosowania w odwodnieniu skóry spowodowanym stanem zapalnym [5–7].

Tabela 2.
Skład farmakopealnych maści eucerynowych [4]

Unguentum Eucerini I (Unguentum Eucerini I, Lanae alcoholum unguentum)	Unguentum Eucerini II (Unguentum eucerini II, Cholesteroli et cetyli unguentum)
<ul style="list-style-type: none"> wazelina biała 93,5 cz., alkohole sterolowe z lanoliny 6 cz., alkohol cetostearylowy 0,5 cz. 	<ul style="list-style-type: none"> wazelina biała 95 cz., alkohol cetylowy 3 cz., cholesterol 2 cz.

Nowoczesną alternatywę dla tradycyjnych podłoży recepturowych w terapii AZS może stanowić hydrofobowy żel bazowy – *Oleogel Gelatum basale hydrophobicum* (oleożel polietylenowy, żel węglowodorowy miękki, *Mucilago basalis hydrophobica*), niedawno zarejestrowany jako podłoże recepturowe [7, 16, 17]. Oleogel to *vehiculum* o charakterze hydrofobowego żelu bazowego otrzymywany przez usieciowanie parafiny ciekłej polietylenem. Składa się z 95 części wagowych parafiny oraz 5 części wagowych polietylenu wysokociśnieniowego. Stanowi bezbarwny, półprzezroczysty, miękki żel, niezmywalny ze skóry za pomocą wody. Charakteryzuje się właściwościami zmiękczającymi naskórek, przyczyniając się bezpośrednio do poprawy nawilżenia i elastyczności skóry, z tego względu jest szczególnie przydatny w leczeniu

schorzeń dermatologicznych związanych z nieprawidłową syntezą lipidów. Poniżej przedstawiono przykłady recept zawierających Oleogel jako podłoże [16, 17]:

Recepta	Uwagi
<p>Rp.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vitami A sol. oleosae 400 000 j.m. Vit. E puri 2,0 Lini olei liq. 10,0 Oleogeli ad 100,0 M.f. gelatum 	<p>Wszystkie składniki należy wprowadzić do podłoża i wymieszać.</p>
<p>Rp.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ureae 2,0 Aquae q.s. Oleogeli ad 100,0 M.f. gelatum 	<p>Mocznik należy rozpuścić w wodzie w proporcji 1:1,5 (3 g), następnie wprowadzić do podłoża. W przypadku wykorzystania miksera recepturowego do sporządzenia preparatu należy zastosować wysokie obroty (6–7).</p>

Codzienna, regularna aplikacja preparatów emolientowych jest podstawą leczenia AZS. Z uwagi na to, że choroba dotyczy przede wszystkim populacji dziecięcej, należy zachować ostrożność w stosowaniu mGKS i włączać je do leczenia jedynie w przypadku zaostrzeń choroby. W kolejnej części artykułu omówione zostaną preparaty recepturowe o działaniu przeciwzapalnym stosowane w AZS.

Źródła:

- Nowicki, R.; Trzeciak, M.; Wilkowska, A. i in. Atopowe zapalenie skóry – aktualne wytyczne terapeutyczne. Stanowisko ekspertów Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Alergologia Polska - Polish Journal of Allergology*, 2016, 3, 18–28.
- Thomsen, S.F. Atopic dermatitis: natural history, diagnosis, and treatment. *International Scholarly Research Notices Allergy*, 2014, Article ID 354250, 7 pages.
- Lyons, J.J.; Milner, J.D.; Stone, K.D. Atopic dermatitis in children: clinical features, pathophysiology and treatment. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 2015, 35, 161–183.
- Farmakopea Polska XI. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Warszawa 2017.
- Poradnik receptury współczesnej

- Fagron cz. 1, wydanie II popr., Fagron sp. z o.o., Kraków 2015.
- Strona internetowa: fagron.pl (stan z dnia 8.12.2020)
- Wykaz surowców farmaceutycznych dopuszczonych do obrotu w Polsce. Dostępny online: <https://sf.rejestrmedyczne.csioz.gov.pl/?AspxAutoDetectCookieSupport=1#results> (stan z dnia 8.12.2020).
- Sznitowska, M. *Farmacja stosowana. Technologia postaci leku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
- Gajewska, M.; Sznitowska, M. (red.). *Podstawy receptury aptecznej. Materiały do ćwiczeń dla studentów farmacji*. Fundacja Pro Pharmacia Futura, Warszawa 2019.
- Jachowicz, R. (red.). *Receptura apteczna. Podręcznik dla studentów farmacji*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
- Krówczyński, L.; Jachowicz, R. *Ćwiczenia z receptury*. Wydawnictwo Uniwersy-

- tetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Aplikacja mobilna: Fagron Receptura (stan z dnia 8.12.2020).
- Witamina A. Dostępne online: [http://Ulotka-7099-20190808000000-7062_A-20190824000726\(1\).pdf](http://Ulotka-7099-20190808000000-7062_A-20190824000726(1).pdf) (stan z dnia 8.12.2020).
- Witamina A. Dostępne online: <http://www.hasco-lek.pl/assets/Uploads/ulotki/nowe-ulotki/Ulotka-vitaminum-A-krople-doustne.pdf> (stan z dnia 8.12.2020).
- Witamina A. Dostępne online: <https://pl.fagron.com/pl/produkty-innowacyjne/witamina-palmitinian-retinolu-10-miug> (stan z dnia 8.12.2020).
- Oleogel. Dostępne online: <https://actifarm.pl/wp-content/uploads/2020/05/OLEOGEL-informacja-o-produkcje.pdf> (stan z dnia 8.12.2020).
- Winnicka, K.; Czajkowska-Kośnik, A.; Wróblewska M. Oleogel – żel bazowy hydrofobowy jako nowoczesne podłoże w recepturze półstałych postaci leku. *Aptekarz Polski*, 27.05.2020.



Co warto wiedzieć o nowych lekach przeciwcukrzycowych?



Tekst: **mgr farm. Konrad Tuszyński** wraz z zespołem dyrektor ds. naukowych 3PG, redaktor naukowy Wydawnictwa Farmaceutycznego

Tradycyjnie leki stosowane w leczeniu cukrzycy dzielono na insuliny i doustne leki przeciwcukrzycowe. Taki też podział znajdziemy w wielu podręcznikach. Obecnie do terapii coraz częściej włącza się 3 nowe grupy leków, z czego nie wszystkie są podawane doustnie.

Mowa tu o flozynach oraz lekach inkretynowych, spośród których wyróżnia się inhibitory dipeptydylo-peptydazy-4 oraz analogi GLP-1. Leki te są znacznie droższe od dotychczas stosowanych, czyli pochodnych sulfonolomocznika, metforminy czy akarbozy

i pacjenci mogą zadawać liczne pytania o sens zamiany ich dotychczasowego leczenia na nowy lek hipoglikemiczny. Dlatego też warto zapoznać się z niniejszym artykułem, w którym w sposób przystępny wyjaśniono, w czym właściwie lepsze są te nowe leki i jakie informacje przekazać pacjentom.

● Flozyny

O flozynach będziemy słyszeć coraz więcej, nie tylko w kontekście leczenia chorób metabolicznych, ale też innych zaburzeń. Flozyny, inaczej inhibitory SGLT2, czyli kontransportera sodowo-glukozowego 2, blokują działanie przenośnika w kłębuszkach nerkowych, który jest odpowiedzialny za wychwyt glukozy z moczu pierwotnego. Dzięki temu dochodzi do zwiększonej eliminacji glukozy przez nerki (tzw. glukozurii) i zmniejszenia jej stężenia we krwi. Dostępne na rynku pojedyncze preparaty to:

- **dapagliflozyna (Forxiga),**
- **empagliflozyna (Jardiance),**
- **ertugliflozyna (Steglatro),**
- **kanagliflozyna (Invokana).**

Poza tym są one bardzo często łączone z metforminą lub gliptynami, o czym będzie w dalszej części. Pacjenci, któremu zapisano flozynę i który pyta o jej korzyści, warto wyjaśnić, że:

- nie powodują one hipoglikemii (dlatego że ich mechanizm działania jest niezależny od komórek β trzustki), a więc pacjent nie jest zagrożony jej epizodami, tak jak to miało miejsce w przypadku np. pochodnych sulfonilomocznika (PSM),
- nie powodują zwiększenia masy ciała, a przeciwnie, sprzyjają redukcji nadwagi, co jest szczególnie istotne w przypadku cukrzycy typu II – zdecydowana większość pacjentów jest otyłych,
- przez działanie diuretyczne obniżają ciśnienie tętnicze, co może być korzystne przy współistniejącym nadciśnieniu tętniczym; ich stosowanie wiąże się z małym ryzykiem niekorzystnych interakcji z innymi lekami oraz korzystnym synergizmem w połączeniu z innymi lekami przeciwcukrzycowymi,
- niektóre z nich, m.in. empagliflozyna i kanagliflozyna, zmniejszają śmiertelność w wyniku chorób układu sercowo-

-naczyniowego, wykazano też redukcję zgonu z innych przyczyn.

Mimo że są stosunkowo bezpiecznymi lekami do stosowania nawet w podeszłym wieku, można zwrócić uwagę na szereg potencjalnych problemów takich jak:

- zwiększone ryzyko grzybic narządów płciowych, takich jak kandydoza pochwy (wynikające z obecności glukozy w moczu),
- nasilone uczucie pragnienia i ryzyko odwodnienia w podeszłym wieku,
- przeciwwskazanie w niewydolności nerek.

Podstawową interwencją w aptece będzie zachęcanie do nawadniania się, do którego pacjent może podchodzić niechętnie (z uwagi na już zwiększoną częstość wizyt w toalecie), ale która ogranicza ryzyko groźnych efektów ubocznych.

● Gliptyny

Gliptyny (inhibitory DPP-4, czyli peptydazy dipeptydylowej-4) to leki inkretynowe, które są przyjmowane doustnie, niezależnie od posiłku. Hamują one działanie enzymu, którego zadaniem jest dezaktywacja wielu białek. Do białek rozkładanych w osoczu przez DPP-4 należy glukagonopodobny peptyd-1 (GLP-1), który wydzielany jest do krwi przez komórki jelit pod wpływem pokarmu. Poprzez aktywację receptorów w komórkach β trzustki stymuluje wydzielanie insuliny przez trzustkę tylko w odpowiedzi na wzrost stężenia glukozy we krwi. Gliptyny blokują rozkład GLP-1, przez co zwiększają jego stężenie i zapewniają dłuższe działanie.

Do gliptyn dostępnych w Polsce należą:

- **saksagliptyna (Onglyza),**
- **sitagliptyna (Januvia),**
- **linagliptyna (Trajenta),**

- **alogliptyna (Vipidia),**
- **wildagliptyna (Galvus).**

Są one też często łączone z metforminą oraz flozynami.

Gliptyny cechuje kilka korzyści w stosunku do wcześniej wprowadzonych na rynek doustnych leków przeciwcukrzycowych, które można wyłuszczyć pacjentowi:

- nie wchodzi one w istotne klinicznie interakcje z innymi lekami i mogą być łączone z innymi lekami przeciwcukrzycowymi (podobnie jak flozyny),
- nie prowadzą do częstych epizodów hipoglikemii, dlatego że nie powodują bezpośrednio wyrzutu insuliny po zażyciu, lecz blokują enzym rozkładający inkretynę wydzielaną pod wpływem spożycia posiłku – jeśli pacjent nie spożył posiłku, enzym ten nie ma wpływu na poziom insuliny i glikemii,

ponieważ nie wydzieliła się inkretyna, która stymuluje wyrzut insuliny,

- nie wpływają na masę ciała – z tego powodu są wskazane szczególnie u osób, u których terapia innymi lekami przeciwcukrzycowymi powodowała wzrost masy ciała,
- mogą być stosowane u pacjentów z przewlekłymi chorobami nerek (u których przeciwwskazana jest m.in. metformina z uwagi na ryzyko kwasicy mleczanowej).

Gliptyny mają słabsze działanie hipoglikemizujące niż flozyny, a ich stosowanie nie wiąże się z istotnym zmniejszeniem ryzyka sercowo-naczyniowego, co było zaletą flozyn. Mogą powodować pokrzywkę i rzadziej obrzęk naczynioruchowy, więc pacjent powinien zwrócić uwagę na takie objawy zwłaszcza przy pierwszej dawce.

● Analogi GLP-1

Inkretyny to grupa hormonów jelitowych, które wydzielane są przez układ pokarmowy po spożyciu posiłku. Najważniejszym hormonem inkretynowym jest odkryty w 1985 r. GLP-1 (**Glucagon-like peptide-1**, peptyd glukagonopodobny typu 1). GLP-1 wydzielany jest w ciągu kilku minut od posiłku przez jelitowe komórki L, które znajdują się w końcowym odcinku jelita cienkiego oraz w okrężnicy i w odbytnicy. Endogenny GLP-1 jest inaktywowany przez enzym DPP-4, czyli dipeptydylopeptydazę 4.

Inkretynomimetyki (inaczej agonisty receptora GLP-1 lub analogi GLP-1) to leki stosowane w terapii cukrzycy typu 2. Naśladując działanie hormonów inkretynowych (stąd ich nazwa), pobudzają receptor GLP-1, powodując:

- stymulację zależnego od glukozy wydzielania insuliny przez komórki β trzustki,
- zahamowanie uwalniania glukagonu, a przez to zmniejszenie uwalniania glukozy z wątroby,
- opóźnienie opróżniania żołądka – głównie przez postacie leku o krótszym czasie działania, takie jak **eksenatyd (Byetta)** oraz **liksysenatyd (Lyxumia)**, co spowalnia wchłanianie glukozy z pożywienia, zwiększa poczucie sytości oraz zmniejsza uczucia głodu.

Efektom działania inkretynomimetyków jest obniżenie stężenia glukozy we krwi oraz zmniejszenie ilości przyjmowanego pokarmu, a w wyniku tego również spadek masy ciała.

Tabela 1. Przegląd inkretynomimetyków

Analog GLP-1	Częstość podania	Czas podania
eksenatyd (Bydureon)	jeden raz na tydzień	niezależnie od posiłków
eksenatyd (Byetta)	dwa razy na dobę	godzinę przed posiłkiem
liksysenatyd (Lyxumia)	jeden raz na dobę	godzinę przed posiłkiem
liraglutyd (Victoza)	jeden raz na dobę	niezależnie od posiłków
semaglutyd (Ozempic)	jeden raz na tydzień	niezależnie od posiłków

Obecnie do grupy agonistów GLP-1 zalicza się leki wymienione w **Tabeli 1**. Należy zwrócić uwagę na czas i częstość podania – leki te stosuje się od dwóch dawek na dobę do jednej dawki na tydzień (w zależności od preparatu).

Inkretynomimetyki stosuje się w terapii skojarzonej, zarówno z lekami doustnymi (takimi jak metformina, pochodne sulfonilomocznika, inhibitory DPP-4 lub flozyny lub agonisty PPAR- γ), jak i/lub z insuliną.

Znaczenie inkretynomimetyków w leczeniu cukrzycy typu 2 w ciągu ostatnich lat zauważalnie wzrosło dzięki kilku bardzo znaczącym czynnikom. W rozmowie z pacjentem można zwrócić uwagę na to, że agonisty GLP-1:

- odznaczają się dużą siłą działania hipoglikemizującego,
- obniżają masę ciała – od 1,5 do 6 kg w ciągu pierwszych 30 tygodni leczenia,
- są lekami o minimalnym zagrożeniu hipoglikemią – wyjątkiem są sytuacje, w których są one stosowane razem z insuliną lub lekami stymulującymi wydzielanie endogennej insuliny

(np. pochodnymi sulfonilomocznika) – w wyniku addycyjnego efektu i zwiększenia ilości insuliny rośnie ryzyko hipoglikemii,

- mają korzystny wpływ na ryzyko sercowo-naczyniowe – liraglutyd oraz semaglutyd znacząco obniżają ryzyko wystąpienia zarówno udaru niezakończonym zgonem, jak i zawału mięśnia sercowego niezakończonym zgonem w porównaniu z placebo. Liraglutyd ponadto zauważalnie obniża ryzyko śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych w porównaniu z placebo,
- obniżają poziom cholesterolu frakcji LDL oraz trójglicerydów, jednocześnie podnosząc poziom cholesterolu frakcji HDL.

Mimo że są bardzo nowoczesną grupą leków, ich stosowanie wiąże się z szeregiem efektów ubocznych, na które może skarżyć się pacjent (albo o które może pytać po przestudiowaniu ulotki). Najczęściej będą to nudności, wymioty i biegunka – warto wyjaśnić im, że to częsty efekt uboczny, który jednak ustępuje z czasem i potrzebna jest cierpliwość.



Źródła:

Tuszyński, P.K. (red). Cukrzyca i otyłość z perspektywy farmaceuty. Wydawnictwo Farmaceutyczne, Kraków 2020.



Tekst: **dr n. farm. Piotr Merks** wraz z zespołem
Adiunkt, Wydział Medyczny Collegium
Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana
Wyszyńskiego w Warszawie

Analizujemy przypadek pacjenta

W cyklu omawiamy przykładowe sytuacje, z którymi możecie spotkać się w codziennej praktyce. Prezentujemy wytyczne przydatne w prowadzeniu opieki nad pacjentami pojawiającymi się w aptece. Nasze studia przypadków oparte są na przeglądzie międzynarodowej literatury dotyczącej schematów opieki farmaceutycznej, ale zostały dostosowane do warunków polskiej apteki oraz produktów leczniczych dostępnych na polskim rynku farmaceutycznym.

Przypadek

16

Pani Paulina (63 lata) chce zrealizować receptę na swoje leki. Skarży się przy okazji na występujące od dzisiaj skurcze w nogach, które ją zaniepokoiły. Proponujesz pacjentce konsultację, aby omówić każdy z przyjmowanych przez nią leków i upewnić się, czy wie, po co stosuje przepisane produkty lecznicze oraz czy stosuje je we właściwy sposób (zgodnie z zaleceniami lekarza), pozwalający osiągnąć jak największe korzyści z farmakoterapii. Poinformuj panią Paulinę, że jeśli ma jakiegokolwiek pytania czy wątpliwości dotyczące stosowania leków, może Cię o to zapytać.

HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA:

stabilna dławica piersiowa, nadciśnienie

ZGŁASZANE DOLEGLIWOŚCI I PROBLEMY:

skurcze w nogach

SYTUACJA SOCJALNA PACJENTA:

brak danych

HISTORIA LEKOWA PACJENTA:





1). *diltiazem* 180 mg, 1 tabletką BD

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 DWA RAZY DZIENNIE ⁴⁴
 UNIKAJ SPOŻYWANIA Z LEKIEM SOKU GREJFRUTOWEGO I GREJFRUTÓW ⁴⁰	 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹
 NIE ROZGRYZAJ, NIE KRUSZ ³⁰	 ZACHOWAJ OSTROŻNOŚĆ W PROWADZENIU SAMOCHODU I OBSŁUDZE URZĄDZEŃ MECHANICZNYCH ⁹

2). *simvastatine* (Simvastazol®) 40 mg 1 tabletką ON

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 PRZED SNEM ⁵⁰
 UNIKAJ SPOŻYWANIA Z LEKIEM SOKU GREJFRUTOWEGO I GREJFRUTÓW ⁴⁰	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹	

3). *glyceryl trinitrate* (Sustonit®) 6,25 mg tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 tabletką BD (o 8.00 i 16.00)

 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²	 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹
 NIE ROZGRYZAJ, NIE KRUSZ ³⁰	 ZACHOWAJ OSTROŻNOŚĆ W PROWADZENIU SAMOCHODU I OBSŁUDZE URZĄDZEŃ MECHANICZNYCH ⁹

4). *furosemide* (Furosemidum Polpharma®) 40 mg, 1 tabletką OM

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 RANO ⁵³
 CHROŃ SKÓRĘ PRZED SŁOŃCEM, NIE KORZYSTAJ Z SOLARIUM ¹¹	 ZALECA SIĘ SPOŻYWANIE POMIDORÓW, BANANÓW I POMARAŃCZY ³⁹
 ZACHOWAJ OSTROŻNOŚĆ W PROWADZENIU SAMOCHODU I OBSŁUDZE URZĄDZEŃ MECHANICZNYCH ⁹	

5). *acetylsalicylic acid* (Acard®) 75 mg, 1 tabletką OD CC

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 DWA RAZY DZIENNIE ⁴⁴
 ZAŻYJ W TRAKCIE POSIŁKU LUB TUŻ PO NIM ³⁷	 NIE ROZGRYZAJ, NIE KRUSZ ³⁰
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²

Działania farmaceuty:

Określenie przyczyny skurczów w nogach:

- Przyczyną skurczów w nogach mogą być zaburzenia elektrolitowe wywołane hipokaliemią na skutek stosowania *furosemide* lub też na skutek stosowania *simvastatine* wraz z *diltiazemem*, które łącznie stosowane nasilają bóle mięśniowe (mialgia) poprzedzone skurczami.
- Dopytaj panią Paulinę, czy miała robiony jonogram, kiedy ostatni była na wizycie u lekarza i od jak dawna stosuje poszczególne leki. Zrób to w celu potwierdzenia związku przyczynowo-skutkowego między stosowanymi lekami a prezentowanym objawem skurczów w nogach i stosownie do odpowiedzi zaleć wizytę u lekarza w celu zmiany statyny na inną lub odstawienia *furosemide*.

Stosowanie – *diltiazem*:

- Dowiedz się, czy pacjentka zawsze stosuje ten sam produkt leczniczy, czy nie dostaje zamienników. W przypadku leków blokujących kanały wapniowe typu L jest szczególnie istotne, by zachować odpowiednie stężenie leku we krwi i jego działanie.
- W razie potrzeby skonsultuj się z lekarzem i poproś, aby na receptę pisał w przypadku *diltiazem* „nie zamieniać”.

Dawkowanie – *glyceryl trinitrate*:

W przypadku dawkowania nitratów (z wyjątkiem postaci krótko działających: aerozol, tabletki podjęzykowe) w leczeniu przewlekłym przy dawkowaniu 2 razy dziennie drugą dawkę należy podawać nie wcześniej niż po upływie 8 godzin (np. o 8.00 i o 16.00) w celu uniknięcia rozwoju tolerancji (zjawisko tachyfilaksji) na nitraty, która powoduje zmniej-

szenie skuteczności działania leku i konieczność stosowania coraz większych dawek.

- Przypomnij pacjentce o zachowywaniu 8-godzinnych odstępów pomiędzy dawkami tego leku, z dłuższą przerwą przypadającą na okres małej aktywności fizycznej i porę, w której dolegliwości są niewielkie.

Rezultaty:

❶ Pani Paulina poza wczorajszą wizytą u lekarza nie pamięta, kiedy była na poprzedniej wizycie. *Simvastatine* stosuje od czasu realizacji ostatniej recepty, a wcześniej nie miała problemów ze skurczami. Twierdzi, że jeżeli skurcze nie ustąpią, to umówi się na wizytę do lekarza i przekaże mu Twoje sugestie.

❷ Pani Paulina zaczęła właściwie stosować *glyceryl trinitrate (Sustonit®) 6,25 mg*.

❸ Pani Paulina wróciła do Ciebie po wizycie u lekarza, który zamienił *simvastatin (Simvastrol®) 40 mg* na *atorvastatin (Atorvasterol®) 10 mg*, a pani Paulina nie ma już skurczów.

❹ Następne recepty na *diltiazem 180 mg* są zapisywane z uwagą „nie zamieniać”.

Źródła:

1. Gajewski, P. (red.). Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
2. British National Formulary (BNF) 69. London 2015.
3. Youssef, S. Medicines Use Reviews. Pharmaceutical Press, London 2010.
4. Fox, K. i wsp., Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 2006; 27: 1341–81.
5. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej. *Kardiologia Polska*, 2013; 71, supl. X: 243–318.

6. Walkers, R.; C. Whittlesea, C. 5th Edition “Clinical Pharmacy and Therapeutics”. Churchill Livingstone, Edinburg, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto 2012.

Zob. także charakterystyki produktów leczniczych wybranych leków.

Dawkowanie:

BD – *bis die* – dwukrotnie w ciągu dnia, dwa razy dziennie
 OD – *omni die* – jednokrotnie w ciągu dnia, raz dziennie
 ON – *omni nocte* – każdego wieczora, codziennie wieczorem
 OM – *omni mane* – każdego ranka, codziennie rano
 CC – *cum cibum* – z posiłkiem

Pani Emilia (66 lat) realizuje receptę od lekarza rodzinnego na stałe stosowane produkty lecznicze. Ponadto prosi o coś przeciwbólowego i na skurcze, na które – jak informuje – cierpi od niedawna. Pani Emilia mówi, że dostała od swojego lekarza kardiologa nowy lek – przyniosła ze sobą jego ulotkę. Zapraszasz pacjentkę na konsultację, by porozmawiać na temat jej leków i skompletować pełną listę wszystkich stosowanych przez nią produktów leczniczych. Dowiadujesz się, że nowym lekiem pani Emilii jest *verapamil* 80 mg, który stosuje od ok. 2 tygodni z powodu nowo zdiagnozowanego migotania przedsionków (ang. *atrial fibrillation* – AF). Pacjentka przyznaje, że wcześniej sporadycznie stosowała przeciwbólowo paracetamol 2–3 razy w tygodniu, ale teraz stosuje go częściej niż zwykle, tj. 2–3 razy dziennie, ze względu na dokuczliwe bóle w nogach. Zaczęto się

od pogarszających się bólów mięśniowych oraz ogólnych dolegliwości bólowych. Pani Emilia twierdzi, że jej czynności w ciągu dnia są takie same, jak zanim zaczęła stosować nowo przepisany lek. Nie pracuje ani nie chodzi więcej niż zwykle.

HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA:

nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, hiperlipidemia, choroba refluksowa przełyku, migotanie przedsionków

ZGŁASZANE DOLEGLIWOŚCI I PROBLEMY:

bóle w nogach oraz skurcze

SYTUACJA SOCJALNA PACJENTA:

brak danych

HISTORIA LEKOWA PACJENTA:




1). *acetylsalicylic acid* (Acard®) 75 mg, 1 tabletkę OD

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 RAZ DZIENNIE ⁴⁵
 ZĄŻY W TRAKCIE POSILKU LUB TUŻ PO NIM ³⁷	 NIE ROZGRYZAJ, NIE KRUSZ ³⁰
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²

2). *simvastatin* (Simvasteryl®) 40 mg, 1 tabletkę ON

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 PRZED SNEM ⁵⁶
 UNIKAJ SPOŻYWANIA Z LEKIEM SOKU GREJFRUTOWEGO I GREJFRUTÓW ⁴⁰	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹	

3). *paracetamol* 500 mg PRN, maksymalnie 6–8 tabletek na dobę

 ZAWIERA PARACETAMOL. NIE PRZYMIJ Z INNYMI LEKAMI ZAWIERAJĄCYMI PARACETAMOL ¹⁵	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²
 MAX x8 24 h ¹⁷	NIE PRZYMIJ WIĘCEJ NIŻ 8 W CIĄGU 24 GODZIN

4). *pantoprazole* (Panprazol®) 40 mg, 1 tabletkę OD

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 RAZ DZIENNIE ⁴⁵
 ZĄŻY 30-60 MINUT PRZED POSILKIEM ³⁶	 NIE ROZGRYZAJ, NIE KRUSZ ³⁰

5). *lisinopril* 10 mg, 1 tabletkę OD

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 RAZ DZIENNIE ⁴⁵
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²
 ZACHOWAJ OSTROŻNOŚĆ W PROWADZENIU SAMOCHODU I OBSŁUDZE URZĄDZEŃ MECHANICZNYCH ⁹	

6). *metformin* (Formetic®) 500 mg, 1 tabletkę OM PC i ON PC

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 RAZ DZIENNIE ⁴⁵
 ZĄŻY 30-60 MINUT PRZED POSILKIEM ³⁶	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹	

7). *verapamil* (Staveran®) 80 mg, 1 tabletkę TDS

 PRZYMIJ JEDNĄ ⁵⁰	 TRZY RAZY DZIENNIE ⁴⁵
 ZĄŻY W TRAKCIE POSILKU LUB TUŻ PO NIM ³⁷	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU ⁴²
 UNIKAJ SPOŻYWANIA Z LEKIEM SOKU GREJFRUTOWEGO I GREJFRUTÓW ⁴⁰	 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ ²⁹

Działania farmaceuty:

Określenie przyczyny pogłębiających się bólów oraz skurczów w nogach:

- Najbardziej prawdopodobną przyczyną może być łączne stosowanie *verapamil* z *simvastatine*. *Verapamil* zwiększa stężenie *simvastatine* i prowadzi do nasilenia bólów mięśniowych (mialgia) poprzedzonych skurczami.
- Doradź wizytę u lekarza rodzinnego, który może zmienić statynę na inną (z wyjątkiem *lovastatin*).

Stosowanie – paracetamol:

- Poinformuj panią Emilię, żeby zachowała co najmniej 4-godzinne odstępy pomiędzy poszczególnymi dawkami paracetamolu.
- Gdyby bóle w mięśniach się nasiliły, zaleć stosowanie 2 tabletek naraz, nie więcej niż 6–8 tabletek dziennie.

Rezultaty:

- ❶ Pani Emilia jeszcze tego samego dnia udała się na wizytę do lekarza rodzinnego.
- ❷ Pani Emilia wróciła do Ciebie po wizycie u lekarza, który zamienił *simvastatin* (*Simvasterol*®) 40 mg na *atorvastatin* (*Atorvasterol*®) 10 mg.
- ❸ Po kilku dniach od zamiany statyny pani Emilia poinformowała Cię, że bóle w znacznym stopniu ustąpiły.

Źródła:

1. Gajewski, P. (red.). Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
 2. Christianson, E. Case Study: Zocor and diltiazem interaction. Dostępne pod adresem: <https://www.meded101.com/case-study-zocor-and-diltiazem-interaction/> (stan z dnia 20.10.2016).
 3. British National Formulary (BNF) 75, London 2017.
 4. National Institute for Health and Care Excellence. Guidance CG181 – Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. Dostępne pod adresem: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181> (stan z dnia 15.11.2016).
 5. Youssef, S. Medicines Use Reviews. Pharmaceutical Press, London 2010.
 6. Drug Interactions Checker. Dostępne pod adresem: https://www.drugs.com/drug_interactions.html (stan z dnia 20.10.2016).
- Zob. także charakterystyki produktów leczniczych wybranych leków

Dawkowanie:

- PRN – *pro re nata* – w razie potrzeby
- TDS – *ter die sumendum* – 3 razy dziennie
- OD – *omni die* – jednokrotnie w ciągu dnia, raz dziennie
- OM – *omni mane* – każdego ranka, codziennie rano
- ON – *omni nocte* – każdego wieczora, codziennie wieczorem
- CC – *cum cibum* – z posiłkiem

Pani Katarzyna (62 lata) wykupuje receptę przepisaną przez swojego lekarza. Pacjentka wspomina o uciążliwych zaparciach, występujących od czasu, gdy zaczęła stosować tabletki z żelazem. Dopytuje o preparaty z senesem, gdyż słyszała, że są skuteczne na zaparcia. Podczas gdy recepta jest kompletowana przez inną osobę, rozpoczynasz z panią Katarzyną konsultację, by omówić stosowanie preparatu z żelazem oraz pozostałych leków. Zapewnij pacjentkę, że jeśli ma jakiegokolwiek pytania czy wątpliwości dotyczące przepisanych produktów leczniczych, to może Cię o to spytać. W trakcie konsultacji okazuje się, że pani Katarzyna stosuje preparat żelaza 2 razy dziennie zamiast 3 razy dziennie, tak jak przepisał lekarz, ponieważ nie pamięta o wzięciu tabletki z żelazem podczas przerwy obiadowej w pracy.

HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA:

nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość z niedoboru żelaza

ZGŁASZANE DOLEGLIWOŚCI I PROBLEMY:

zaparcia, stosowanie żelaza niezgodnie z zaleceniami, zakup preparatu z senesem

SYTUACJA SOCJALNA PACJENTA:

brak danych

Działania farmaceuty:

Zaparcia i stosowanie preparatów żelaza niezgodnie z zaleceniami lekarza:

- Przynajmniej jedną przyczyną zaparcia jest najprawdopodobniej preparat żelaza, zwłaszcza gdy wystąpi ciemne zabarwienie stolca. Spytaj pacjentkę, czy zwraca na to uwagę.
- Dowiedz się, czy pani Katarzyna nie stosuje preparatu z żelazem 3 razy dziennie ze względu na obawy o zwiększenia nasilenia zaparcia czy jest to rzeczywiście roztargnienie? Zaleć wizytę u lekarza w celu rozważenia zmiany dawkowania bądź rodzaju preparatu z żelazem, aby rozwiązać problem braku compliance.
- Przy okazji przypomnij pacjentce, że niektóre pokarmy/napoje (np. herbata, kawa, pokarmy bogate w błonnik) mogą ograniczać wchłanianie żelaza – należy zachować jak najdłuższy odstęp czasu między nimi a przyjęciem żelaza. Żelazo będzie się ponadto przyswajało lepiej, jeśli tabletki będą przyjmowane zawsze na pusty żołądek.

HISTORIA LEKOWA PACJENTA:

1). *telmisartan* (Polsart®) 80 mg, 1 tabletka OM

 PRZYJMIJ JEDNĄ 50	 RANO 53
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ 29	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU 42

2). *rosuvastatine* (Romazic®) 20 mg, 1 tabletka OD

 PRZYJMIJ JEDNĄ 50	 RAZ DZIENNIE 43
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ 29	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU 42
 2 GODZINY PRZED LUB PO ZAZYCIE LEKU NIE PRZYJMIJ LEKU ZOBOJETNIĄJĄCEGO NA ZGAGĘ 7	

3). *amlodipine* 10 mg, 1 tabletka OD

 PRZYJMIJ JEDNĄ 50	 RAZ DZIENNIE 43
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ 29	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU 42
 UNIKAJ SPOŻYWANIA Z LEKIEM SOKU GREJFRUTOWEGO I GREJFRUTÓW 40	

4). *iron (II) sulfat* 325 mg, 1 tabletka TDS

 PRZYJMIJ JEDNĄ 50	 TRZY RAZY DZIENNIE 45
 NIE PRZESTAWAJ PRZYJMOWAĆ LEKU, DOPÓKI NIE ZADECYDUJE O TYM LEKARZ 29	 PODCZAS PRZYJMOWANIA LEKU NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU 42
 LEK MOŻE ZMIENIAĆ ZABARWIENIE MOCZU LUB KALU, JEST TO NIESZKODLIWE 13	 ZAZYJ 1 GODZ. PRZED POSILKIEM LUB 2 GODZ. PO POSILKU 33
 UNIKAJ SPOŻYWANIA Z LEKIEM NABIAŁU 41	 2 GODZINY PRZED LUB PO ZAZYCIE LEKU NIE PRZYJMIJ CYNKU LUB ŻELAZA ORAZ LEKU ZOBOJETNIĄJĄCEGO NA ZGAGĘ 6
 NIE ROZGRYŻAJ, NIE KRUSZ 30	

Zakup preparatu z senesem:

- ⇒ W przypadku zakupu tego typu leku przeczyszczającego przypomnij pacjentce, by zwracała uwagę na ewentualne wystąpienie bólów brzucha oraz m.in. osłabienie czy obrzęki w wyniku utraty elektrolitów (zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej). Zazwyczaj przyjmuje się do rano 1 tabletkę wieczorem, a wypróżnienie występuje następnego dnia rano. Poinformuj panią Katarzynę, że przyjmowanie leków przeczyszczających przez dłuższy czas może zaburzać funkcjonowanie jelit, zatem nie będzie to długotrwałe rozwiązanie problemu.

Rezultaty:

❶ **Pani Katarzyna zakupiła preparat z senesem, który przyniósł tymczasową ulgę i zniesienie zaparć.**

❷ **Podczas wizyty lekarz zalecił pani Katarzynie kontynuowanie dawkowania preparatu żelaza 3 razy dziennie ze względu na wciąż niski poziom hemoglobiny we krwi.**

Źródła:

1. Gajewski, P. (red.). Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
2. GP Notebook. Iron deficiency anaemia. Dostępne pod adresem: <http://www.gpnotebook.co.uk> (stan z dnia 15.11.2016).
3. British National Formulary (BNF) 75. London 2017.
4. Youssef, S. Medicines Use Reviews. Pharmaceutical Press, London 2010.
5. Medicine Use Review – an online resource for pharmacist. Dostępne pod adresem: <http://www.murtraining.co.uk/iron-deficiency-anaemia.html> (stan z dnia 20.10.2016).
Zob. także charakterystyki produktów leczniczych wybranych leków

Dawkowanie:

- OM – *omni mane* – każdego ranka, codziennie rano
OD – *omni die* – jednokrotnie w ciągu dnia, raz dziennie
CC – *cum cibum* – z posiłkiem
TDS – *ter die sumendum* – 3 razy dziennie



Tekst: **dr hab. n. farm. Magdalena Markowicz-Piasecka**
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Farmakoterapia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest najczęstszą chorobą układu oddechowego ludzi dorosłych. Co istotne, aktualne dane wskazują, że POChP stanowi czwartą pod względem częstości występowania przyczynę śmierci na świecie, z tendencją wzrostową. W Polsce choruje ok. 10% populacji powyżej 40. roku życia, a rocznie szacunkowo umiera z tego powodu 17 000 osób.

POChP – charakterystyka i leczenie

POChP charakteryzuje się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które zwykle postępuje i wiąże się z nasiloną przewlekłą odpowiedzią zapalną dróg oddechowych i płuc na szkodliwe cząstki lub gazy. Do ogólnej ciężkości choroby u poszczególnych pacjentów przyczyniają się zaostrzenia i choroby współistniejące. Według raportu GOLD (*Global Initiative for Obstructive Lung Disease*) objawy choroby, jak duszność, przewlekły kaszel oraz odkrztuszanie wydzieliny,

stanowią podstawowy argument do wykonania badań spirometrycznych w celu potwierdzenia rozpoznania. Sekwencję zmian patofizjologicznych w przebiegu POChP przedstawiono w **Tabeli 1.**

W wyniku zaburzenia stosunku wentylacji do perfuzji w płucach dochodzi do hipoksemii, a w następstwie hipowentylacji pęcherzykowej rozwija się hiperkapnia (całkowita niewydolność oddechu). Co istotne, przewlekły proces zapalny, niedotlenienie, ograniczona aktywność fizyczna i działania niepożądane stosowanych leków powodują skutki ogólnoustrojowe – m.in. kacheksję, zanik i zaburzenia czynności mięśni szkieletowych, ubytek masy kostnej, niedokrwistość, zaburzenia czynności OUN.

Tabela 1.
Rozwój POChP

Zmiany patofizjologiczne w POChP

1. Nadprodukcja śluzu (uwaga: nie u wszystkich chorych na POChP występuje objawowe nadmierne wydzielanie śluzu) i upośledzenie oczyszczania rzęskowego.
2. Ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe (wskutek obturacji małych oskrzeli i oskrzelików oraz wzrostu podatności płuc).
3. Rozdęcie płuc i rozedma, czyli zwiększenia przestrzeni powietrznych położonych dystalnie od oskrzelika końcowego, ze zniszczeniem ścian pęcherzyków płucnych.
4. Zaburzenia wymiany gazowej.
5. Rozwój nadciśnienia płucnego (wskutek skurczu naczyń z powodu niedotlenienia, zmian strukturalnych w ścianie małych tętnic płucnych i utraty włóścinek płucnych [w następstwie rozedmy]) i serca płucnego.

Farmakoterapia POChP

Wybór leków zależy od nasilenia objawów podmiotowych i ryzyka zaostrzeń. Należy także zwrócić uwagę na preferencje chorego. Kontynuacja leczenia powinna być oparta na okresowej ocenie objawów i ryzyka zaostrzeń, przestrzegania zaleceń lekarskich oraz techniki inhalacji. Zawsze należy upewnić się, czy chory stosuje się do zaleceń i prawidłowo używa inhalatora.

Do najważniejszych zasad leczenia ogólnego POChP zaliczamy:

- całkowite zaprzestanie palenia oraz unikanie biernego palenia i narażenia na zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego i wewnątrz pomieszczeń;
- aktywność fizyczna jest zalecana w każdym stadium POChP;
- rehabilitacja: u wszystkich chorych (z wyjątkiem tych o małym nasileniu objawów i małym ryzyku zaostrzeń), zwłaszcza u tych, u których pomimo optymalnego leczenia utrzymuje się duszność, a zmniejszona tolerancja wysiłku ogranicza codzienną aktywność życiową;
- edukacja chorego;
- właściwe odżywianie zapewniające odpowiednią podaż kalorii;
- szczepienie przeciwko grypie (wszystkich chorych) i szczepienie przeciwko zakażeniom pneumokokowym;
- leczenie chorych ze współistniejącymi rozstrzeniami oskrzeli nie różni się od postępowania u pozostałych chorych na POChP, ale podczas zaostrzenia mogą oni wymagać intensywniejszej i dłuższej antybiotykoterapii;
- u chorych na bardzo ciężką POChP w stadium terminalnym należy wdrożyć opiekę paliatywną, ukierunkowaną na poprawę jakości życia i codziennego funkcjonowania.

Podstawowe znaczenie w leczeniu POChP mają **leki rozkurczające mięśnie gładkie oskrzeli**. Efekty ich stosowania obejmują zmniejszenie duszności, poprawę tolerancji wysiłku oraz zmniejszenie ryzyka zaostrzeń. Stosowane są one doraźnie lub regularnie. Wybór leku zależy m.in. od indywidualnej reakcji chorego oraz od współistnienia innych chorób, szczególnie układu krążenia. Praktyka lekarska wskazuje, że stosowanie leków wziewnych o długim czasie działania jest skuteczniejsze i wygodniejsze dla chorego. Leczenie skojarzone długo działającymi β -adrenomimetykami (LABA) i długo działającymi lekami antycholinergicznymi (LAMA) jest skuteczniejsze w porównaniu ze stosowaniem tych leków w monoterapii. U chorych z umiarkowaną lub ciężką obturacją, u których w ciągu ostatnich 12 mies. wystąpiło ≥ 1 zaostrzenie, LAMA skuteczniej od LABA zapobiegają kolejnym zaostrzeniom.

✓ $\beta 2$ -mimetyki długo działające (LABA)

$\beta 2$ -mimetyki, w tym salmeterol i formoterol, stymulują po inhalacji receptory $\beta 2$ w mięśniach gładkich oskrzeli na długi czas. Mięśnie rozluźniają się, co skutkuje rozszerzeniem oskrzeli. Leki te stosowane są w terapii przewlekłej chorób dróg oddechowych. Obydwie substancje czynne można stosować tylko w połączeniu z terapią przeciwzapalną (glikokortykosteroidy doustnie lub wziewnie). Do najnowszych $\beta 2$ -mimetyków o długim działaniu należą indakaterol, dostępny w Polsce od 2010 r., oraz wilanterol, który dostępny jest w postaci preparatu złożonego z flutikazonem oraz z umedklidynium. Działania niepożądane najczęściej stosowanych LABA zostały przedstawione w **Tabeli 2**.

Tabela 2.
Działania niepożądane długo działających $\beta 2$ -mimetyków

Lek	Działania niepożądane
Salmeterol	Często (>1/100 do <1/10): drgawki, zawroty głowy, kołatanie serca, skurcze mięśni.
	Sporadyczne (< 1/100): wysypka, niepokój, pocenie się, zaburzenia odczuwania smaku, tachykardia, kaszel, hipokalemia.
Formoterol	Często (>1/100 do <1/10): drgawki, zawroty głowy, bóle głowy, kaszel, kołatanie serca.
	Sporadyczne (< 1/100): uczucie lęku, nerwowość, zaburzenia snu, niepokój, tachykardia, tachyarytmia, skurcz oskrzeli, skurcze mięśni, zwiększenie stężenia insuliny we krwi, wolnych kwasów tłuszczowych i ciał ketonowych, hipokaliemia, hiperglikemia, świąd.
Indakaterol	Często (>1/100 do <1/10): nieżyt nosogardła, zapalenie zatok, kaszel, infekcje górnych dróg oddechowych, bóle głowy, cukrzyca, hiperglikemia, niedokrwienne choroby serca, ból gardła i krtani, krwawienia z nosa, obrzęk obwodowy, obturacje dróg oddechowych.
	Sporadyczne (<1/100): parestezje, migotanie przedsionków, bóle w klatce piersiowej spowodowane przez serce.

Tabela 3.
Działania
niepożądane
krótko
działających
 β 2-mimetyków

Lek	Działania niepożądane
Salbutamol	Często (>1/100 do <1/10): hiperglikemia, drgawki, bóle głowy, tachykardia.
	Sporadyczne (< 1/100): niepokój, podrażnienie w ustach, zmiana odczuwania smaków, skurcze mięśni, hipokalemia.
Fenoterol	Często (>1/100 do <1/10): drgawki, zawroty głowy, kaszel, nudności, pocenie się.
	Sporadyczne (<1/100): hipokalemia, zmiany psychiczne, pobudzenie, arytmie, dolegliwości wieńcowe, paradoksalny skurcz oskrzeli, skurcze mięśni, zaburzenia wydalania moczu, obniżenie lub podwyższenie ciśnienia.

Do najważniejszych przeciwwskazań do stosowania długo działających β 2-mimetyków należą: nadwrażliwość na te leki, tyreotoksykoza, blok AV III stopnia, kardiomiopatia przerostowa, wydłużony odstęp QT w elektrokardiogramie.

✓ β 2-mimetyki krótko działające

β 2-mimetyki stymulują po inhalacji receptory β 2-adrenergiczne w mięśniach gładkich oskrzeli. Dzięki temu mięśnie rozluźniają się, istniejące zwężenie oskrzeli ustępuje i oskrzela rozszerzają się. Leki te stosowane są w leczeniu zaostrzeń POChP. Do krótko działających β 2-mimetyków zaliczamy salbutamol i fenoterol. Leczenie za pomocą wziewnych β 2-mimetyków jest bezpieczne, jednak nie jest wolne od działań niepożądanych (tabela 3).

Niezwykle istotną informacją jest, że podczas stosowania salbutamolu i fenoterolu u dzieci i młodzieży do 12. roku życia możliwe jest działanie stymulujące OUN, objawiające się nadmiernym pobudzeniem i zauważalnym nadaktywnym zachowaniem.

✓ Cholinolityki

Leki o działaniu cholinolitycznym (antycholinergicznym) blokują receptory muskarynowe, a tym samym uniemożliwiają skurcz mięśni gładkich oskrzeli, sterowany poprzez układ przywspółczulny. Do najczęściej stosowanych cholinolityków należą bromek ipratropium, bromek tiotropium oraz bromek glikopironium.

Najnowszym z tych trzech leków jest **bromek glikopironium**, długo działający wziewny antagonist receptorów muskarynowych o szybkim początku działania. Działa antycholinergicznie, hamując wpływ acetylocholinę na mięśnie gładkie dróg oddechowych; dzięki temu dochodzi do rozkurczu oskrzeli. Wykazuje duże powinowactwo do receptorów muskarynowych i 4-krotnie większą wybiórczość wobec receptorów M3 w porównaniu z receptorami M2. Wskazania dla bromku glikopironium obejmują leczenie podtrzymujące rozszerzające oskrzela w celu złagodzenia objawów choroby u dorosłych z POChP.

Równoległe stosowanie bromku glikopironium z innymi lekami, często stosowanymi w POChP (sym-

patykomimetyki rozszerzające oskrzela, pochodne metyloksantyny, steroidy w postaci doustnej i wziewnej), nie przyczynia się do wystąpienia interakcji istotnych klinicznie. Glikopironium jest bezpiecznym lekiem, do najczęściej występujących działań niepożądanych należą: suchość błony śluzowej jamy ustnej trwająca zwykle 4 tygodnie oraz zapalenie żołądka i jelit, bezsenność, zapalenie części nosowej gardła, zakażenia układu moczowego u osób >75. roku życia, ból głowy, bóle mięśniowo-szkieletowe.

Kolejnym nowym cholinolitykiem jest **bromek umeclidynium**, który jest pochodną chinuklidyny. To długo działający antagonist receptorów muskarynowych. Powoduje on rozszerzenie oskrzeli na skutek kompetencyjnego hamowania acetylocholinę z receptorami w miejscu docelowym w drogach oddechowych. Umeclidynium stosuje się jako lek rozszerzający oskrzela w leczeniu podtrzymującym łagodzącym objawy u dorosłych osób z POChP. Nie jest zalecane jednoczesne stosowanie bromku umeclidynium z innymi długo działającymi antagonistami receptora muskarynowego lub innymi lekami zawierającymi tę substancję ze względu na wystąpienie nasilonych działań niepożądanych. Należy zachować szczególną ostrożność u pacjentów z ciężkimi chorobami układu sercowo-naczyniowego, szczególnie z zaburzeniami rytmu serca oraz jaskrą z wąskim kątem przesączania.

✓ Teofilina w postaci o przedłużonym uwalnianiu

Lek drugiego wyboru ze względu na słabsze działanie od ww. leków oraz działania niepożądane (przy dawkach ≥ 10 mg/kg/d): nudności i wymioty, tachykardia, zaburzenia rytmu serca, drgawki. Metabolizm teofiliny przyspieszają: gorączka, ciąża, palenie tytoniu, ryfampicyna, leki przeciwpadaczkowe – w związku z tym należy zwiększyć jej dawkę. Z kolei choroby wątroby, niewydolność serca, chinolony, makrolidy i cymetydyna zmniejszają metabolizm leku, w związku z tym w takich przypadkach należy zmniejszyć dawkę teofiliny.

✓ Wziewne glikokortykosteroidy

Glikokortykosteroidy działają miejscowo przeciwważalnie i tym samym zapobiegają postępowaniu procesu



zapalnego. Zmniejszają wydzielanie śluzu, poprawiają klirens śluzowo-rzęskowy i redukują obrzęk oskrzeli. Pełnią funkcję leku kontrolującego w terapii dróg oddechowych. Kortykosteroidy, w tym flutikazon, mają szeroki zakres działania na wiele rodzajów komórek (np. eozynofile, makrofagi, limfocyty) i mediatorów reakcji zapalnej (np. cytokiny i chemokiny).

GKS stosowane są u chorych z nakładaniem POChP i astmy oraz w celu zapobiegania zaostrzeniom POChP u chorych z liczbą eozynofili w krwi obwodowej $\geq 300/\mu\text{l}$ albo $\geq 100/\mu\text{l}$ i zaostrzeniami. Przebycie ≥ 2 zaostrzeń lub ≥ 1 hospitalizacji z powodu zaostrzenia w ostatnim roku zwiększa ryzyko kolejnych zaostrzeń i prawdopodobieństwo korzyści ze stosowania GKS wziewnych. GKS wziewne należy również zastosować u chorych ze współistniejącą astmą. Stosowanie tych leków zwiększa jednak ryzyko zapalenia płuc, szczególnie u chorych w wieku ≥ 55 lat, palących papierosy, z nawracającym zapaleniem płuc w wywiadzie, BMI $< 25 \text{ kg/m}^2$ lub ciężką dusznością (stąd też nie powinno się stosować GKS wziewnych u chorych z nawracającym zapaleniem płuc).

Połączenie kortykosteroidów i długo działających β_2 -mimetyków jest korzystne, ponieważ oddziałują ze sobą na poziomie molekularnym. Kortykosteroidy aktywują gen receptora adrenergicznego β_2 , zwiększając wrażliwość i liczbę tych receptorów, natomiast długo działające β_2 -mimetyki wstępnie aktywują receptor dla GKS oraz nasilają translokację kompleksu, utworzonego po przyłączeniu GKS do receptora, do jądra komórki. Takie wzajemne oddziaływanie prowadzi do zwiększenia działania przeciwzapalnego. Niestety, stosowanie GKS wiąże się z możliwością wystąpienia działań niepożądanych, w tym bólu głowy, zapalenia nosogardzieli, zapalenia płuc, zakażeń górnych dróg oddechowych, kandydozy jamy ustnej i gardła, kaszlu. W celu uniknięcia działań niepożądanych, takich jak chrypka i zakażenia grzybicze, należy przeprowadzać inhalacje za pomocą komory inhalacyjnej (spejsera). Po inhalacji należy przepłukać usta i umyć zęby.

Inne substancje czynne dopuszczone do stosowania w terapii przewlekłej chorób dróg oddechowych w postaci aerozoli podawanych wziewnie to: beklometazon, budesonid i cyklezonid.

Przewlekłe podawanie GKS w postaci ogólnoustrojowej nie jest zalecane, ponieważ terapia taka nie jest skuteczna i powoduje poważne powikłania, w tym atrofię skóry, spowolnienie gojenia się ran, atrofię mięśni, osteoporozę, jaskrę, depresję, chorobę wrzodową żołądka, otyłość brzuszną, zmniejszenie tolerancji glukozy, cukrzycę, atrofię kory nadnerczy, opóźnienie wzrostu u dzieci, nadciśnienie tętnicze, zwiększoną podatność na infekcje.

✓ Inne leki stosowane w leczeniu POChP

Innym nowym lekiem rozkurczającym oskrzela jest **roflumilast**, niesteroidowy lek przeciwzapalny, inhibitor fosfodiesterazy cAMP typu 4 (PDE4). Lek hamuje procesy zapalne zarówno ogólnoustrojowo, jak i w obrębie płuc. Mechanizm działania w POChP polega na hamowaniu PDE4, który jest głównym enzymem metabolizującym cykliczny monofosforan adenozy-ny, występującym w komórkach strukturalnych oraz komórkach zapalnych istotnych w patogenezie POChP. Wskazania do stosowania roflumilastu obejmują: leczenie podtrzymujące ciężkiej POChP z towarzyszącym przewlekłym zapaleniem oskrzeli, z częstymi zaostrzeniami w wywiadzie, jako uzupełnienie leczenia lekami rozszerzającymi oskrzela. Działania niepożądane (nudności, zmniejszenie łaknienia, utrata masy ciała, ból brzucha, biegunka, zaburzenia snu) są częstsze niż podczas stosowania leków wziewnych.

U młodych chorych z potwierdzonym niedoborem $\alpha 1$ -antytrypsyny zaleca się stosowanie leczenia suplementacyjnego. Z kolei u chorych, u których zaostrzenia występują pomimo leczenia 3 lekami wziewnymi, zaleca się długotrwałe stosowanie azytromycyny (250 mg 1 \times dz. albo 500 mg 3 \times tydz.) albo erytromycyny (500 mg 2 \times dz.). Leczenie mukolityczne nie jest zalecane rutynowo, jednak u chorych na POChP nieleczonych GKS wziewnymi stosowanie dużych dawek N-acetylocysteiny (600 mg 2 \times dz.) lub karbocysteiny może zmniejszać częstość zaostrzeń (szczególnie u byłych palaczy tytoniu). Można rozważyć także suplementację witaminy D u chorych z potwierdzonym niedoborem tej witaminy.

Podsumowując, POChP jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych i dlatego ma duże znaczenie dla gospodarki kraju. Jest to choroba nieuleczalna, jednak pojawiające się na rynku farmaceutycznym nowe leki stwarzają szansę na coraz lepszą kontrolę oraz spowolnienie rozwoju choroby. Należy pamiętać, że najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniu na POChP i progresji choroby jest niepalenie tytoniu; ważne jest także unikanie narażenia na zanieczyszczenia powietrza i inne czynniki ryzyka.

Źródła:

1. Lehnen, J. Choroby dróg oddechowych. MedPharm Polska, 2011.
2. Kostowski, W. Farmakologia. Podstawy farmakoterapii. PZWL, 2006.
3. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.6>.
4. <https://indeks.mp.pl/leki/dec.php?id=9386>, stan z dnia 2020.11.30.
5. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/04/GOLD_Pocket_2015_Polish.pdf.



Tekst:
dr hab. n. farm. Magdalena Markowicz-Piasecka
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Metformina

zmniejsza śmiertelność z powodu COVID-19



Cukrzyca typu 2 i otyłość, jako stany przewlekłego zapalenia, są czynnikami ryzyka ciężkiego COVID-19. Metformina to jeden z najczęściej stosowanych doustnych leków przeciw cukrzycowym, który zmniejsza stężenie glukozy we krwi. Lek poprawia tolerancję glukozy w cukrzycy typu 2 poprzez zmniejszenie wytwarzania glukozy w wątrobie w wyniku hamowania glukoneogenezy i glikogenuklazy, zwiększanie wrażliwości tkanek na insulinę (zwiększa obwodowy wychwyt i tkankowe zużycie glukozy) oraz hamowanie wchłaniania glukozy i innych heksoz. Co istotne, działanie metforminy nie ogranicza się tylko do działania przeciw cukrzycowego, ale wykazuje także

działanie immunomodulujące specyficzne dla płci i redukujące cytokiny.

Zespół naukowców i lekarzy z University of Minnesota w Stanach Zjednoczonych przeprowadził badania mające na celu ustalenie, czy metformina zmniejsza śmiertelność związaną z COVID-19 i czy istnieją interakcje specyficzne dla płci. Badacze przeprowadzili retrospektywną analizę kohortową 6256 pacjentów powyżej 18. roku życia chorujących na cukrzycę typu 2 lub otyłość i przyjętych do szpitala z powodu COVID-19. Głównym punktem końcowym badania była śmiertelność wewnątrzszpitalna z powodu COVID-19. Analiza wykazała, że stosowanie metforminy nie było związane ze znacznym zmniejszeniem śmiertelności w całej próbie mężczyzn i kobiet według stratyfikowanego

modelu proporcjonalnego ryzyka Coxa. Natomiast, co ciekawe, metformina była związana ze zmniejszeniem śmiertelności u kobiet. Pomimo tych pozytywnych danych badacze wskazują, że potrzebne są badania prospektywne, aby zrozumieć mechanizm działania metforminy i jego przyczynowość. Jeśli uzyskane zostaną powtarzalne wyniki, metformina mogłaby być szeroko rozpowszechniona w celu zapobiegania śmiertelności z powodu COVID-19.

Źródło: Metformin and risk of mortality in patients hospitalised with COVID-19: a retrospective co-hort analysis. Tekst dostępny: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2666-7568%2820%2930033-7> (stan z dnia 13.12.2020).

Uszkodzenie wątroby

po metamizolu



Podmioty odpowiedzialne w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wystosowali informację dotyczącą polekowego uszkodzenia wątroby (*drug-induced liver injury*).

Metamizol jest pochodną pirazolonu o działaniu przeciwbólowym, przeciwgorączkowym oraz słabym przeciwwskazalnym, która jest stosowana w leczeniu silnego bólu i gorączki, kiedy zastosowa-

nie innych leków z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych jest przeciwwskazane lub nieskuteczne.

Komitet ds. Oceny Ryzyka w ramach Nadzoru nad Bezpieczeństwem Farmakoterapii (PRAC) Europejskiej Agencji Leków przygotował przegląd aktualnych danych dotyczących związku między stosowaniem metamizolu a występowaniem polekowego uszkodzenia wątroby. Wykonana analiza wskazała, że uszkodzenie wątroby dotyczy głównie komórek wątroby i rozwija się w okresie od kilku dni do kilku miesięcy od rozpoczęcia terapii metamizolem. Objawy uszkodzenia wątroby obejmują

podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych z żółtaczką lub bez niej lub z towarzyszącymi objawami autoimmunologicznego zapalenia wątroby. Uszkodzenie wątroby po stosowaniu metamizolu może prowadzić do poważnych konsekwencji, w tym ostrej niewydolności wątroby. Mechanizm uszkodzenia wątroby wywołany metamizolem nie został wyjaśniony, ale dostępne dane wskazują na mechanizm immunoalergicznego.

Źródło: <http://www.urpl.gov.pl/sites/default/files/Komunikat%20Metamizol.pdf> (stan z dnia 13.12.2020).

Zespół suchego oka a pandemia. Co warto mieć na uwadze?



Tekst: dr n. med.
Justyna Wodowska

Zespół suchego oka (skrót ZSO lub DED od ang. *Dry Eye Disease*) zawsze był jedną z częściej diagnozowanych chorób okulistycznych.

Dziś możemy jednak mówić o prawdziwej lawinie zachorowań. Nie da się zaprzeczyć, że w dużej mierze tendencja ta jest efektem zmian naszego stylu życia. Okres pandemiczny zmusił nas bowiem do przeniesienia aktywności zawodowo-naukowej w świat on-line.

Czas poświęcony na pracę czy edukację spędzamy teraz przed monitorem komputera lub z użyciem innych urządzeń cyfrowych, których wpływ na oko nie jest obojętny. Prowadzi to przede wszystkim do obniżenia częstotliwości mrugania i niedostatecznego rozprowadzania filmu łzowego na powierzchni oka. Utrata ciągłości tej naturalnej bariery (o wielorakich funkcjach) sprzyja z kolei nadmiernemu wysychaniu i ułatwia przenikanie patogenów. Może wobec tego jako farmaceuci powinniśmy wnikliwiej spojrzeć na problem ZSO w obecnych czasach? Czy są nowe zagadnienia z tym związane, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenie, czyli COVID-19?

Definicja ZSO według DEWS

Tu nie zmieniło się wiele. Obecnie obowiązuje definicja opracowana przez grupę ekspertów z *International Dry Eye Workshop* (DEWS) oraz zaprezentowana w trakcie konferencji *The Association for Research in Vision and Ophthalmology* (ARVO) w Baltimore w 2017 r.

Definicja ZSO

„Zespół suchego oka jest wieloczynnikową chorobą łez oraz powierzchni oka, która powoduje dyskomfort, zaburzenia widzenia, niestabilność filmu łzowego mogące potencjalnie uszkadzać powierzchnię oka. Zespołowi suchego oka towarzyszą wzrost osmolarności filmu łzowego oraz stany zapalne powierzchni oka”.

Prosty podział przyczyn zespołu suchego oka wynika z klasyfikacji DEWS z 2007 r. Wyróżniamy postacie:

- ↳ związaną z niedoborem warstwy wodnej,
- ↳ związaną z nadmiernym parowaniem łez,
- ↳ mieszaną.

Nie zmieniły się też czynniki ogólne, które predysponują do ZSO. Jedną z wielu przyczyn występowania zespołu suchego oka jest zanik gruczołu łzowego spowodowany schorzeniami o charakterze autoimmunologicznym (np. mechanizmy uszkadzające gruczoł tarczowy mogą doprowadzić do włóknienia gruczołu łzowego i zmniejszenia objętości wydzielanych łez). Poza cukrzycą czy reumatoidalnym zapaleniem stawów (jako czynnikami ryzyka ZSO) należy też wspomnieć o rzadszym schorzeniu, pierwotnym zespole Sjögrena (PZS), który jest zapalną chorobą autoimmunologiczną z naciekami z limfocytów i plazmocytów w gruczołach egzokrynnych. Typowymi objawami klinicznymi PZS są suchość błony śluzowej jamy ustnej oraz tzw. suche oko. Pamiętajmy także o obciążeniach związanych ze stosowaniem niektórych leków,

m.in. przeciwhistaminowych, przeciwdepresyjnych, przeciwłękowych, moczopędnych czy tych podawanych w terapii substytucyjnej estrogenami. To wszystko należy uwzględnić w wywiadzie farmaceutycznym przeprowadzonym z pacjentem.

Jakie objawy będzie zgłaszał pacjent w aptece?

Najczęściej pacjenci zgłaszają farmaceutom pieczenie oczu, uczucie piasku, ciężkość powiek i nadwrażliwość na światło. Dodatkowo niektórzy pacjenci zgłaszają obecność wydzieliny na brzegu powiek i w kącie wewnętrznym. Objawy te są odczuwalne już po przebudzeniu, a nasilają się pod koniec dnia i przy czynnościach angażujących długotrwałe skupienie wzroku, np. podczas prowadzenia samochodu. Rozwija się stan zapalny, czego konsekwencją jest zaczerwienienie i paradoksalnie czasem nadmierne łzawienie. Oko wydziela wtedy łzy, ale ich nieprawidłowy skład powoduje szybkie parowanie i w rezultacie nie zabezpieczają one powierzchni oczu. Występowanie łzawienia nie wyklucza więc zespołu suchego oka (tzw. płaczące suche oko).

Właściwa diagnoza i leczenie są ważne, bo ZSO może doprowadzić do uszkodzenia rogówki, powstania ubytków i owrzodzeń. A czy ZSO może być czynnikiem ryzyka infekcji COVID-19?

Zespół suchego oka a pandemia. Na co zwrócić uwagę?

Pacjenci mogą obecnie częściej szukać pierwszej pomocy w aptece. Musimy wziąć pod uwagę kilka kwestii. ZSO może stanowić niezależną od COVID-19 jednostkę. W dużej mierze może być to rezultat zmiany stylu życia. Więcej czasu spędzamy przecież pracując przed komputerami. Warto też wspomnieć o tzw. MADE, czyli *Mask-Associated Dry Eye*, a więc wysuszeniu i podrażnieniu gałki ocznej spowodowanym noszeniem maseczki. Dlaczego tak się dzieje? Maseczka kieruje wydychane przez nas ogrzane powietrze do góry, wprost na nasze oczy, co powoduje szybsze odparowywanie łez z powierzchni gałki ocznej.

Podrażnienie może też potencjalnie zwiększać ryzyko zakażenia koronawirusem. Powstały dyskomfort może nas bowiem skłaniać do tarcia oczu, podnosząc ryzyko transmisji właśnie tą drogą. Towarzyszy temu wówczas surowicze zapalenie spojówek. To choroba samoograniczająca się, niewymagająca specjalnego leczenia. Wystarczające jest leczenie objawowe, choć w literaturze opisuje się leczenie takiego zapalenia za pomocą kropli z gancyklowirem. Powierzchnia oczu jest też jednocześnie jedną z głównych dróg przedostawania się wirusa do całego organizmu...

Co możemy polecić?

Biorąc pod uwagę obecną sytuację, należy pacjenta uświadomić, że ZSO może predysponować do zakaże-

nia koronawirusem. Oczy są bowiem połączone z nosem kanałami łzowymi, więc zainfekowane łzy mogą dotrzeć do nosa, a nos to z kolei doskonałe wrota zakażenia dla koronawirusa SARS-CoV-2, wywołującego COVID-19. Jeśli na dłoni znajdują się wirusy, potarcie czy dotknięcie oka może spowodować ich wprowadzenie do organizmu. Pacjent musi być tego świadomy.

Doskonale wszyscy wiemy, że krople nawilżające są podstawą leczenia ZSO. Jeśli pacjent odczuwa kłucie i pieczenie oczu, ale nie ma wydzieliny ropnej i innych niepokojących objawów, to powinien stosować tzw. sztuczne łzy. Większość z nich zawiera kwas hialuronowy, naturalny składnik organizmu. Pozostaje kwestia doboru odpowiednich (biorąc pod uwagę postać – krople czy żel, okres przydatności od momentu pierwszego otwarcia, skład i cenę). W tej chwili mamy na rynku duży wybór sztucznych łez bez środków konserwujących i takie powinny być uprzywilejowane. Niekiedy jednak będzie konieczność odesłania pacjenta do okulisty. Może okazać się bowiem konieczne leczenie przeciwzapalne z użyciem niektórych steroidów, a nawet kropli z cyklosporyną w ramach modelowania odczynowości tkankowej.

Warto również wytłumaczyć pacjentowi, że w trakcie leczenia ZSO, poza stosowaniem odpowiednich preparatów redukujących objawy, należy również pamiętać o modyfikacji czynników środowiskowych (zadbanie o odpowiednią higienę snu i pracy). Stwierdzenie tzw. suchego oka, mimo obecnych trudności z dostępem do lekarzy różnych specjalności, powinno być też podstawą do dalszej diagnostyki, którą będzie prowadzić lekarz rodzinny we współpracy np. z reumatologiem czy internistą.



Podsumowanie

Coraz więcej osób skarży się na suchość, pieczenie czy łzawienie oczu. Spędzanie dużej ilości czasu nad zdaną pracą przykuwa nas do urządzeń cyfrowych. Tym samym pojawia się powiązanie problemu z pandemią. Pamiętajmy, że to niejedyny łącznik. Zespół suchego oka daje nam bowiem kilka możliwości. Może być czynnikiem, który sprzyja zakażeniu koronawirusem. Jako farmaceuci mamy więc słuszne podstawy ku temu, aby zachować wzmoczoną ostrożność, gdy do apteki przychodzi pacjent skarżący się na objawy suchego, piekącego oka. Powinniśmy też odpowiednio uświadomić pacjenta w tej kwestii.



CZUŁY NARRATOR
OLGA TOKARCZUK
WYDAWNICTWO ZNAK
PREMIERA: 12 LISTOPADA 2020 R.

„Czuły narrator” to dwanaście najważniejszych esejów i wykładów, dzięki którym możemy poznać warsztat Olgi Tokarczuk „od kuchni”. Dowiemy się, w jaki sposób laureatka Literackiej Nagrody Nobla tworzy historie i swoje niezwykle dzieła. „Czuły narrator” jest pierwszą książką napisaną po otrzymaniu nagrody, co dodatkowo zachęca do sięgnięcia po tę pozycję.

SZYMBORSKA. ZNAKI SZCZEGÓLNE
JOANNA GROMEK-ILLG
WYDAWNICTWO ZNAK
PREMIERA: 23 LISTOPADA 2020 R.

Wisława Szymborska od zawsze budziła skrajne emocje. A jaka była naprawdę? Była kobietą pełną sprzeczności, potrafiła połączyć czułość z ironią oraz surowość z serdecznością. Mało mówiła i pisała o sobie, dlatego pozycja „Szymborska. Znaki szczególne” jest obowiązkową lekturą dla miłośników twórczości noblistki.



WIERSZE PRAWIE WSZYSTKIE
AGNIESZKA OSIECKA
WYDAWNICTWO PRÓSZYŃSKI I S-KA
PREMIERA: 12 STYCZNIA 2021 R.

W zbiorze znajdziemy nie tylko te znane i zaśpiewane wiersze Agnieszki Osieckiej. Ogromną gratką dla wielbicieli twórczości autorki będą przede wszystkim nigdy dotąd niepublikowane wiersze, które zostały odkryte podczas katalogowania archiwum autorki przez Fundację Okularnicy im. Agnieszki Osieckiej. Konsultantami przy wyborze wierszy byli: Magda Umer, Jan Borkowski oraz rodzina poetki.

WYMAZANA GRANICA.
ŚLADAMI II RZECZPOSPOLITEJ
TOMASZ GRZYWACZEWSKI
WYDAWNICTWO CZARNE
PREMIERA: 25 LISTOPADA 2020 R.

Tomasz Grzywaczewski zabiera nas w podróż wzdłuż granic II RP – od Kaszub, przez Wielkopolskę, Śląsk, Bieszczady, po Kresy Wschodnie, Mazury i Pomorze. W tworzeniu reportażu pomagały mu ostatnie osoby pamiętające znikanie przedwojennych granic oraz młodzi, których ciężar nieistniejących granic przytłacza do dziś. Pozycja obowiązkowa dla miłośników polskiej historii.



JESZCZE JEST CZAS
REŻYSERIA: VIGGO MORTENSEN
GATUNEK: DRAMAT
PREMIERA W POLSCE: 19 LUTEGO 2021 R.

Los Angeles, Miasto Aniołów. Kalifornia to otwarty i tolerancyjny świat dla wszystkich. I zupełnie różny od miejsca, w którym wychował się i żył farmer Willis, którego poglądy są mocno konserwatywne. Gdy zaczął podupadać na zdrowiu, postanowił przeprowadzić się do swojego syna i jego rodziny. W filmie zobaczymy zderzenie dwóch światów. Czy Willis odnajdzie się w nowej rzeczywistości?



KRÓL
REŻYSERIA: JAN P. MATUSZYŃSKI
GATUNEK: GANGSTERSKI

Premiera pierwszego odcinka: 6 listopada 2020 r.
„Król” to serial obowiązkowy dla wielbicieli twórczości Szczepana Twardocha. Akcja toczy się w Warszawie w 1937 r. Miastem rządzi żydowski gang dowodzony przez polskiego socjalistę Kuma Kaplicę oraz żydowskiego boksera Jakuba Szapiro. Reżyser stara się trzymać fabuły książkowego pierwowzoru – oczywiście są drobne odstępstwa, jednak fani nie będą zawiedzeni!

Do obejrzenia na platformie internetowej Canal+.



LUPIN
REŻYSERIA: LOUIS LETERRIER I MARCELA SAID
GATUNEK: KRYMINAŁ

Premiera pierwszego odcinka: 8 stycznia 2021 r.
Francuski serial „Lupin” to współczesna i mocno zmieniona wersja opowieści o Arsène Lupin autorstwa Maurice’a Leblanca. Jest to historia Assana Diopa, na którego książka o przygodach złodzieja dżentelmena, Arsène Lupin, miała znaczący wpływ. Assan staje się szalenie sprytnym złodziejem, któremu po piętach depta paryska policja.

Do obejrzenia na platformie Netflix.