

# Konsultacja farmaceutyczna Nowy Lek jako wsparcie pacjentów chorych przewlekle w realizacji zaleceń terapeutycznych

Magdalena Waszyk-Nowaczyk<sup>1</sup>, Justyna Dymek<sup>2</sup>, Mariola Drozd<sup>3</sup>, Olga Sierpniowska<sup>4</sup>, Agnieszka Stankiewicz<sup>5</sup>, Artur Jędra<sup>6</sup>, Magdalena Jasińska-Stroschein<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Pracownia Farmacji Praktycznej i Opieki Farmaceutycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polska

<sup>2</sup> Zakład Farmacji Społecznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

<sup>3</sup> Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

<sup>4</sup> Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczebrzeszynie, Polska

<sup>5</sup> Apteka Gemini, Wrocław, Polska

<sup>6</sup> Apteka Super-Pharm, Warszawa, Polska

<sup>7</sup> Zakład Biofarmacji, Katedra Biofarmacji, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

Farmacja Polska, ISSN 0014-8261 (print); ISSN 2544-8552 (on-line)

## Adres do korespondencji

Justyna Dymek, Zakład Farmacji Społecznej,  
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,  
Kraków, Polska;  
e-mail: justyna.dymek@uj.edu.pl

## Źródła finansowania

Nie wskazano źródeł finansowania.

## Konflikt interesów

Nie istnieje konflikt interesów.

Otrzymano: 2023.08.31

Zaakceptowano: 2023.09.25


Opublikowano on-line: 2023.10.20

## DOI


10.32383/farmpol/172894

## ORCID

Magdalena Waszyk-Nowaczyk


–  0000-0001-6607-5126


Justyna Dymek –  0000-0002-8221-8462

Mariola Drozd –  0000-0002-1214-2386


Olga Sierpniowska –  0009-0005-2629-1357

Agnieszka Stankiewicz

–  0009-0008-0434-7470

Artur Jędra –  0009-0001-7366-7936

Magdalena Jasińska-Stroschein

–  0000-0001-6171-0733

## Copyright

© Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne

To jest artykuł o otwartym dostępie,

na licencji CC BY NC 

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

## New Medicine Service as support for medication adherence by chronically ill patients

Effective management of the treatment for chronically ill patients is a multifactorial process. The crucial is an accurate diagnosis, appropriate and well-designed pharmacotherapy, as well as patient medication adherence. Adherence is defined as the extent to which patients are able to follow the general practitioner's recommendations for the prescribed treatments. Patients' reasons for deviating from the treatment plan are diverse and may be intentional or unintentional. They may be non-adherent during different stages of their treatment. Some patients may decide not to fill physician prescriptions and not start their treatment at all. Patients may use more or less than the prescribed medication or use their treatments at the wrong time. They may also discontinue therapy prematurely. The common reasons for medication non-adherence may include lack of symptoms, improvement in health, in patients' subjective opinion, fear of potential side effects, long-term conditions, multimorbidity, and polypharmacy. Poor knowledge about medicines can also lead to severe consequences

such as non-adherence. Several interventions may contribute to improved adherence. The current legislation in pharmaceutical care enables registered pharmacists to intervene successfully when a medicine is prescribed, increase effective medicine taking for the treatment of a long-term condition, and optimize the therapy; they also may offer the patient opportunistic advice on healthy living or public health topics in line with the promotion of healthy lifestyles. One of the proposed pharmaceutical care services for Polish patients – the New Medicine Service, was introduced in England in 2011 as support for subjects starting a newly initiated medication for long-term treatment. The article presents the assumptions and goals for this pharmaceutical consultation in Polish system of health care, discusses the interview schedule and forms, and describes the service's beneficial contribution to better medication adherence by chronically ill patients.

**Keywords:** pharmaceutical care; patient education; pharmaceutical consultation; New Medicine Service; adherence; health benefit.

© Farm Pol, 2023, 79(5): 281–288

## Wprowadzenie

Coraz częstsze występowania chorób przewlekłych wśród Polaków stawia nowe wyzwania przed systemem opieki zdrowotnej. W obliczu stale wzrastających wydatków w ochronie zdrowia kluczowe wydaje się zwrócenie uwagi na zarządzanie chorobą wraz z wykorzystaniem kompetencji przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych. Działania te mają przyczynić się do osiągnięcia oczekiwanych efektów terapeutycznych, jak również zmniejszenia kosztów terapii choroby przewlekłej. Farmaceuci, dysponując interdyscyplinarną wiedzą specjalistyczną zarówno w zakresie wykrywania, rozwiązywania i zapobiegania problemom lekowym, jak i podstaw dietetyki, medycyny stylu życia, mogą być doskonałym wsparciem systemu ochrony zdrowia [1, 2]. Badania naukowe wykazały, że usługi świadczone przez farmaceutów zmniejszają ryzyko wystąpienia działań niepożądanych leków i poprawiają wyniki leczenia pacjentów [3, 4]. Co więcej, potwierdzone jest, że działania te są opłacalne i przyczyniają się do znacznych oszczędności w opiece zdrowotnej na różnych etapach leczenia [5, 6].

Badania pokazują, że pacjenci pomimo stałej opieki lekarskiej, prawidłowo postawionej diagnozy i odpowiednio dobranej terapii nie zawsze osiągają zamierzony efekt terapii. Jedną z przyczyn takiej sytuacji jest nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów, w tym niestosowanie zaordynowanych leków. Zjawisko to szeroko opisane w literaturze przejawia się m.in. nie rozpoczęciem terapii nowym lekiem, nierozpoczęciem (świadomym lub nieświadomym)

pojedynczych dawek leku, odstawieniem leku na stałe lub na jakiś czas, zmienianiem schematu dawkowania, nieodpowiednim sposobem przyjmowania danej postaci leku itp. Opisane zachowania pacjentów przyczyniają się do pogorszenia wskaźników *adherence* [3, 7, 8]. Najczęściej raportowane powody takich zachowań podsumowano na **rycynie 1**.

Jedną z przyczyn nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest brak wiedzy pacjentów na temat leku i konsekwencji braku leczenia choroby. Literatura wskazuje na złożoność problemu i konieczność podejmowania wielu różnych interwencji, poza edukacją pacjentów, zmniejszających skalę zjawiska [7, 8]. Sytuacje opisane powyżej dotyczą pacjentów, dla których zaordynowany nowy lek jest pierwszym lekiem stosowanym po ustaleniu rozpoznania. Jednak w trakcie długoletniej terapii pacjent niejednokrotnie również otrzymuje lek wcześniej niestosowany, co wynika z postępu medycyny lub innych uwarunkowań, m.in. chorobowych, ekonomicznych, bytowych. Tacy pacjenci, którzy nowy lek otrzymują w ramach prowadzonej już przez dłuższy czas farmakoterapii danego schorzenia, wymagają szczególnej uwagi ze strony farmaceutów, gdyż zmiana leku lub wdrożenie leczenia skojarzonego sprzyja nierozpoczęciu przez pacjenta terapii nowym lekiem w takim samym wskazaniu [9].

Prawidłowe i regularne stosowanie odpowiednio przepisanych leków ma kluczowe znaczenie dla powodzenia terapii. Przeglądy literaturowe poświęcone różnym jednostkom chorobowym i w różnych krajach są spójne w szacowaniu, że 30–50% nowo przepisanych leków jest nieprawidłowo przyjmowanych przez pacjentów. Nieoptymalne stosowanie leków może prowadzić do nieodpowiedniego zarządzania chorobami przewlekłymi i wzrostu kosztów ponoszonych przez pacjenta, budżet państwa i społeczeństwo [10]. Jest zatem zrozumiałe, że niewłaściwe stosowanie zaordynowanych leków stanowi szerszy problem zdrowotny i przekłada się na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia. Sugeruje się, że zwiększenie skuteczności interwencji w zakresie przestrzegania zaleceń może mieć lepszy wpływ na zdrowie populacji w porównaniu ze zmianą metod leczenia [11].

Odpowiednia edukacja pacjentów na temat stosowanej farmakoterapii, m.in. w zakresie prawidłowego przyjmowania leków, a także identyfikacja i rozwiązywanie problemów lekowych z nią związanych, wydaje się kluczowa w kontekście poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych [8, 12–14]. Podkreśla się znaczenie zwiększenia wiedzy i umiejętności pacjentów na temat leku już na początku stosowania farmakoterapii, jako

## Przyczyny niestosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych



### Czynniki związane z pacjentem

- wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania
- cechy osobowości sprzyjające zapomnianiu i utrudniające utrzymanie rutyny
- wypieranie choroby i umniejszanie potrzeby podjęcia terapii jako reakcja na poczucie utraty kontroli nad własnym ciałem i zdrowiem, przekonanie o możliwości poradzenia sobie bez leków
- nadmiar obowiązków domowych i zawodowych oraz związany z tym brak czasu, pośpiech
- zaplanowane lub niezaplanowane zakłócenia rutyny (wyjazdy, ważne wydarzenia życiowe, wypadki losowe)



### Czynniki związane z terapią i lekiem

- wystąpienie działań niepożądanych lub obawa przed ich pojawieniem się
- lęk przed uzależnieniem
- obiektywne lub subiektywne przekonanie o nieskuteczności leku
- brak akceptacji właściwości organoleptycznych leku takich jak wielkość postaci leku (szczególnie przy problemach z połykaniem) lub objętość dawki, zapach, smak, konsystencja
- brak akceptacji drogi podania
- trudne do otwarcia opakowanie leku
- problemy z używaniem leku z powodu właściwości dozownika, inhalatora, aplikatora, ampułkostrzykawki, pena lub innego elementu czy systemu podania preparatu
- trudności z ustawieniem lub odmierzaniem dawki czy przygotowaniem leku do podania (np. konieczność rekonstrukcji, zmieszania)
- zbyt skomplikowany lub trudny do wdrożenia schemat dawkowania leku (np. konieczność zazywania na czczo, w odstępie od innych leków)



### Czynniki związane z chorobą i stanem zdrowia

- brak objawów choroby lub skąpoobjawowy przebieg schorzenia
- uzyskanie widocznej poprawy klinicznej
- choroby neurologiczne upośledzające pamięć i funkcje poznawcze
- współistnienie zaburzeń psychicznych mających wpływ na napęd, nastrój i poziom lęku
- schorzenia narządu ruchu lub niepełnosprawność
- czas trwania choroby – zniechęcenie do terapii z powodu jej przewlekłości



### Czynniki społeczne i ekonomiczne

- brak środków do życia, wysoki koszt zakupu leków
- wykluczenie komunikacyjne
- osamotnienie, brak wsparcia rodziny i najbliższego otoczenia
- lęk przed stygmatyzacją z powodu choroby
- bariera językowa
- kontekst środowiskowy: zwyczaje, przekonania i uprzedzenia panujące w środowisku chorego dotyczące chorowania, leczenia się, diety i stylu życia
- presja otoczenia wynikająca z pełnionej roli społecznej i zawodowej



### Czynniki związane z systemem ochrony zdrowia

- utrudnienia w dostępie do lekarza
- zbyt krótki czas wizyty lub konsultacji
- problemy z uzyskaniem recepty
- braki leków
- zła jakość komunikacji z pracownikami ochrony zdrowia
- przykre doświadczenia z poprzednich kontaktów z opieką zdrowotną
- brak zaufania do systemu opieki zdrowotnej i jej pracowników, jak również do uzyskanej diagnozy
- niewystarczająca edukacja na temat choroby, celu i potrzeby stosowania leków

Rycina 1. Przyczyny niestosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych [4, 7, 15, 16].

Figure 1. Causes of medication non-adherence [4, 7, 15, 16].

elementu zapobiegania występowaniu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Wydaje się zasadne wprowadzenie procesu edukacji jako stałego elementu ordynacji nowego leku, niestosowanego do tej pory w terapii danego pacjenta [4, 15].

Konsultacja farmaceutyczna Nowy Lek (ang. *New Medicine Service*, NMS) została zapoczątkowana w roku 2011 w Wielkiej Brytanii [4]. Doświadczenia płynące z pilotaży oraz wyniki badań prowadzonych od tego czasu w wielu krajach europejskich pokazują, że świadczenie może wpływać w sposób optymalny i wielokierunkowy na zachowania zdrowotne pacjentów, zwiększając stopień stosowania do zaleceń terapeutycznych (*adherence*). Świadczenie Nowy Lek zwiększa poziom wiedzy i umiejętności pacjentów w zakresie terapii lekiem, jednocześnie daje farmaceucie możliwość samodzielnego dokonania zmian lub zaproponowania lekarzowi modyfikacji farmakoterapii tak, aby była ona dla pacjenta jak najbardziej dogodna i bezpieczna [4, 16]. Ważnym elementem konsultacji farmaceutycznej jest bezpośredni kontakt farmaceuty z pacjentem. Farmaceuta w trakcie spotkań przekazuje pacjentowi informacje o nowym leku, o jego działaniu, zasadach stosowania, ewentualnych działaniach niepożądanych, ryzyku ich pojawienia się, umiejętności ich rozpoznania i sposobach zapobiegania im. Jednocześnie podczas rozmowy z pacjentem, farmaceuta ma możliwość poznania jego obaw czy wątpliwości związanych z nowym lekiem. Stwarza to dalej szansę na rozwiązanie wszelkich problemów związanych ze stosowaniem leku, także we współpracy z lekarzem [16]. Regularnie powtarzane wizyty, zaplanowane w krótkim odstępie czasu na początku terapii, motywują pacjenta do rozpoczęcia, a następnie regularnego stosowania nowego leku (*persistence*), zrozumienia istoty wytrwania w terapii oraz współodpowiedzialności za własne zdrowie.

Udzielane przez farmaceutę informacje w ramach konsultacji farmaceutycznej Nowy Lek powinny również dotyczyć postępowania niefarmakologicznego, zalecanego w procesie leczenia danej choroby przewlekłej. Na ogromną rolę modyfikacji stylu życia wskazują wytyczne towarzystw naukowych dotyczące zwłaszcza chorób układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego czy schorzeń metabolicznych [17–20].

Korzyści z objęcia pacjentów konsultacją Nowy Lek są od kilku lat szeroko analizowane w przeprowadzanych badaniach i programach pilotażowych m.in. we Włoszech, Norwegii, Finlandii, Irlandii, Portugalii, Szwecji i Hiszpanii [10]. W badaniach konsultacji Nowy Lek realizowanych w Wielkiej Brytanii wykazano poprawę *adherence*, zmniejszenie koniecznych interwencji

w związku ze zgłoszeniem przez pacjenta problemów medycznych, co zredukowało koszty leczenia ponoszone przez państwo w przeliczeniu na pacjenta. Konsultacja Nowy Lek zwiększyła przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów w porównaniu ze standardową praktyką, przełożyło się to na poprawę stanu zdrowia pacjentów, spadek częstości wizyt u lekarzy i hospitalizacji [3–5, 21]. Do podobnych konkluzji na temat korzyści wynikających z konsultacji Nowy Lek dla pacjentów, farmaceutów oraz korzyści finansowych można dojść po lekturze publikacji innych zespołów badawczych [22–28].

Celem pracy jest przedstawienie założeń i celów konsultacji farmaceutycznej Nowy Lek w polskim systemie ochrony zdrowia oraz omówienie schematu postępowania farmaceuty w procesie tej konsultacji, a także wskazanie korzyści z konsultacji w aspekcie poprawy *adherence* pacjentów chorych przewlekle.

Świadczenie Nowy Lek, którego założenia zostały opracowane i opisane przez Zespół ds. Standaryzacji Opieki Farmaceutycznej Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz członków Ogólnopolskiej Sekcji Opieki Farmaceutycznej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, jest trzyetapową konsultacją farmaceutyczną (**rycina 2**). Świadczenie, zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 r. poz. 97), wpisuje się w działania podejmowane w ramach opieki farmaceutycznej [29, 30]. Poza prowadzeniem konsultacji farmaceutycznych ustawa wymienia inne działania w ramach opieki farmaceutycznej, takie jak: wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywanie badań diagnostycznych czy wystawianie recept w ramach kontynuacji leczenia lekarskiego. Realizacja przez farmaceutów świadczenia Nowy Lek jest również zgodnie z ww. ustawą, wykonywaniem zadań zawodowych zdefiniowanych jako prowadzenie działalności profilaktycznej, edukacyjnej oraz działalności na rzecz promocji zdrowia [29].

Świadczenie Nowy Lek ma zapewnić wsparcie dla chorego, któremu lekarz przepisał nowy produkt leczniczy. Konsultacja skierowana jest do pacjenta, który w ramach terapii choroby przewlekłej (m.in. w nadciśnieniu tętniczym, cukrzycy, astmie, POChP, hipercholesterolemii) otrzymał receptę na lek wcześniej przez niego niestosowany, zarówno w momencie zdiagnozowania nowej choroby, jak i w ramach dalszego, zmodyfikowanego leczenia. Przez nowy lek rozumie się nową substancję czynną i/lub nową postać leku (na przykład o modyfikowanym uwalnianiu) i/lub zmienioną drogę podania. Wszystkie działania podejmowane



Całość świadczenia powinna być udzielona w ciągu 30 dni od zrealizowania recepty na nowy lek



**Rycina 2.** Realizacja spotkań w zakresie konsultacji Nowy Lek [30].

**Figure 2.** The schedule of consultations within New Medicine Service [30].

w ramach spotkań z pacjentem ukierunkowane są na realizację podstawowego celu, jakim jest dostarczenie pacjentowi informacji na temat rozpoczynanej terapii oraz ocena jego stosowania się do zaleceń terapeutycznych i udzielenie wsparcia w realizacji tych zaleceń w pierwszym miesiącu przyjmowania nowego leku [30, 31].

### Algorytm postępowania

Szczegółowy sposób realizacji świadczenia przedstawia **rycina 3**. Zaproponowany algorytm wskazuje na działania farmaceuty w ramach każdego z trzech spotkań z pacjentem, umieszczając je na 30-dniowej osi czasu (spotkanie stacjonarne, i/lub realizowane za pomocą narzędzi teleinformatycznych). Schemat zawiera informacje o opracowanych wzorach formularzy, które ułatwiają prowadzenie konsultacji, w tym przeprowadzenie wywiadu farmaceutycznego. Wśród nich są formularze do wypełnienia podczas każdej z trzech wizyt, raport dla lekarza, ulotka informacyjna dla pacjenta [30]. Jednocześnie formularze stanowią możliwy do wykorzystania wzór dokumentowania świadczenia, co stanowi pomoc przy spełnieniu wymogów Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 r. poz. 97) dotyczących konieczności dokumentowania wszystkich działań podejmowanych w ramach opieki farmaceutycznej [29]. Kwestia dokumentowania świadczeń zdrowotnych, przechowywania

dokumentacji medycznej i odpowiedzialności za gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych jest szczegółowo omówiona w Ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.) i Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2023 r. poz. 1545) [32, 33].

Rozpoczęcie udzielania świadczenia Nowy Lek poprzedzone jest etapem kwalifikacji pacjenta. Jest to wstępna rozmowa z pacjentem, podczas której farmaceuta powinien potwierdzić spełnienie kryteriów włączenia. Korzystne byłoby, aby taka kwalifikacja mogła odbywać się w przyszłości systemowo, np. poprzez platformę P1. Elektroniczne potwierdzenie ordynacji nowego leku przez lekarza zastąpiłoby wówczas wymóg wypełniania przez pacjenta formularza *Deklaracja pacjenta o nowym leku* i załączania go przez farmaceutę do prowadzonej dokumentacji. Etap kwalifikacji służy także przekazaniu podstawowych informacji o celu takiej konsultacji, czasie jej trwania czy korzyściach dla pacjenta. Istotna będzie informacja, że jego udział jest dobrowolny, a spotkania będą odbywały się w sposób zapewniający intymność i poufność rozmowy, najlepiej w wydzielonym miejscu, dedykowanym prowadzeniu konsultacji z pacjentem [30]. Prawo pacjenta do intymności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, do których zalicza się świadczenie Nowy Lek, jest zagwarantowane w Ustawie o prawach

1. Pacjent realizuje receptę na przepisany nowy lek



### Kwalifikacja oraz I. Spotkanie wstępne (informacyjne) (do 7 dni od wykupienia leku)

**KWALIFIKACJA:**

- 2.1. sprawdź, czy pacjent spełnia kryteria włączenia do konsultacji NOWY LEK:
  - 2.1.1. wiek  $\geq$  18 r.ż.
  - 2.1.2. nowy lek w terapii choroby/chorób zgodnie z wykazem schorzeń przewlekłych objętych konsultacją NOWY LEK
- 2.2. wyjaśnij pacjentowi, na czym polega konsultacja NOWY LEK i wręcz ulotkę informacyjną o konsultacji NOWY LEK
- 2.3. upewnij się, że pacjent zgadza się na konsultację NOWY LEK i poproś o podpisanie dokumentów dla pacjenta zakwalifikowanego do konsultacji NOWY LEK

**TAK**

– pacjent kwalifikuje się i wyraził zgodę na konsultację

**NIE**



**SPOTKANIE WSTĘPNE:**

- 2.4. udziel informacji o nowym leku - wręcz ulotkę na temat nowego leku
- 2.5. ustal datę spotkania interwencyjnego 7-14 dni od spotkania wstępnego
- 2.6. wypełnij formularz spotkania wstępnego
- 2.7. jeśli pacjent jest po wypisie ze szpitala, zaproponuj rekondyliację lekową (poszpitalną opiekę farmaceutyczną)

spróbuj porozmawiać z pacjentem następnym razem, kiedy będzie chciał zrealizować receptę na inny nowy lek



### II. Spotkanie interwencyjne

- 3.1. upewnij się, że pacjent zna powód spotkania i podtrzymuje zgodę na konsultację NOWY LEK
- 3.2. zadaj pytania z formularza spotkania interwencyjnego / kontrolnego
- 3.3. upewnij się, że pacjent stosuje przepisany lek prawidłowo

**TAK**

– brak problemów

**NIE**

– zidentyfikowano problem(y) związany(e) ze stosowaniem leku



- 4.1. pogratuluj pacjentowi i zachęć do dalszego stosowania leku zgodnie z zaleceniami
- 4.2. ustal termin spotkania kontrolnego (follow-up) za 14-21 dni
- 4.3. wypełnij formularz spotkania interwencyjnego / kontrolnego

- 5.1. zaproponuj rozwiązanie problemu
- 5.2. upewnij się, że pacjent rozumie i zgadza się na zaproponowane rozwiązanie problemu
- 5.3. ustal termin spotkania kontrolnego (follow-up) za 14-21 dni
- 5.4. zachęć i zmotywuj pacjenta, aby stosował lek zgodnie z zaproponowanymi zaleceniami
- 5.5. wypełnij formularz spotkania interwencyjnego / kontrolnego
- 5.6. w razie potrzeby zaproponuj przegląd lekowy

**LUB**

- 6.1. skieruj pacjenta do lekarza
  - 6.2. wypełnij formularz spotkania interwencyjnego / kontrolnego i raport dla lekarza
- KONIEC KONSULTACJI NOWY LEK**



### III. Spotkanie kontrolne

- 7.1. zadaj pytania z formularza spotkania interwencyjnego / kontrolnego i wypełnij dokument
- 7.2. upewnij się, że pacjent stosuje przepisany lek prawidłowo

**TAK**

– brak problemów

**NIE**

– zidentyfikowano problem(y) związany(e) ze stosowaniem leku



**KONIEC KONSULTACJI  
NOWY LEK**

- 8.1. wypełnij formularz spotkania interwencyjnego / kontrolnego
  - 8.2. w razie potrzeby zaproponuj przegląd lekowy
- KONIEC KONSULTACJI NOWY LEK**

**LUB**

- 9.1. skieruj pacjenta do lekarza
  - 9.2. wypełnij formularz spotkania interwencyjnego / kontrolnego i raport dla lekarza
- KONIEC KONSULTACJI NOWY LEK**

Rycina 3. Algorytm postępowania w ramach konsultacji farmaceutycznej Nowy Lek [30].  
 Figure 3. The New Medicine Service intervention [30].

pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, jak również wynika z rozporządzenia regulującego wymagania lokalowe do realizacji świadczeń opieki farmaceutycznej (Dz.U. 2023 r. poz. 69) [33, 34]. Etap kwalifikacji formalnie kończy się podpisaniem przez pacjenta stosownych oświadczeń, w tym *Formularza świadomej zgody pacjenta na udział w świadczeniu Nowy Lek* oraz *Klauzuli informacyjnej w związku z przetwarzaniem danych osób fizycznych korzystających ze świadczenia Nowy Lek* [30].

Termin spotkania wstępnego powinien przypadać na pierwsze 7 dni od daty realizacji recepty na niestosowany do tej pory lek. Odbywa się ono stacjonarnie, a jego głównym założeniem jest udzielenie pacjentowi informacji na temat nowego leku, m.in. w zakresie celu jego stosowania, prawidłowego przyjmowania, dawkowania i przechowywania. Spotkanie wstępne służy również przekazaniu pacjentowi informacji dotyczących prawidłowego stosowania leku, zwłaszcza w przypadku takich postaci jak inhalatory czy iniekcje. Podczas spotkania wstępnego farmaceuta może udzielić również zindywidualizowanych porad na temat zdrowego stylu życia. Pomoc w udokumentowaniu wszystkich działań farmaceuty podjętych podczas spotkania, w tym danych pochodzących z wywiadu oraz zaproponowanych i wdrożonych interwencji, stanowi formularz przeznaczony do wykorzystania podczas spotkania wstępnego. W przypadku zauważenia jakichkolwiek problemów, które mogą wpłynąć na powodzenie terapii (interakcje lekowe, obawy pacjenta, koszt terapii, brak możliwości samodzielnej aplikacji leku itp.), farmaceuta powinien, współpracując z lekarzem, podjąć działania mające na celu ich rozwiązanie [30].

Zgodnie z przedstawionym algorytmem, drugie spotkanie – tzw. interwencyjne, może odbyć się w aptece lub za pomocą narzędzi teleinformatycznych, a rekomendowany termin to 7–14 dni od spotkania wstępnego. Konsultacja służy potwierdzeniu, że pacjent rozpoczął terapię nowym lekiem oraz identyfikacji i próbie rozwiązania ewentualnych problemów lekowych, związanych ze skutecznością i bezpieczeństwem terapii. Dlatego podczas konsultacji farmaceuta powinien porozmawiać z pacjentem na temat niedogodności i wątpliwości związanych ze stosowaniem nowego leku, w tym obaw przed wystąpieniem działań niepożądanych, gdyż mogą one wpływać na decyzję o nierozpoczęciu terapii lub samodzielnym jej przerwaniu [7]. W przypadku zidentyfikowania problemów lekowych, farmaceuta ma możliwość ich zaraportowania i przekazania informacji lekarzowi poprzez skorzystanie z formularza *Raport dla lekarza*, a sam zapis zebranych

informacji i podjętych interwencji umożliwi formularz ze spotkania interwencyjnego [30].

Jak przedstawiono na **rycinie 3**, ostatnie spotkanie – tzw. kontrolne, odbywa się w terminie 14–21 dni od spotkania interwencyjnego (stacjonarnie lub za pomocą narzędzi teleinformatycznych). Konsultacja służy rozpoznaniu nowych lub utrzymujących się problemów związanych z leczeniem. Jak opisano powyżej, w uzasadnionych przypadkach farmaceuta może podjąć decyzję o bezpośredniej rozmowie z lekarzem, np. poprzez kontakt telefoniczny lub o skierowaniu pacjenta do lekarza i wypełnieniu formularza *Raport dla lekarza*. Zapis z podjętych interwencji podczas konsultacji z pacjentem umożliwi, tak jak na poprzedniej wizycie, przygotowany formularz ze spotkania kontrolnego. Podobnie jak podczas poprzednich spotkań, farmaceuta edukuje pacjenta w zakresie nowego leku (celu zaordynowanej terapii, jej spodziewanych korzyści, a także środków ostrożności związanych z nowym lekiem czy możliwych działań niepożądanych) oraz udziela porad związanych z właściwą dla danego pacjenta modyfikacją stylu życia [30].

Rekomenduje się zachowanie co najmniej 7-dniowego odstępu czasowego pomiędzy poszczególnymi wizytami, jednak decyzję o terminach spotkań podejmuje farmaceuta, dostosowując je do potrzeb pacjenta przy uwzględnieniu takich czynników jak np. częstość dawkowania nowego leku czy zgłaszane przez pacjenta obawy związane z rozpoczęciem terapii nowym lekiem [30].

Konsultacja Nowy Lek powinna zakończyć się nie później niż 30 dni od daty zrealizowania recepty. W sytuacji gdy pomimo prób skontaktowania się z pacjentem, nie dojdzie do spotkania interwencyjnego (lub kontrolnego), konsultacja Nowy Lek formalnie ulega zakończeniu. Dzieje się tak również w przypadku odesłania pacjenta do lekarza czy decyzji o potrzebie realizacji świadczenia Przeglądu lekowego – w związku z identyfikacją wielu potencjalnych problemów u pacjenta, np. obciążonego wielochorobowością i wielolekowością. Okoliczności zakończenia świadczenia powinny zostać odnotowane w formularzach wykorzystywanych do dokumentowania poszczególnych wizyt pacjenta [30].

## Wnioski

Dokumentacja opracowana na potrzeby świadczenia konsultacji farmaceutycznej Nowy Lek, będąca wspólnym stanowiskiem Naczelnej Izby Aptekarskiej i Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, stanowi ważny element, zdefiniowanej w ustawie o zawodzie farmaceuty, opieki

farmaceutycznej. Ponadto jest istotnym obszarem działalności farmaceutów w ochronie zdrowia pacjenta oraz ochronie zdrowia publicznego, stanowiąc holistyczne wsparcie dla pacjentów chorych przewlekle. Indywidualne podejście do pacjenta, edukacja dotycząca stosowanej farmakoterapii, chorób oraz niefarmakologicznych metod leczenia wpisuje się w założenia opieki skoncentrowanej na pacjencie. Działania te przyczyniają się do wzrostu zaangażowania pacjenta, a przez to do zwiększania stopnia stosowania się do zaleceń terapeutycznych.

## Piśmiennictwo

1. Jachowicz R. Farmacja praktyczna. PWZL, Warszawa 2016.
2. GUS: Stan zdrowia ludności Polski w 2019. Dostępny w internecie: [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/26/1/1/stan\\_zdrowia\\_ludnosci\\_polski\\_w\\_2019\\_r.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/26/1/1/stan_zdrowia_ludnosci_polski_w_2019_r.pdf). Dostęp 23.08.2023
3. Elliott RA, Boyd MJ, Salema NE, et al. Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomized controlled trial of the New Medicine Service. *BMJ Qual Saf.* 2016; 25(10): 747–758.
4. Elliott RA, Boyd MJ, Tanajewski L, et al. 'New Medicine Service': supporting adherence in people starting a new medication for a long-term condition: 26-week follow-up of a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf.* 2020; 29(4): 286–295.
5. Elliott RA, Tanajewski L, Gkountouras G, et al. Cost Effectiveness of Support for People Starting a New Medication for a Long-Term Condition Through Community Pharmacies: An Economic Evaluation of the New Medicine Service (NMS) Compared with Normal Practice. *Pharmacoeconomics.* 2017; 35(12): 1237–1255.
6. Boyd M, Waring J, Barber N, et al. Protocol for the New Medicine Service Study: a randomized controlled trial and economic evaluation with qualitative appraisal comparing the effectiveness and cost effectiveness of the New Medicine Service in community pharmacies in England. *Trials.* 2013; 14: 411.
7. Gaciong Z, Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań (online) 2019. Dostępny w internecie: <https://polpharma.pl/wp-content/uploads/2019/07/podrecznik-nieprzestrzeganie-zalecen-terapeutycznych.pdf>. Dostęp 20.07.2023.
8. Kozłowska-Wojciechowska M, Makarewicz-Wujec M. Opieka farmaceutyczna w codziennej praktyce. PZWL, Warszawa 2023.
9. Jackson KC, Sheng X, Nelson RE, et al. Adherence with multiple-combination antihypertensive pharmacotherapies in a US managed care database. *Clin Ther.* 2008; (8): 1558–1563.
10. Institute for Evidence Based Health, 2020. Pharmacy services in Europe: evaluating trends and value – report. Dostępny w internecie: <https://lfaa.lv/wp-content/uploads/2021/07/Pharmacy-Services-in-Europe-Evaluating-Trends-and-Value.pdf>. Dostęp: 13.07.2023.
11. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (2): CD000011.
12. Blom L, Krass I. Introduction: the role of pharmacy in patient education and counseling. *Patient Educ Couns.* 2011; 83(3): 285–287.
13. Jansen EM, van de Hei SJ, Dierick BJH, et al. Global burden of medication non-adherence in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma: a narrative review of the clinical and economic case for smart inhalers. *J Thorac Dis.* 2021; 13(6): 3846–3864.
14. Vivian EM. The pharmacist's role in maintaining adherence to insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. *Consult Pharm.* 2007; 22(4): 320–332.
15. Kardas P. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Zdr Publiczne i Zarządzanie.* 2014; 12(4): 331–337.
16. Hovland R, Bremer S, Frigaard C, et al. Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies. *Int J Pharm Pract.* 2020; 28(4): 337–345.
17. Tykarski A, Filipiak KJ, Januszewicz A, et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2019 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2019; 5(1): 1–86.
18. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2023 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Current Topics in Diabetes* 2023; 3.
19. Abovans V, Ricco JB, Bartelink M-LEL, et al. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia chorób tętnic obwodowych w 2017 roku, przygotowane we współpracy z ESVS. *Kardiol Pol.* 2017; 75(11): 1065–1160.
20. Banach M, Burchard P, Chlebus K, et al. Wytyczne PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2021; 7(3): 133–222.
21. Elliott RA, Barber N, Clifford S, et al. The cost effectiveness of a telephone-based pharmacy advisory service to improve adherence to newly prescribed medicines. *Pharm World Sci.* 2008; 30(1): 17–23.
22. Bell JS, Väänänen M, Ovasikainen H, et al. Providing patient care in community pharmacies: practice and research in Finland. *Ann Pharmacother.* 2007; 41(6):1039–1046.
23. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. Australian community pharmacists' awareness and practice in supporting secondary prevention of cardiovascular disease. *Int J Clin Pharm.* 2013; 35(6): 1218–1228.
24. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. How do Australian metropolitan and rural pharmacists counsel consumers with prescriptions? *Pharm World Sci.* 2009; 31(3): 394–405.
25. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. Pharmacists' and consumers' viewpoints on counselling on prescription medicines in Australian community pharmacies. *Int J Pharm Pract.* 2010; 18(4): 202–208.
26. Van de Steeg-van Gompel CH, Wensing M, De Smet PA. Implementation of patient education at first and second dispensing of statins in Dutch community pharmacies: the sequel of a cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res.* 2011; 16(11): 313.
27. Wells KM, Thornley T, Boyd MJ, Boardman HF. Views and experiences of community pharmacists and superintendent pharmacists regarding the New Medicine Service in England prior to implementation. *Res Social Adm Pharm.* 2014; 10(1): 58–71.
28. Latif A, Waring J, Watmough D, et al. 'I expected just to walk in, get my tablets and then walk out': on framing new community pharmacy services in the English healthcare system. *Sociol Health Illn.* 2018; 40(6): 1019–1036.
29. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 r. poz. 97). Dostępny w internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000097>. Dostęp 13.07.2023.
30. Waszyk-Nowaczyk M, Jasińska-Stroschein M, Drozd M, et al. Zalecenia dotyczące postępowania u chorych objętych świadczeniem w ramach usługi farmaceutycznej Nowy Lek: Stanowisko Zespołu ds. Standaryzacji Opieki Farmaceutycznej Naczelnej Izby Aptekarskiej i Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Warszawa 2023.
31. Skowron A, Bułaś L, Karolewicz B et al. Opieka farmaceutyczna w polskim systemie ochrony zdrowia. Leksykon podstawowych pojęć. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Warszawa 2022.
32. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 r. poz. 1000). Dostępny w internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180000097>. Dostęp 13.07.2023.
33. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2023 r. poz. 1545). Dostępny w internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20080001545>. Dostęp 10.08.2023.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2002 r. w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki (Dz.U. 2023 r. poz. 69). Dostępny w internecie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20020000069>. Dostęp 10.08.2023