ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/305790521

Porady doktora Google'a jako wyzwanie dla zdrowia publicznego

Chapter · January 2016

CITATIONS
0

READS
316

1 author:

Krzysztof Puchalski
Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź, Poland
65 PUBLICATIONS **132** CITATIONS

SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Krzysztof Puchalski on 03 August 2016.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

ODPOWIEDZIALNE I NOWOCZESNE SAMOLECZENIE W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

OBYWATELE
ZDROWO ZAANGAŻOWANI

RAPORT

ODPOWIEDZIALNE I NOWOCZESNE SAMOLECZENIE W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Redakcja naukowa Krzysztof Krajewski-Siuda

OBYWATELE
ZDROWO ZAANGAŻOWANI

Redakcja naukowa
Krzysztof Krajewski-Siuda
Katedra Psychologii, Instytut Nauk o Rodzinie
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie
w systemie ochrony zdrowia. Raport

Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani
Warszawa 2016

Korekta
Danuta Koncewicz-Sent

Projekt graficzny, skład i łamanie
Anna Stefańska/ LABO DESIGN

ISBN 978-83-944536-0-2

© Copyright by Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani, Warszawa 2016

Publikacja ukazała się dzięki wsparciu firmy USP Zdrowie Sp. z o.o.

Wydanie I

Spis treści

I. Samoleczenie jako element zdrowia publicznego

Samoleczenie – definicja problemu w kontekście nowych trendów społecznych 8
Krzysztof Krajewski-Siuda, Krzysztof Łach

Lecz się sam – bezpiecznie i odpowiedzialnie 14
Grzegorz Borstern

Opieka farmaceutyczna jako wsparcie dla pacjenta w samoleczeniu 20
Mariola Drozd

Samoleczenie i samoopieka w Polsce w kontekście trendów europejskich. Analiza porównawcza 28
Ewa Borek, Izabella Dessoulavy-Gładysz

II. Samoleczenie jako element stylu życia i zarządzania własnym zdrowiem

Self-care, self-management – samoleczenie jako element stylu życia oraz początek zdrowego systemu zdrowia 36
Tomasz Sobierajski

Porady doktora Google'a jako wyzwanie dla zdrowia publicznego 40
Krzysztof Puchalski

Pacjent 3.0 – personalizacja zdrowia w kontekście nowych technologii 46
Oskar Kiwic

III. Samoleczenie jako element systemu opieki zdrowotnej

Samoleczenie jako instrument nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej w kontekście efektywności kosztowej 52
Anna Staniszewska

Samoleczenie – potrzeba regulacji prawnej i uwagi de lege ferenda 56
Andrzej Balicki

Przedmowa

Krzysztof Krajewski-Siuda

Oddajemy w Państwa ręce tom, którego głównym tematem ponownie stało się samoleczenie. Ponownie, gdyż niniejszy zbiór tekstów pod moją redakcją stanowi powrót do zagadnienia, z którym zmierzyłem się wraz z grupą ekspertów w zbiorze *Samoleczenie*. Zbiór ten ukazał się nakładem Instytutu Sobieskiego w 2012 roku. Była to pierwsza próba tak kompleksowego podejścia do tego niezwykle zajmującego zjawiska, która, jak sądzę, wytrzymuje próbę czasu i nadal może stanowić punkt odniesienia dla kolejnych badań.

Dlaczego więc warto wciąż powracać do tego, zdawałoby się, dobrze rozpoznanego i opisanego zagadnienia? Mogę wymienić co najmniej kilka istotnych powodów. Po pierwsze, najbardziej rozpowszechniony w Polsce termin „samoleczenie" w gruncie rzeczy obejmuje bardzo wiele różnorakich zjawisk, na które anglojęzyczni specjaliści ukuli cały szereg terminów: *self-medication* (samodzielne ordynowanie sobie produktów leczniczych), *self-care* (innego typu zabiegi pozwalające zachować bądź odzyskać zdrowie) czy *self-management* (utrzymywanie ciała w dobrej kondycji). Tom z 2012 roku skoncentrował się wokół pierwszej z odsłon samoleczenia. Tym razem świadomie ani nie ograniczaliśmy autorów do jednego z tych zjawisk, ani nie staraliśmy się o ścisłą delimitację poszczególnych obszarów zainteresowania. Dzięki temu uzyskaliśmy wielowymiarowy, przekrojowy ogląd sprawy, tym cenniejszy poznawczo, że dokonany przez specjalistów z różnych dziedzin.

Po drugie samoleczenie, jak każde inne zjawisko społeczne czy kulturowe, podlega nieustannej ewolucji. Postęp technologiczny z jednej strony, a przemiany demograficzne z drugiej wymuszają modyfikacje strategii radzenia sobie z własnym zdrowiem, wśród których, jak można domniemywać, samoleczenie w różnych swoich przejawach będzie odgrywać coraz donioślejszą rolę. Inny stosunek do samoleczenia ma pokolenie osób, które dziś przechodzą na emeryturę, inne przekonania w tym zakresie przejawiają wchodzący w dorosłość przedstawiciele generacji Y i Z. Podejrzewam jednak, że nawet ta wielorakość trendów w zakresie samoleczenia ma wspólny mianownik w postaci czegoś, co można by nazwać dobrymi praktykami, a więc zasadami odpowiedzialnego i rozsądnego samoleczenia.

Powyższe dwa aspekty samoleczenia prowadzą nas bezpośrednio do trzeciej przyczyny, dla której temat ten warto wciąż podejmować na nowo. Ten obszar badawczy przyciąga specjalistów wielu dziedzin – nie tylko lekarzy i farmaceutów, choć dla nich jest to zagadnienie najbardziej naturalne, lecz także socjologów, kulturoznawców, ekonomistów, prawników i ekspertów od nowoczesnych technologii (taki właśnie zestaw specjalności jest reprezentowany w tym zbiorze). Swoje mogliby dodać także historycy i archeologowie, literaturoznawcy i językoznawcy, psychologowie i medioznawcy – wierzę, że i takie badania są prowadzone i kiedyś znajdą swój wyraz w, kto wie, może kolejnym tomie pod moją redakcją. W obecnym opracowaniu nie zajmowaliśmy się samoleczeniem w odniesieniu do dzieci, który to obszar – ze względu na odmienność m.in. farmakokinetyki – wymaga odrębnych badań, innych strategii edukacyjnych i, być może, osobnej polityki zdrowotnej. Niemniej zaznaczyć należy, że to, co może być zastosowane wobec dorosłych, nie zawsze ma zastosowanie u dzieci.

Niniejszy tom ukazał się dzięki staraniom Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani przy wsparciu firmy USP Zdrowie Sp. z o.o., za co obu tym podmiotom serdecznie dziękuję. Jak wiem, ma to stanowić wstęp do zakrojonej na dużą skalę kampanii społecznej przedstawiającej pozytywne aspekty odpowiedzialnego oraz opartego na racjonalnych przesłankach i sprawdzonych źródłach samoleczenia. Mam nadzieję, że raport będzie stanowić wartościową podstawę merytoryczną prowadzonych działań informacyjnych i edukacyjnych.

I. Samoleczenie jako element zdrowia publicznego

Samoleczenie – definicja problemu w kontekście nowych trendów społecznych

Krzysztof Krajewski-Siuda, Krzysztof Łach

Definicja i determinanty samoleczenia

Samoleczenie rozumiane zarówno w wąskim znaczeniu jako stosowanie produktów leczniczych bez recepty (*self-medication*), jak i w szerszym jako dbanie o samego siebie (*self-care*) (Lang B., 2007), czyli inaczej samoopieka, jest zjawiskiem społecznym ściśle związanym ze sferą zachowań zdrowotnych (Pręgiel-Kamrat J., Zarzeczna-Baran M., 2005), a więc podlega swoistej ewolucji wraz z obserwowaniem nowych i zmieniających się trendów społecznych. Zachowania pro- i antyzdrowotne oraz podejście do zdrowia ewoluują od powstania pierwszych siedlisk ludzkich. Wraz z rozpowszechnieniem paradygmatu metody naukowej w XX w. wykorzystywano ją do zbadania czynników oddziałujących na zdrowie, z czasem udowadniając zasadniczą rolę indywidualnych i grupowych zachowań związanych ze stylem życia (Lalonde M., 1974). Ponadto wśród innych czynników warunkujących zdrowie można wymienić wpływ środowiska naturalnego, uwarunkowania genetyczne oraz organizację systemu opieki zdrowotnej. Wydaje się, że samoleczenie w największym stopniu zależeć będzie właśnie od zachowań zdrowotnych (np. sięganie po leki bez recepty – *over-the-counter*, OTC) oraz organizacji systemu opieki zdrowotnej (np. poprzez dostępność określonych rodzajów leków OTC i miejsc, w których można je kupić). Artykuł ten koncentruje się na związkach samoleczenia z indywidualnymi zachowaniami zdrowotnymi i trendami społecznymi, np. preferencjami konsumenckimi, wpływem mass mediów lub postępującą medykalizacją społeczeństwa.

Samoleczenie jako istotna kwestia zdrowia publicznego

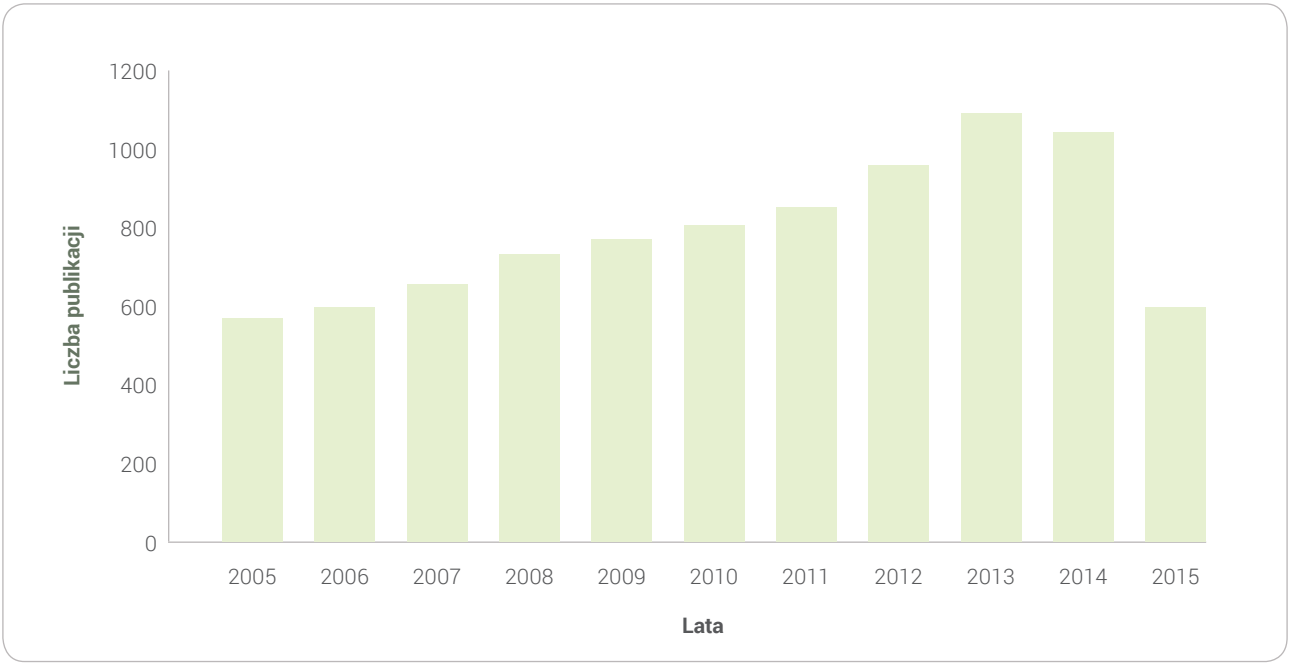
Powiązanie samoleczenia ze zmieniającymi się zachowaniami i fakt powszechnego stosowania samoleczenia przez społeczeństwa na całym globie powodują, że zjawisko to staje się istotne w kontekście zdrowia publicznego. Samoleczenie jako zachowanie zdrowotne z punktu widzenia systemowego i indywidualnego niesie ze sobą wiele korzyści (m.in. ekonomicznych), ale pociąga też za sobą zagrożenia wynikające np. z nieracjonalnego czy wręcz szkodliwego stosowania produktów leczniczych. Jednym z zadań zdrowia publicznego jest kształtowanie zachowań związanych z samoleczeniem, tak aby maksymalizować pozytywne konsekwencje przy redukcji lub eliminacji zachowań ryzykownych. Działania zdrowia publicznego muszą reagować na zmiany wzorców zachowań w stosunku do tego zjawiska.

Skala samoleczenia oraz jego pozytywne i negatywne konsekwencje zostały szeroko opisane w pierwszym kompleksowym polskim opracowaniu dotyczącym samoleczenia (Krajewski-Siuda K., red., 2012). W opracowaniu tym przytoczono szereg danych dotyczących skali samoleczenia, w tym ogólnego odsetka konsumentów leków sprzedawanych bez recepty (73% Polaków w 2007 roku) (TNS OBOP, 2007), sięgających po leki OTC w sytuacji wystąpienia objawów chorobowych (45% Polaków w 1998 roku) (CBOS, 1998) oraz czynników skłaniających Polaków do zakupu leków OTC (głównie wcześniejsze stosowanie danego leku, a w dalszej kolejności porada farmaceuty lub lekarza w 2008 roku) (Pączkowska M., 2008).

Zainteresowanie zjawiskiem samoleczenia

Obserwowanie i badanie zjawiska samoleczenia oraz związanego z nim rynku leków OTC z punktu widzenia zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej cieszy się rosnącym zainteresowaniem. W ciągu ostatnich pięciu lat powstało ponad 3,5 tys. nowych, oryginalnych i wtórnych prac dotyczących samoleczenia, w tym kilkaset badań klinicznych*. Przyrost literatury naukowej dotyczącej samoleczenia widoczny w ostatnich latach obrazuje poniższy wykres.

* Na podstawie przeszukiwania literaturowego w bazie Medline za pomocą PubMed przy użyciu nastepującej kwerendy: *(„self medication"[tiab] OR self-medication[tiab] OR „self care"[tiab] OR self-care[tiab]) OR (Nonprescription Drugs[tiab] OR „over the counter"[tiab] OR over-the-counter[tiab] OR OTC[tiab]) AND (public health[mesh] OR „public health") Filters: published in the last 5 years.*



Wykres 1. Przyrost literatury naukowej dotyczącej zjawiska samoleczenia

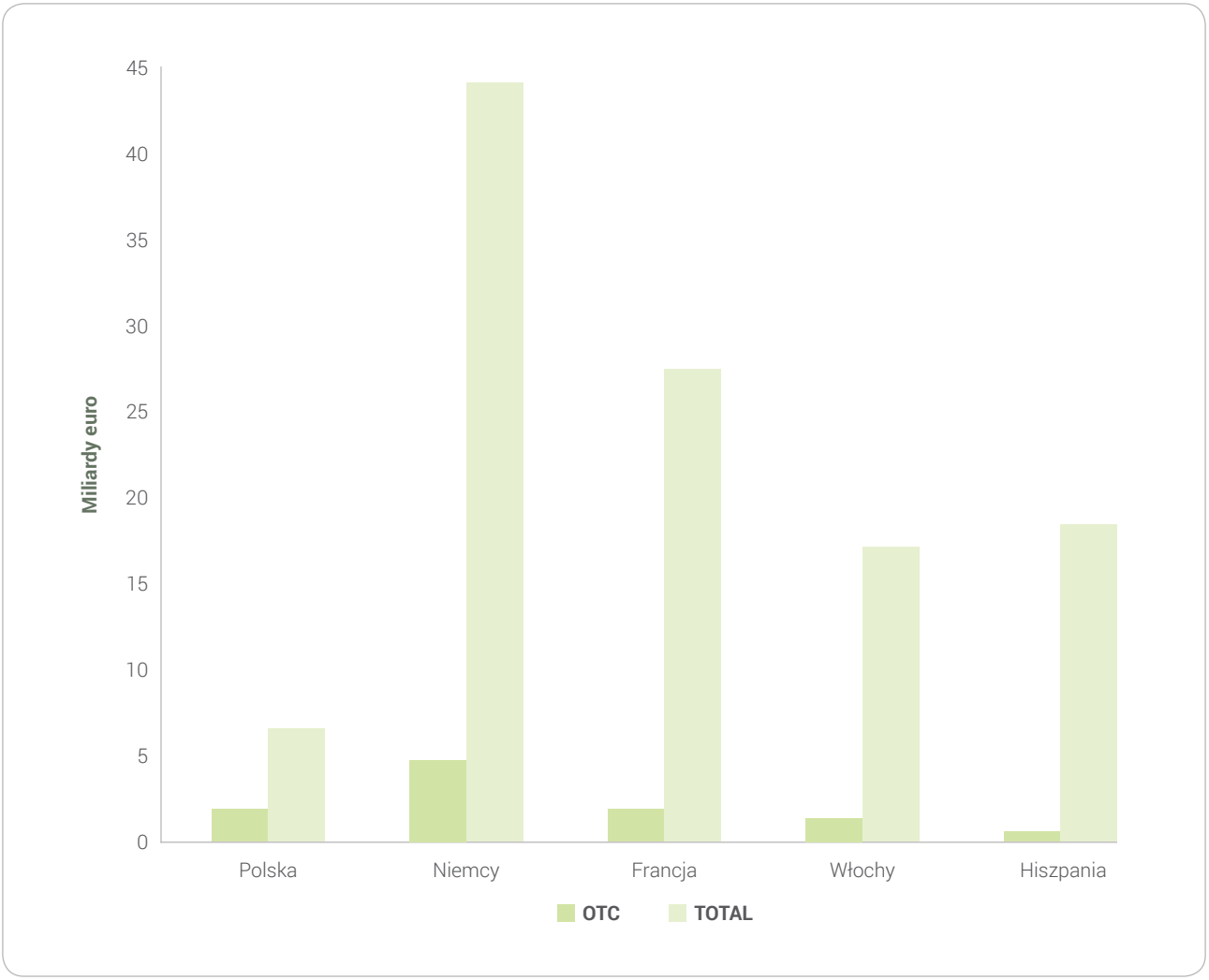
Warto nadmienić, że dane z ostatnich lat (2014 i 2015) wynikają bardziej ze sposobu indeksowania literatury w bazie medycznej aniżeli z malejącego zainteresowania zjawiskiem (publikacje naukowe wydane w określonym czasie są indeksowane w danej bazie medycznej zwykle z kilkumiesięcznym opóźnieniem).

Współczesne zachowania i trendy związane z samoleczeniem

Skala samoleczenia w Polsce i w Europie

Europejskie i światowe organizacje zrzeszające producentów leków bez recepty pozostają aktywne w obszarze analizowania zjawiska samoleczenia i dostarczają istotnych danych rynkowych. Według Europejskiego Stowarzyszenia Producentów Leków bez Recepty (*Association of the European Self-Medication Industry*, AESGP) w 2014 roku wartość sprzedaży leków OTC w Polsce wyniosła 2 mld 147 mln euro i od 2012 roku notuje się ciągły jej wzrost o od 0,93% (w 2012 roku) do nawet 6,7% (w 2013 roku) (www.asgp.eu). Wartości te znajdują logiczne wyjaśnienie w świetle najnowszych doniesień na temat skali stosowania leków OTC przez Polaków. W porównaniu z 2007 rokiem obserwuje się wzrost odsetka pacjentów korzystających z samodzielnych terapii o 7 punktów procentowych, w 2010 roku wyniósł on 80% konsumentów (CBOS, 2010). Całkowita wartość sprzedaży leków w Polsce w 2014 roku wyniosła ponad 6,5 mld euro i w porównaniu z rokiem poprzednim zanotowano prawie 2% wzrost (www.asgp.eu). Udział sektora leków OTC w stosunku do całego rynku farmaceutycznego wyrażony wartością sprzedaży wynosi prawie 33%. Wartość ta w porównaniu z wartością z okresu sprzed prawie dekady wzrosła o 8 punktów procentowych.

Udział sektora leków OTC w 5 największych krajach Unii Europejskiej kształtuje się zdecydowanie inaczej i przyjmuje wartości od 5% w Hiszpanii do 10% we Włoszech i 11% w Niemczech. Względna wartość w wypadku Polski pozostaje najwyższa (www.asgp.eu).



Wykres 2. Udział sektora OTC w całości rynku farmaceutycznego (wartość sprzedaży w mld euro)

Zachowania zdrowotne związane z samoleczeniem w Polsce. Co się zmieniło w ciągu ostatnich kilkunastu lat?

W ciągu ostatnich kilkunastu lat nastąpiły dość istotne zmiany w zachowaniach zdrowotnych Polaków związanych z samoleczeniem. Pomimo ogólnego wzrostu odsetka konsumentów leków OTC coraz mniej Polaków sięga po leki bez recepty w sytuacji wystąpienia choroby lub dolegliwości. W 2010 roku odsetek ten wynosił 24%, co oznaczało spadek o prawie połowę w porównaniu z rokiem 1998 (CBOS, 2010). Taki sam trend zauważono w stosunku do domowych sposobów leczenia. Obecnie jedynie co trzeci Polak doświadczający choroby lub dolegliwości stosuje domowe sposoby leczenia (CBOS, 2010), a nie co drugi, jak to miało miejsce nieco ponad 15 lat temu (CBOS, 1998). Jednocześnie zauważono, że pomiędzy rokiem 1998 a 2010 z 24% do 13% spadł odsetek osób niepodejmujących żadnych działań. Może więc to równoważyć zmniejszenie odsetka konsumentów leków OTC, którzy sięgają po nie w sytuacji wystąpienia choroby lub dolegliwości. Wzrost odsetka osób, które w sytuacji wystąpienia choroby lub dolegliwości decydują się na podjęcie jakiegoś działania, może być związany ze stosowaniem leków OTC, aczkolwiek brak wystarczających danych, aby stwierdzić to z przekonaniem. Może również oznaczać, że wystąpienie objawów choroby lub dolegliwości jest dla części społeczeństwa warunkiem wystarczającym do interakcji z profesjonalistą medycznym, co powoduje spadek udziału samoleczenia rozumianego jako stosowanie leków OTC bez wizyty lekarskiej. Z pewnością polskie społeczeństwo stało się bardziej proaktywne, jeśli chodzi o podejmowanie działań w związku z wystąpieniem dolegliwości lub choroby. Widać też, iż na sposób postępowania (domowe sposoby, leki OTC) wpływa wiek: przy początkowych objawach choroby to młodsze osoby częściej sięgają po środki dostępne bez recepty (CBOS, 2010).

Wzrost ogólnego odsetka osób stosujących samoleczenie w 2010 roku przy jednoczesnym spadku odsetka osób, które sięgają po leki OTC lub stosują domowe sposoby w przypadku wystąpienia choroby lub dolegliwości, można na podstawie wyników badania konsumenckiego wytłumaczyć tym, że po leki bez recepty częściej sięgają ludzie zdrowi niż osoby oceniające stan swojego zdrowia jako zły (CBOS, 2010).

Niemal dekadę temu do czynników najczęściej skłaniających Polaków do zakupu leków OTC należały: wcześniejsze stosowanie danego leku (83%), rada farmaceuty (67%) lub lekarza (60%), a najrzadziej reklama w mediach (20%) (Pączkowska M., 2008). Mimo nasilających się w mass mediach działań marketingowych to czynniki inne niż reklama są kluczowe dla decyzji o zakupie leku. Dziś reklama w telewizji czy radiu skłania do zakupu leków OTC w takim samym stopniu jak 8 lat temu (Federacja Konsumentów, 2015). Mało tego, obecnie 86% Polaków uważa, że reklamowanie leków przez osoby podające się za lekarzy jest niewłaściwe (CBOS, 2011). Rośnie natomiast rola internetu, który stał się źródłem informacji dla 32% respondentów. Silną pozycją w zakresie informacji o lekach OTC wciąż cieszą się lekarze i farmaceuci (dla 69,7% konsumentów) (Federacja Konsumentów, 2015).

Do wcześniej nieanalizowanych czynników dotyczących leków OTC zaliczają się również dostępność leku i częstotliwość jego zakupu. W badaniu Federacji Konsumentów z 2015 roku zaobserwowano, że najliczniejsza grupa respondentów (29%) kupuje leki OTC raz w miesiącu, a czynnikiem do tego skłaniającym jest możliwość dokonania natychmiastowego zakupu (56,4%) (Federacja Konsumentów, 2015). 66,4% potencjalnych konsumentów uważa, że leki OTC powinny być dostępne również w innych punktach niż tylko apteki (Federacja Konsumentów, 2015).

Do współczesnych potencjalnie groźnych zachowań społecznych związanych z samoleczeniem można zaliczyć częstsze stosowanie leków bez recepty przez ludzi zdrowych niż tych, którzy oceniają swój stan zdrowia jako zły (CBOS, 2010). Leki OTC z założenia nie powinny być przyjmowane przez osoby zdrowe, jednak około 20% konsumentów leków OTC przyznało się do niewłaściwego ich stosowania, tj. wbrew opinii lekarza lub z przyzwyczajenia (CBOS, 2010) czy nawet wtedy, gdy nie ma racjonalnych ku temu przesłanek w postaci choroby lub dolegliwości. Ponadto aż 24% konsumentów uważa, że leki bez recepty nie mogą negatywnie wpływać na zdrowie. Częściej sądzą tak osoby młode do 34. roku życia. Natomiast 53% konsumentów nie konsultuje użycia leku OTC z lekarzem w przypadku sięgania po niego po raz pierwszy (CBOS, 2010).

Trendy społeczne związane z samoleczeniem na świecie

Obecnie dość mocno zaznaczonym trendem jest preferencja konsumentów do natychmiastowego nabycia leku, niekoniecznie wyłącznie w aptece. Według Światowego Stowarzyszenia Producentów Leków bez Recepty (*World Self-Medication Industry, WSMI*) wielu konsumentów wybiera leki OTC zamiast tych na receptę z uwagi na oszczędność czasu (brak wizyty u lekarza). Jednocześnie wielu z nich kieruje się rozsądkiem i ostrożnością przy stosowaniu leków OTC, np. poprzez zapoznawanie się z treścią ulotki i przyjmowanie leku przez okres krótszy niż wskazany w ulotce. WSMI na podstawie swoich badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych podkreśla również, że role konsumenckie/pacjenckie są coraz bardziej widoczne w sektorze opieki zdrowotnej. Obecnie 59% Amerykanów podejmuje działania w kierunku samoleczenia chętniej niż w roku ubiegłym. Zdecydowana większość woli podejmować działania na rzecz samoleczenia, niż umawiać się na wizytę lekarską (73% Amerykanów), natomiast 60% ogółu badanych zapowiada częstsze podejmowanie samoleczenia w przyszłości (www.wsmi.org).

Ciągle postępujący rozwój technologiczny wraz z eksplozją informacji oraz łatwiejszym do nich dostępem zachodzi równolegle z rozwojem świadomości konsumenckiej. Obecnie konsumenci dysponują wieloma narzędziami, które umożliwiają im aktywną rolę w opiece zdrowotnej. Do narzędzi takich należy internet, którego używanie w ciągu ostatniego roku w celu poszukiwania informacji o zdrowiu/medycynie deklaruje 65% Amerykanów. Liczby te wydają się wyższe niż w Polsce, co może mieć związek z dostępnością i popularnością korzystania z internetu do celów pozyskiwania informacji zdrowotnej (www.wsmi.org).

W kontekście starzenia się społeczeństwa – zjawiska, które dotyka wiele krajów rozwiniętych, zwiększa się zainteresowanie ogólnym dobrostanem i zapobieganiem chorobom. Konsumenci zaczynają przybierać aktywną postawę również wobec samoleczenia. Zachowania indywidualnych konsumentów w zakresie samoleczenia, o ile będą racjonalne, korzystnie zsumują się także w wymiarze społecznym ze względu na pożytek płynący ze zwiększonej świadomości i wzbogacenia wiedzy na temat samoleczenia. Tak budujący się trend społeczny doprowadzi do lepszej alokacji często niewystarczających środków w ochronie zdrowia. Limitowane świadczenia zdrowotne mają szansę być dostarczone tym, którzy wymagają uwagi ze strony profesjonalistów medycznych.

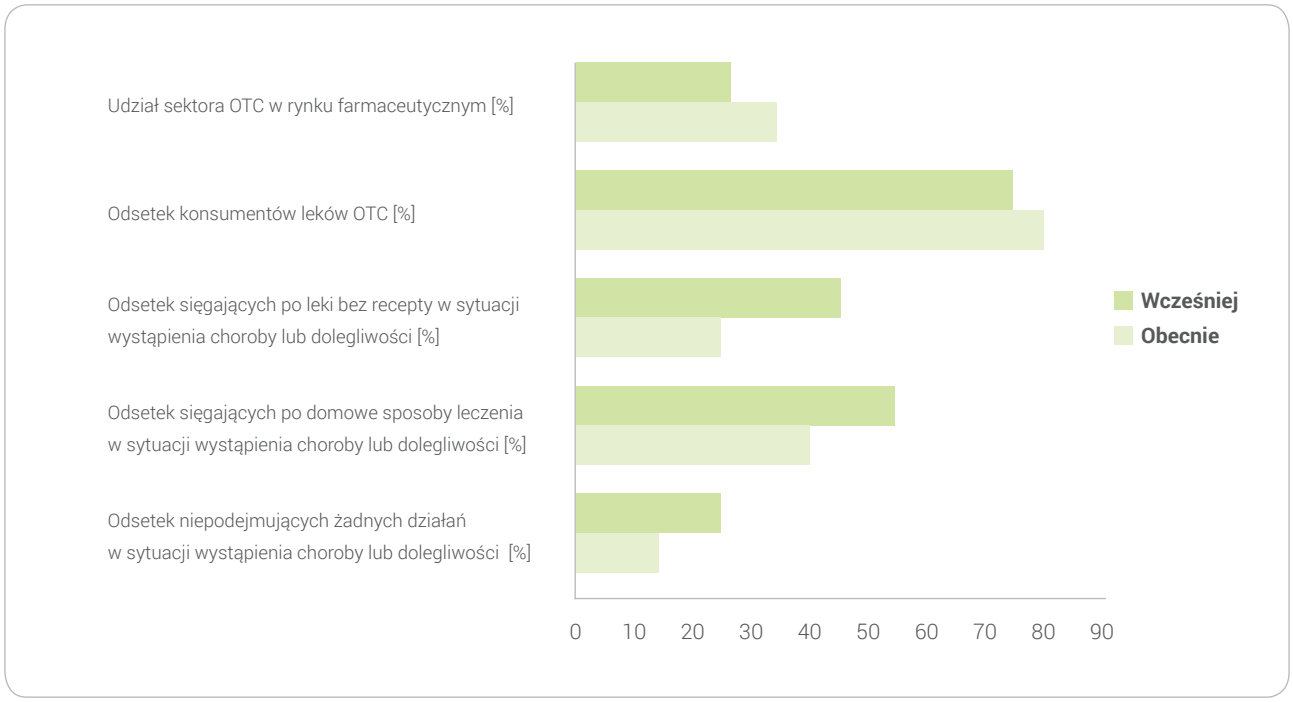
W niektórych przypadkach stosowanie leków sprzedawanych bez recepty jest metodą terapeutyczną w obszarach, w których dostęp do usług opieki zdrowotnej jest ograniczony. Dotyczy to na przykład wspomagania w zerwaniu z nałogiem paleniu tytoniu. W Stanach Zjednoczonych zanotowano 152% wzrost stosowania substytutów nikotyny w ciągu jednego roku od nadania im statusu leku bez recepty. W wyniku tego trendu każdego roku od 114 tys. do ponad 300 tys. osób zaprzestało palenia tytoniu. Należy wziąć pod uwagę przypadki raka płuc, zawału i innych chorób spowodowanych

paleniem, których udało się uniknąć dzięki zmianie statusu dla wspomnianego substytutu nikotyny i rozpowszechnieniu jego użycia (www.wsmi.org). Starzenie się społeczeństwa jest związane z większym ryzykiem występowania chorób i hospitalizacji, a tym samym ze zwiększonymi nakładami na opiekę zdrowotną. Samoleczenie wiąże się też ze wzrostem partycypacji konsumentów w finansowaniu opieki zdrowotnej i jeśli jest prowadzone racjonalnie, ma szanse przyczynić się do zwiększonej wydajności systemów opieki zdrowotnej.

Płatnicy oraz organizatorzy systemów opieki zdrowotnej od ponad dekady zwiększają powoli udział bezpośrednich wydatków konsumentów na leki OTC. Podobne podejście przejawiają lekarze, którzy coraz częściej oczekują, że pacjenci/konsumenci będą brali odpowiedzialność za swoje zdrowie. Ma to pośredni wpływ na kreowanie pewnego trendu wśród pacjentów/konsumentów, tzw. zaangażowania pacjenta (*patient engagement*) lub wzmocnienia roli konsumenta (*consumer empowerment*), które są spodziewane jako dominujące w obszarze samoleczenia w następnej dekadzie (Wilkes D., 2014).

Podsumowanie

Podsumowanie najważniejszych zmian indywidualnych zachowań i preferencji konsumentów w stosunku do samoleczenia obrazuje wykres 3. Analizowane przedziały czasowe dotyczą z jednej strony roku 2010 (najświeższe dostępne dane obrazujące dzisiejszy stan rzeczy), a z drugiej roku 1998 lub lat 2007-2008.



Rycina 3. Najważniejsze zmiany indywidualnych zachowań i preferencji konsumentów w stosunku do samoleczenia

W świetle przytoczonych powyżej danych i opisanych trendów, takich jak zwiększanie się roli internetu jako potencjalnego źródła informacji o samoleczeniu (sprzyjające medykalizacji społeczeństwa) oraz coraz silniejszy marketing samoleczenia, wydaje się, że zachowania zdrowotne Polaków w ciągu ostatnich dwóch dekad nie zmieniły się znacząco w większości analizowanych obszarów. Jedyną istotną zmianą jest spadający odsetek osób niepodejmujących żadnych działań w obliczu wystąpienia objawów choroby, co może świadczyć o zwiększającej się świadomości zdrowotnej, do czego mogła się przyczynić popularyzacja treści zdrowotnych w internecie. Pomimo wszechobecnej reklamy obszar samoleczenia jest specyficzny, jeśli chodzi o konsumentów, którzy zaufaniem obdarzają profesjonalistów medycznych – i to ich porada, a nie reklama pozostaje jednym z najsilniejszych determinantów sięgania po leki OTC. Jednak, jak pokazano wcześniej, najistotniejszym czynnikiem powodującym zakup leku jest wcześniejsze jego stosowanie. Brakuje informacji, czy fakt wcześniejszego (pierwotnego) stosowania leku jest wyłącznie uwarunkowany poradą lekarza. Wydaje się, że obok porady reklama może jednak pełnić istotną rolę w motywowaniu konsumentów do pierwotnego zakupu leków OTC. Twierdzenie to popiera przeprowadzone w Polsce badanie, którego wyniki wskazują, że reklama może wywierać wpływ na potencjalnych konsumentów i prowadzić do zwiększonego zakupu leków OTC (Szpringer M. i in., 2015). Faktem pozostaje duża konsumpcja leków OTC, która może być napędzana tym samym czynnikiem skłaniającym do zakupu leków, jaki został opisany już w 2007 roku

– wcześniejszym stosowaniem danego leku i przyzwyczajeniem do niego oraz stosowaniem go, nawet jeśli nie ma do tego racjonalnego uzasadnienia.

Z opisanych preferencji i trendów społecznych, takich jak pożądana szybka dostępność leków OTC i miejsc, w których mogą być zakupione, oraz oszczędność czasu wynikająca z zaniechania wizyty lekarskiej, mogą płynąć istotne rekomendacje dla organizatorów systemu ochrony zdrowia. Jedną z nich jest pozostawienie możliwości zakupu leków w wielu miejscach innych niż tylko apteka. Z drugiej jednak strony dane dotyczące niebezpiecznych praktyk i zachowań związanych z samoleczeniem takich jak ich nieracjonalne stosowanie (przyzwyczajenie i stosowanie OTC bez uzasadnienia) oraz ryzyko zdrowotne z tym związane nakazują przemyśleć zasady funkcjonowania systemu samoleczenia w Polsce. Wydaje się jednak, że bardziej niż restrykcje istotną rolę powinna odgrywać edukacja zdrowotna dotycząca korzyści i zagrożeń wynikających z samoleczenia.

Bibliografia

1. Association of the European Self-Medication Industry, *Market data: Total self-medication market*, 2014, http://www.aesgp.eu/facts-figures/market-data/self-medication-market/ (dostęp 7.01.2016).
2. CBOS, *Leki stosowane bez recepty*, 2010.
3. CBOS, *Nudzą, drażnią, dezinformują – Polacy o reklamach*, 2011.
4. Federacja Konsumentów, *Leki bez recepty*, 2015.
5. Krajewski-Siuda K., (red.), *Samoleczenie*, Warszawa 2012.
6. Lalonde M., *A New Perspective on the Canadians, Working Document*, Ontario 1974.
7. Lang B., *Uwarunkowania samoleczenia lekami wydawanymi bez recepty (OTC)*, 2007 (materiał niepublikowany).
8. *Leczenie się domowymi sposobami. Komunikat z badań*, CBOS 1998, http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=1921 (dostęp 7.01.2016).
9. *Leki spoza apteki. Informacja prasowa*, TNS OBOP 2007, http://www.tnsglobal.pl/centrum/2007/2007-10#5571 (dostęp 7.01.2016).
10. Pączkowska M., *Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań*, 2008.
11. Pręgiel-Kamrat J., Zarzeczna-Baran M., *Zjawisko samoleczenia wśród studentów medycyny*, „ANN. UMCS" 2005, Sect. D, Vol. LX, Suppl. XVI, s. 406.
12. Szpringer M., Olędzka M., Kosecka J., Sobczyk B., Grabowska P., *Stosowanie leków dostępnych bez recepty przez osoby dorosłe oraz ocena wpływu reklamy na konsumentów*, „Studia Medyczne" 2015, 31(1), s. 42-47.
13. Wilkes D., *Healthcare trends favour self-medication*, „OTCToolbox", 18 June 2014, http://www.otctoolbox.com/news/archive-2014/healthcare-trends-favour-self-medication.aspx (dostęp 8.01.2016).
14. World Self-Medication Industry, *What is Self-Medication*, http://www.wsmi.org/about-self-care-and-self-medication/what-is-self-medication/ (dostęp 8.01.2016).

Lecz się sam – bezpiecznie i odpowiedzialnie

Grzegorz Borstern, specjalista chorób wewnętrznych

Wstęp

Samoleczenie jest zjawiskiem starym jak ludzkość. Od niepamiętnych czasów z pokolenia na pokolenie przekazywano sobie sposoby zwalczania gorączki, bólu, leczenia ran czy ukąszeń. Kiedyś parzono zioła, dziś wystarczy pójść do apteki.

Pojęcie samoleczenia w języku polskim jest niejednoznaczne. Oficjalnie przyjmuje się dwie definicje. Pierwszą, będącą odpowiednikiem definicji WHO – *self-medication*, należy rozumieć jako przyjmowanie leków dostępnych bez recepty bez konsultacji z lekarzem w przypadku nagłych dolegliwości – bólu głowy, gardła czy przeziębienia. Druga zaś obejmuje samoopiekę (*self-care*), czyli szeroko rozumiane dbanie o zdrowie, ale również utrzymywanie ciała (*self-management*) w dobrej kondycji w przypadku chorób przewlekłych, np. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego itd. To ważne, ponieważ na co dzień to pacjent decyduje o regularnym przyjmowaniu leków, o diecie. Nie pomoże nawet najlepsza terapia, jeżeli chory nie będzie o siebie dbał, nie będzie się czuł współodpowiedzialny za swój stan zdrowia.

Światowe doświadczenia potwierdzają, że we współczesnym świecie nie ma odwrotu od samoleczenia. Dzieje się tak z kilku powodów. Z jednej strony starzenie się społeczeństw powoduje coraz większe zapotrzebowanie na usługi medyczne. Z drugiej zaś systemy ochrony zdrowia są coraz mniej wydolne. Młodzi i aktywni zawodowo ludzie mają utrudniony dostęp do lekarza, choćby dlatego że nie mogą wiele godzin czekać na wizytę. Podobnie jest z dostępem do specjalistów. Chociaż większości z nas to się nie podoba, taka sytuacja będzie powodowała przeniesienie odpowiedzialności za własne zdrowie z systemu ochrony zdrowia na nas samych.

Ale jest też druga strona medalu. Niewłaściwie lub zbyt długo stosowane samoleczenie może być groźne, może negatywnie wpłynąć na naszą kondycję, prowadzić do powikłań zwłaszcza wtedy, gdy niewłaściwie połączymy różne specyfiki. Jednak korzystanie z leków bez recepty zgodnie ze wskazaniami, rozważnie i odpowiedzialnie, nie tylko pozytywnie wpływa na stan naszego zdrowia, ale też przynosi istotne korzyści z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej. Zyskujemy krótsze kolejki w przychodniach, łatwiejszy dostęp do lekarzy dla tych pacjentów, którzy rzeczywiście potrzebują fachowej pomocy. Wiedzę na temat samoleczenia powinniśmy czerpać z wiarygodnych źródeł – od lekarza, farmaceuty lub pielęgniarki, ponieważ informacje zawarte w ulotkach nie zawsze są dla nas zrozumiałe. Jak zatem postępować, aby samoleczenie było dla nas bezpieczne?

Jak sobie radzić przy przeziębieniu?

Przyczyną przeziębienia jest zwykle infekcja wirusowa. Objawy nasilają się stopniowo przez 4-6 dni i nie są bardzo dokuczliwe. Lepiej ich jednak nie bagatelizować, ponieważ infekcja może utorować drogę bakteriom i grzybom, które wywołują m.in. zapalenia zatok, ucha środkowego, migdałków, krtani, a nawet oskrzeli i płuc.

Z typową infekcją na początku można walczyć domowymi sposobami, jednak gdy objawy się nasilają, trzeba wspomóc organizm lekami dostępnymi bez recepty. Co robić?

1. Aby samodzielnie wyleczyć infekcję górnych dróg oddechowych, najlepiej przez 2-3 dni zostać w domu i porządnie się wygrzać pod kołdrą. W rozgrzaniu organizmu pomogą **maści i żele zawierające kamforę, olejek goździkowy, miętę lub olejek eukaliptusowy**. Ważny jest też spokój, bo stres osłabia układ odpornościowy i nie ma on siły skutecznie walczyć z wirusami.

2. Osoby, które nie mają wrzodów ani innych kłopotów z przewodem pokarmowym, mogą przyjąć **leki działające przeciwzapalnie i przeciwbólowo** (NLPZ) zawierające ibuprofen, naproksen czy kwas acetylosalicylowy. Przy wrażliwym żołądku, a przede wszystkim przy wrzodach żołądka bezpieczniejszy będzie paracetamol. Można też skorzystać z **leków złożonych** przeciwko przeziębieniu i grypie. Zwykle zawierają one paracetamol lub kwas acetylosalicylowy oraz pseudoefedrynę, fenylefrynę, kofeinę, dekstrometorfan, składniki antyhistaminowe i przeciwkaszlowe. Jeżeli ktoś stosuje preparat złożony, nie powinien przyjmować innych tabletek, które w swoim składzie mają tę samą substancję czynną.

Trzeba też pamiętać (szczególnie osoby w starszym wieku), że pseudoefedryna podnosi ciśnienie i przyspiesza tętno.

3. W przypadku osób, które cierpią na schorzenia układu sercowo-naczyniowego, oraz tych, które m.in. przebyły zawał serca lub udar mózgu i nie stosują małych dawek kwasu acetylosalicylowego, preferowanym lekiem z grupy NLPZ jest naproksen.

4. Podrażnione gardło ukoją **tabletki do ssania**. Można wybrać **tabletki odkażające** lub **nawilżające śluzówkę**. Najlepiej korzystać z tych, które nie zawierają cukru. Dobre skutki przynosi też płukanie gardła sodą oczyszczoną, solą kuchenną, rumiankiem lub szałwią. Ale taka kuracja wysusza śluzówkę, więc po płukaniu gardła należy rozgryźć kapsułkę witaminy A + E, aby je nawilżyć.

5. Jeśli kaszlemy, trzeba sięgnąć po **syrop**. Ponieważ sami często nie możemy ocenić, jaki rodzaj kaszlu nas męczy (suchy czy mokry), poprośmy farmaceutę, aby pomógł nam dokonać właściwego wyboru.

6. Objawy kataru usuną **krople, żele i spraye do nosa** obkurczające śluzówkę i łagodzące stan zapalny lub **doustne tabletki** o podobnym działaniu. Leków tych nie wolno nadużywać. Krople do nosa przyjmuje się najwyżej 5 dni, ponieważ przy dłuższym stosowaniu mogą wysuszać błonę śluzową nosa, a nawet wywołać jej polekowe zapalenie.

7. Przeziębieniu często towarzyszy podwyższona temperatura, ale zwykle nie wynosi ona więcej niż 38° C. Jeśli nie przekracza tej wartości, nie należy jej obniżać. Gorączka to sygnał, że organizm walczy z chorobą poprzez wytwarzanie interferonów, czyli substancji antywirusowych. Przy wyższej temperaturze należy zażyć **lek przeciwgorączkowy.**

8. Trzeba dużo pić (ok. 1,5 l płynu dziennie), aby uzupełnić wodę, którą tracimy, pocąc się i gorączkując.

9. Jeśli po 3-5 dniach samoleczenia objawy przeziębienia nie ustępują lub się nasilają, należy się zgłosić do lekarza, aby ten sprawdził, czy infekcja wirusowa nie przekształciła się w zakażenie bakteryjne lub też czy objawy nie świadczą o poważniejszej chorobie.

10. Warto zapamiętać, że szybciej działają rozpuszczalne formy leków przeciwko infekcjom górnych dróg oddechowych, oraz to, że nie wolno przekraczać dawek podanych na opakowaniu.

Jak pokonać ból?

Leki przeciwbólowe często są dla nas wybawieniem, lecz ich nierozsądne przyjmowanie może zagrażać zdrowiu, a nawet życiu. Nie oznacza to jednak, że leków przeciwbólowych mamy się wystrzegać. Ból należy uśmierzać, ale zachowując zdrowy rozsądek. Nie ma preparatów, które działają tylko na bolące ucho, ząb czy nogę. Wszystkie leki wpływają na cały organizm. Dlatego stosując środki przeciwbólowe, należy przestrzegać kilku zasad.

1. Jeżeli ból utrzymuje się dłużej niż 3 dni, towarzyszą mu podwyższona temperatura, nudności lub wymioty, zawroty głowy – bezwzględnie należy iść do lekarza. Niepokój powinien wzbudzić także gwałtowny, silny ból w klatce piersiowej, ostry ból oka, głowy czy brzucha. Takie dolegliwości mogą świadczyć o rozwijaniu się poważnej choroby.

2. Środki przeciwbólowe zawsze przyjmujemy w pierwszej fazie bólu, czyli wtedy, gdy się pojawia. Są wówczas najskuteczniejsze.

3. Rodzaj leku powinien być dobrany do rodzaju bólu. Przy bólach przewlekłych, np. reumatycznych, należy wybierać **preparaty o przedłużonym działaniu**, aby mniej obciążać organizm.

4. Jeśli ból się przedłuża, trzeba przyjmować lek tak, aby utrzymać stały poziom substancji czynnej w organizmie. Oznacza to, że gdy na ulotce znajduje się informacja, by stosować lek co 4 godziny, należy przestrzegać tej zasady.

5. Jeżeli lek dostępny bez recepty nie przynosi ulgi po 48 godzinach, konieczna jest wizyta u lekarza.

6. Gdy w składzie tabletki są substancje przeciwbólowa i przeciwzapalna, nie powinno się przerywać kuracji, gdy ból ustąpi. Preparat potrzebuje czasu, by zwalczyć stan zapalny.

7. Leki przeciwbólowe **przyjmujemy po jedzeniu i popijamy wyłącznie wodą**. W czasie kuracji przeciwbólowej nie pijemy soków (pomarańczowego, grejpfrutowego), gdyż zawarty w nich kwas cytrynowy wchłania (absorbuje) substancję czynną i leczenie jest mniej skuteczne. Poza tym sok grejpfrutowy ma niekorzystny wpływ na metabolizm leku w wątrobie, co może być powodem wystąpienia działań niepożądanych, np. lek może silniej działać na organizm. Podobnie jest z mlekiem, które o ok. 50% osłabia działanie preparatów przeciwbólowych. Błonnik znajdujący się w chlebie razowym czy kaszach również wchłania substancje uśmierzające ból. Natomiast kofeina (zawarta np. w kawie czy coca-coli) nasila działanie środków przeciwbólowych. Leków przeciwbólowych **nigdy nie łączymy z alkoholem**, ponieważ takie połączenie może, zwłaszcza gdy często przyjmujemy leki przeciwbólowe, prowadzić do włóknienia wątroby.

8. Nigdy **nie wolno przekraczać dobowej dawki leku**. Każdy lek przeciwbólowy osiąga tzw. efekt pułapowy, co oznacza, że nawet po przyjęciu większej dawki nie zwiększa się jego skuteczność.

Kłopoty z trawieniem

W większości przypadków mają one związek z niewłaściwą dietą, nieregularnym spożywaniem posiłków lub przejadaniem się. Niestrawność, nazywana też dyspepsją, powoduje wzdęcia, bolesne skurcze jelit, gazy, a czasem mdłości. Często pojawiają się pieczenie za mostkiem (zgaga), odbijanie się, czkawka oraz skurcze jelit, które słyszymy jako burczenie. Inną przyczyną niestrawności bywa noszenie ciasnego ubrania, które zwiększa ciśnienie w jamie brzusznej, co może być powodem cofania się pokarmu do przełyku. Kolejny powód niestrawności to stres, który powstrzymuje wydzielanie soku trawiennego oraz spowalnia pracę mięśni żołądka i jelit. Jeśli problemy trawienne pojawiają się sporadycznie, można wspomóc organizm lekami dostępnymi bez recepty. Ale jeżeli takie dolegliwości pojawiają się kilka razy w tygodniu lub stale nam towarzyszą, należy o nich porozmawiać z lekarzem, ponieważ mogą być objawem wrzodów żołądka lub dwunastnicy, refluksu przełykowego, schorzeń wątroby, pęcherzyka żółciowego lub trzustki, a niekiedy także zmian nowotworowych.

Do najczęściej występujących kłopotów z przewodem pokarmowym należą:

1. **Ból żołądka i zgaga** – ich przyczyną jest zwykle wydzielanie zbyt dużej ilości kwasu żołądkowego lub opóźnione opróżnianie żołądka z przetrawionego jedzenia. Dolegliwości pojawiają się po zbyt obfitym posiłku, po nadużyciu alkoholu, a manifestują się nieprzyjemnym uciskiem, odczuwaniem przepełnienia lub bólem w okolicy żołądka. Pojawiają się zgaga, odbijanie itp. Dolegliwości takie mogą świadczyć o złych nawykach żywieniowych lub uszkodzeniu czy zapaleniu śluzówki żołądka i dwunastnicy albo o wrzodach. Ich powodem może być też cofanie się treści żołądkowej z żołądka do przełyku (refluks). W takich sytuacjach można zażyć **leki zobojętniające nadmiar kwasu solnego** w soku żołądkowym lub leki hamujące jego wydzielanie. Leków tych nie wolno nadużywać. Jeżeli leki są skuteczne, można je przyjmować nawet do 6 tygodni. Gdy nie pomogą, trzeba szukać specjalistycznej pomocy i rozpocząć leczenie schorzenia, które wywołuje dolegliwości. Rodzaj przyjmowanego leku należy skonsultować z farmaceutą, aby uniknąć interakcji z innymi przyjmowanymi medykamentami.

2. **Biegunka** to oddawanie płynnego stolca częściej niż 3 razy na dobę. Jej przyczyną może być infekcja wirusowa jelit, która po zastosowaniu **diety lekkostrawnej** ustępuje po 2-3 dniach. Zdarzają się też biegunki wywołane infekcją bakteryjną. Schorzenie ma cięższy przebieg i często towarzyszy mu gorączka. Podstawą samoleczenia przy biegunce są ścisła dieta, nawadnianie organizmu (trzeba pić, ile tylko można) i zażywanie **leków osłaniających śluzówkę** przewodu pokarmowego. **Leki powstrzymujące ruchy robaczkowe** jelit najlepiej stosować doraźnie, np. gdy musimy wyjść z domu. Doustne preparaty przeciwbiegunkowe hamują ruchy jelit, czyli wydłużają czas przechodzenia treści pokarmowej przez jelita. Nie leczą dolegliwości, ale zmniejszają objawy – ułatwiają utrzymanie stolca i powstrzymują parcie. Można też zastosować **preparaty wchłaniające substancje toksyczne** znajdujące się w jelitach. Przy biegunce bakteryjnej należy przyjmować leki przeciwbakteryjne, ale gdy po 2-3 dniach stosowania nie przyniosą poprawy, trzeba iść do lekarza.

3. **Problemy z wątrobą** często mają związek z niedostatecznym wydzielaniem żółci przez wątrobę, co objawia się bólem brzucha, zgagą, odbijaniem się, wzdęciami, zaburzeniami w oddawaniu stolca i zmianą jego konsystencji. Powodem kłopotów mogą być także zaburzenia pracy dróg żółciowych lub pęcherzyka żółciowego spowodowane kamicą.

Osobom z takimi dolegliwościami można polecić do doraźnego stosowania **leki osłaniające komórki wątroby** i ułatwiające ich regenerację, **leki pobudzające wydzielanie żółci** (żółciotwórcze) oraz **leki ułatwiające uwalnianie już wytworzonej żółci** z pęcherzyka żółciowego (żółciopędne). Pomocne będą też leki rozkurczowe i przeciwbólowe zalecane przy bólu brzucha.

4. **Wzdęcia** są następstwem procesów fermentacyjnych zachodzących w przewodzie pokarmowym i związanym z tym wytwarzaniem gazów. Ilość gazów zależy od rodzaju pożywienia, ilości wypitych napojów gazowanych, połykania powietrza podczas szybkiego jedzenia lub zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego. Mogą być też skłonnością osobniczą, a wtedy należy ograniczyć spożywanie cebuli, roślin strączkowych i kapustnych oraz napojów gazowanych lub całkowicie z niego zrezygnować. Organizm można wspomagać, pijąc **herbatki z kminku, rumianku i kopru włoskiego**. Leki zapobiegające wzdęciom to związki rozbijające duże bańki gazu znajdujące się w jelitach na małe pęcherzyki, którym łatwiej jest się wydostać z przewodu pokarmowego. Jeśli tylko jest to możliwe, gazów nie należy powstrzymywać. Uniknie się wtedy bólu i uczucia przepełnienia brzucha.

5. **Zaparcia** – można o nich mówić, gdy do wypróżnienia dochodzi rzadziej niż 3 razy w tygodniu. Ich przyczyną często są dieta uboga w błonnik, niedostateczne nawadnianie organizmu, siedzący tryb życia, unikanie ćwiczeń, a także przyjmowanie (stałe lub okresowe) leków przeciwbólowych, przeciwdepresyjnych oraz preparatów glinu zalecanych przy wrzodach żołądka. Kolejnym powodem mogą być częste powstrzymywanie się od wypróżnień oraz długotrwałe przyjmowanie leków przeczyszczających, co prowadzi do rozleniwienia jelit. Gdy zmiana diety i aktywność fizyczna nie zlikwidują zaparć, można sięgnąć po **środki ułatwiające wypróżnienie**. Zawsze należy trzymać się zasady, że zaczynamy od leków najłagodniejszych. W pierwszej kolejności stosujemy **środki pęczniejące**, które zwiększają objętość mas kałowych w jelicie, czyli specyfiki z błonnikiem, otręby, pektyny itp. Kuracja musi być uzupełniona nawadnianiem organizmu (minimum 1,5-2 l płynu dziennie). Kolejna grupa to **środki zmiękczające masy kałowe**. Należą do niej czopki glicerynowe i dokuzynian sodu. Można sięgnąć też po **środki powlekające**, do których należy ciekła parafina. Laktuloza i makrogole to **środki osmotyczne**, które ułatwiają przenikanie wody do światła jelita i zmiękczenie mas kałowych. Najsilniej działają **środki pobudzające pracę jelita grubego**, ponieważ stymulują znajdujące się w nim zwoje nerwowe. Preparaty te zawierają senes, kruszynę lub bisakodyl, czyli organiczny związek chemiczny wzmagający wydzielanie śluzu w jelicie grubym. Leki z tej grupy należy stosować rozważnie, bo nadużywanie ich prowadzi do zaburzeń wodno-elektrolitowych, osłabienia pracy jelit i uzależnienia.

Gdy stale bierzesz leki

Wśród leków, które są przewlekle stosowane przez liczne grupy pacjentów, są leki obniżające ciśnienie, niesteroidowe leki przeciwzapalne, sterydy wziewne i antydepresanty. Ale zdarza się, że osoby przewlekle chore muszą sięgnąć po dodatkowe preparaty dostępne bez recepty i powszechnie stosowane przy przeziębieniu, bólu brzucha, kaszlu itp. O czym warto pamiętać i jakie preparaty dostępne bez recepty wybierać, aby samoleczenie nie odbiło się negatywnie na zdrowiu?

Na obniżenie ciśnienia

Osoby przyjmujące leki z powodu nadciśnienia tętniczego powinny się wystrzegać nadmiernego stosowania leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych, ponieważ mogą one prowadzić do wzrostu ciśnienia tętniczego. Stosowanie ich bez uzgodnienia dawki z lekarzem prowadzącym może być nie tylko groźne, ale także negatywnie wpływać na leczenie samego nadciśnienia. Substancją przeciwbólową, która nie podnosi ciśnienia, jest paracetamol, ale nie oznacza to, że można go przyjmować w dowolnych dawkach. Dla osób chorujących na nadciśnienie względnie bezpiecznymi lekami są środki zawierające naproksen, czyli organiczny związek chemiczny o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym i przeciwgorączkowym. Jeśli lekarz nie określił wielkości dawki, należy się kierować zaleceniami podanymi na opakowaniu. Osoby cierpiące na schorzenia układu krążenia, a zwłaszcza na nadciśnienie tętnicze, nie powinny stosować preparatów zawierających pseudoefedrynę lub fenylefrynę, ponieważ substancje te znacznie podnoszą ciśnienie krwi i przyspieszają tętno.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Jeżeli choroba przewlekła, na którą cierpimy, wymaga długiego stosowania NLPZ, konieczne jest przyjmowanie także leków chroniących śluzówkę żołądka. Osoby z chorobą niedokrwienną serca, seniorzy, pacjenci z chorobami nerek oraz nieprawidłową funkcją szpiku kostnego NLPZ powinni przyjmować tylko po uzgodnieniu z lekarzem dawki i czasu trwania kuracji. Gdy stosujemy jakiekolwiek leczenie przeciwkrzepliwe, preferowanymi lekami przeciwbólowymi i przeciwgorączkowymi będą środki zawierające paracetamol. To samo dotyczy osób chorujących na astmę aspirynową.

Leki psychotropowe

Leki przeciwdepresyjne wchodzą w interakcje nie tylko z innymi lekami, lecz także z żywnością. Stosując je przez dłuższy czas (czego zwykle wymaga kuracja), należy usunąć z diety pokarmy zawierające tyraminę. Jest to naturalnie występująca amina, która powstaje w żywności fermentowanej lub długo przechowywanej. Jest obecna w serach dojrzewających, salami, niektórych winach, produktach mięsnych, przejrzałych owocach, np. bananach czy figach.

Skutkiem interakcji leku z żywnością bogatą w tyraminę jest pobudzenie psychoruchowe, zwiększenie częstotliwości rytmu serca oraz gwałtowny, groźny dla życia i zdrowia wzrost lub spadek ciśnienia krwi (czasami przełom nadciśnieniowy). Mogą też wystąpić drgawki, zaburzenia świadomości i znaczne rozszerzenie źrenic. Warto również pamiętać, że błonnik zmniejsza wchłanianie leku z przewodu pokarmowego.

Antydepresantów nie należy łączyć także z alkoholem ani lekami antyhistaminowymi (przeciwalergicznymi) starszej generacji, ponieważ takie połączenie nasila ich działanie uspokajające i powoduje senność. Leki psychotropowe w połączeniu z NLPZ mogą zwiększać ryzyko krwawień.

Jakie błędy popełniamy przy samoleczeniu?

- Jednocześnie stosujemy kilka leków przeciwbólowych. Po połknięciu tabletki należy odczekać 20-30 minut, zanim sięgnie się po kolejną. Lek musi mieć czas, aby się wchłonął z przewodu pokarmowego.
- Stosujemy syropy wykrztuśne na noc. Takie syropy powinno się zażywać do godziny 16.00. Przyjęte później spowodują, że zamiast wypocząć w nocy, będziemy kasłać. Błędem jest również jednoczesne stosowanie syropów wykrztuśnych i hamujących kaszel.
- Przekraczamy dawki zalecane przez producentów.
- Popijamy leki płynami innymi niż woda.
- Dzielimy tabletki, które nie mają tzw. podziałki.
- Przerywamy lub modyfikujemy terapię zaleconą przez lekarza.
- Nie czytamy ulotek dołączonych do leków.
- Przechowujemy leki w niewłaściwym miejscu, np. w zbyt ciepłych lub w zbyt wilgotnych pomieszczeniach.
- Nie sprawdzamy terminu ważności leków. Dotyczy to nie tylko leków kupowanych bez recepty, ale także tych recepturowych, np. antybiotyków. Takie „leczenie" może się zakończyć poważnymi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego, a nawet uszkodzeniem wątroby czy nerek.
- Przyjmujemy tę samą substancję w kilku preparatach o różnych nazwach handlowych, bo nie czytamy informacji o składzie leku. Grozi to przedawkowaniem, a nawet zatruciem.
- Zażywamy leki, które są przeznaczone dla konkretnej grupy wiekowej, mimo że do niej nie należymy.
- Pijemy alkohol i przyjmujemy leki dostępne bez recepty, ponieważ uważamy, że nic złego się nie stanie, skoro lek jest sprzedawany bez recepty. Tymczasem po połączeniu alkoholu z paracetamolem wzrasta ryzyko uszkodzenia wątroby.

Osoby przewlekle chore i stale przyjmujące leki z określonej grupy nie powinny na własną rękę wprowadzać kuracji witaminowych ani stosować suplementów diety. Najlepiej sporządzić listę wszystkich przyjmowanych medykamentów (łącznie z lekami dostępnymi bez recepty, ziołami, witaminami itp.) i przedstawiać ją każdemu lekarzowi, do którego trafiamy. To ułatwi dobranie kuracji tak, żeby nie kolidowała z leczeniem choroby podstawowej. Taką listę należy też pokazać farmaceucie, aby w razie potrzeby mógł dobrać odpowiedni dla nas lek na przeziębienie, kaszel czy katar. Z pozoru niegroźne połączenia, dodanie preparatu na wzmocnienie paznokci, kondycję żył, wzmocnienie serca czy poprawę nastroju, mogą mieć poważne następstwa dla naszego zdrowia. Dlatego też podstawy samoleczenia najlepiej wcześniej omówić z lekarzem prowadzącym.

Opieka farmaceutyczna jako wsparcie dla pacjenta w samoleczeniu

Mariola Drozd

Czym jest opieka farmaceutyczna?

W latach 70. XX wieku dostrzeżono niebezpieczeństwo związane z farmakoterapią oraz brak efektów terapeutycznych leków używanych w niekontrolowanych warunkach. W odpowiedzi na ten problem Mikael i współpracownicy w 1975 roku wprowadzili określenie „opieka farmaceutyczna". Wówczas termin ten oznaczał opiekę otrzymywaną przez pacjenta i mającą na celu zapewnienie bezpiecznego i racjonalnego stosowania leków (Jaehde U. i in. 2014). Następnie Charles Hepler w 1987 roku wskazał na rolę pacjenta, a właściwie na współpracę między pacjentem a farmaceutą. Hepler określił opiekę farmaceutyczną jako ustalony związek pomiędzy pacjentem a farmaceutą, który sprawuje kontrolę nad stosowaniem leków i kieruje się dobrem pacjenta (Łazowski J., 2005). W 1990 roku Charles Hepler i Linda Strand określili koncepcję opieki farmaceutycznej jako wspólne działania personelu medycznego oraz wskazali na znaczenie farmaceuty w zespole medycznym. Zatem według nich opieka farmaceutyczna wyraża się odpowiednim działaniem farmaceuty, który stawia sobie za cel bezpieczeństwo farmakoterapii i polepszenie jakości życia pacjenta (Hepler Ch., Strand L., 1990). W 2001 roku Linda Strand zdefiniowała opiekę farmaceutyczną jako skierowaną na pacjenta praktykę, podczas której farmaceuta bierze na siebie odpowiedzialność za wymagania lekowe pacjenta (Merks P., 2012). W Polsce w 2008 roku opieka farmaceutyczna została wpisana do ustawy o izbach aptekarskich jako jedna z usług farmaceutycznych świadczonych przez farmaceutę, czyli w rozumieniu polskiego prawa przez magistra farmacji (http://www.farmacjaija.pl). Ustawa o izbach aptekarskich podaje następującą definicję opieki farmaceutycznej: „opieka farmaceutyczna polega na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta" (DzU 1991, nr 41, poz. 179).

Pierwszym założeniem opieki farmaceutycznej jest nawiązanie kontaktu z indywidualnym pacjentem. Ważny jest sposób komunikacji między farmaceutą a pacjentem. Relacje te powinny polegać na zaufaniu i otwartości. Farmaceuta musi zapewnić odpowiednie miejsce do spotkań i rozmów z pacjentem, miejsce, które zagwarantuje poufność i komfort psychiczny obu stron. W takich warunkach zdobyte przez farmaceutę informacje służą do identyfikacji występujących lub potencjalnych problemów lekowych pacjenta. Identyfikacja problemów lekowych prowadzi do kolejnych elementów opieki farmaceutycznej, do których zaliczyć należy stałą kontrolę farmakoterapii poprzez cykliczne spotkania z pacjentem i dokumentowanie tego procesu. Te cechy odróżniają właściwą opiekę farmaceutyczną od zwykłego, codziennego i jednorazowego doradztwa farmaceutycznego podczas obsługi pacjenta w ekspedycji aptecznej. W procesie opieki farmaceutycznej farmakoterapia pacjenta jest monitorowana pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa, czyli występowania m.in. działań niepożądanych leków i interakcji lek – lek, lek – pożywienie, lek – suplement diety, lek – choroba (Skowron A., 2011). Ważnym założeniem opieki farmaceutycznej jest przejęcie przez farmaceutę odpowiedzialności za stosowane przez chorego leki, tak aby były możliwie najskuteczniejsze, najbezpieczniejsze, najwygodniejsze dla pacjenta, a także w miarę możliwości najtańsze. Zadanie to wymaga od farmaceuty wiedzy i dyscypliny oraz odpowiedniej organizacji pracy apteki. Opieka farmaceutyczna ma więc na celu bezpośrednie dobro pacjenta, wobec którego farmaceuta jest odpowiedzialny za jej jakość.

Idea opieki farmaceutycznej obejmuje konieczność stałego kontaktu farmaceuty z lekarzem prowadzącym pacjenta, który ma możliwość modyfikacji farmakoterapii na podstawie analizy i wskazówek farmaceuty. To sprawia, że prawidłowy proces opieki farmaceutycznej sprowadza się do wytworzenia partnerskiej współpracy między pacjentem, farmaceutą a lekarzem. A zatem opieka farmaceutyczna jest nieodzownym składnikiem opieki zdrowotnej i powinna być zintegrowana z innymi jej elementami, tzn. opieką lekarską, pielęgniarską, stomatologiczną itd.

Dla kogo jest opieka farmaceutyczna?

Wyróżnia się dwa modele opieki farmaceutycznej. Jeden model to opieka farmaceutyczna, którą obejmuje się wszystkie osoby stosujące dowolną farmakoterapię. Można ją prowadzić w przypadku pacjentów ze zdiagnozowanym jednym schorzeniem lub kilkoma, stosujących wiele leków oraz pacjentów podejmujących samoleczenie. Drugi model jest ukierunkowany

na osoby przewlekle chore wymagające stosowania leków stale, przez długi czas. Jest to model oparty na monitorowaniu efektów terapeutycznych. Model ten ma zastosowanie w przypadku pacjentów cierpiących na schorzenia, które dotykają dużej populacji społeczeństwa, takich jak np. astma, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze itd. Beneficjentem opieki farmaceutycznej może być każdy pacjent. Dla niektórych grup pacjentów opieka farmaceutyczna jest wyjątkowo przydatna, m.in. dla populacji osób starszych, pacjentów chorujących przewlekle, bez względu na wiek, którzy wymagają stałej farmakoterapii, kobiet w ciąży, matek karmiących, dzieci i osób stosujących wiele leków oraz chorzy, u których wystąpiły działania niepożądane leków stosowanych z przepisu lekarza, jak i w procesie samoleczenia.

Działania farmaceuty w opiece farmaceutycznej

W Polsce program opieki farmaceutycznej nie został jeszcze wdrożony. Wszelkie rozmowy pacjenta z farmaceutą są prowadzone przy tzw. pierwszym stole. Taka sytuacja uniemożliwia przeprowadzenie konsultacji w prywatnej i poufnej atmosferze oraz udaremnia konsekwentne monitorowanie pacjenta i zaleconego mu sposobu leczenia (Merks P. i in., 2013). To pokazuje, że rola polskiego farmaceuty jest znacznie ograniczona, co nie zmienia jednak faktu, że nie powinien on skupiać się jedynie na wydawaniu i wykonaniu leków, ale przede wszystkim powinien udzielać profesjonalnych porad. Rola farmaceuty ma kluczowe znaczenie zwłaszcza w przebiegu choroby przewlekłej, która wymaga właściwej edukacji pacjenta w zakresie stosowanych leków, stylu życia, a także samej choroby. Jednak by pomoc farmaceuty była skuteczna, musi zostać poprzedzona dobrze postawioną diagnozą lekarską lub samodiagnozą. Do prawidłowego prowadzenia opieki farmaceutycznej niezbędny dla farmaceuty jest też wywiad z osobą chorą, tak by możliwe było opracowanie planu opieki i edukacji pacjenta (Rutter P. 2006).

Wywiad z pacjentem

Kwestie, które powinien poruszyć farmaceuta, zamieszczono w tabeli 1.

Pytanie	Znaczenie
Wiek	W przypadku niektórych chorób przewlekłych wraz z wiekiem wzrasta ryzyko pojawienia się objawów choroby
Zdiagnozowane choroby	Są to bardzo ważne informacje, gdyż zostaje określona granica pomiędzy chorobami i dolegliwościami leczonymi przez lekarza a samoleczeniem
Dolegliwości i ich umiejscowienie	Te informacje są niezbędne do stwierdzenia, czy pomiędzy dolegliwościami a chorobą leczoną przez lekarza zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, czy dolegliwości mogą być leczone w procesie samoleczenia, czy pacjent bezwzględnie musi zgłosić się do lekarza
Przyjmowane leki	Zasadniczym działaniem farmaceuty jest identyfikowanie i rozwiązywanie problemów lekowych oraz zapobieganie im. To sprowadza się do analizy wszystkich przyjmowanych przez pacjenta leków, zarówno zaleconych przez lekarza, jak i przyjmowanych samodzielnie. Ważne jest tu uzyskanie informacji dotyczącej np. trudności w trakcie przyjmowania
Ogólny wywiad socjalny	Tryb życia pacjenta ma wpływ na występowanie, leczenie i rokowania choroby. Należy szczególną uwagę zwrócić na spożycie alkoholu, kawy i innych używek, nikotynizm, stres, nawyki żywieniowe. W przypadku wielu schorzeń ważną rolę odgrywa czynnik genetyczny, więc należy się dowiedzieć, czy występowały one w rodzinie pacjenta

Tabela 1. Wywiad farmaceutyczny w chorobie przewlekłej (opracowanie własne)

Tak przeprowadzony wywiad jest materiałem wyjściowym dla farmaceuty do analizy farmakoterapii pacjenta.

Rozpoznawanie problemów lekowych

Jest to najważniejsze działanie farmaceuty w procesie opieki farmaceutycznej. Farmaceuta ma możliwość przeanalizowania wszystkich stosowanych leków przez pacjenta łącznie. W trakcie analizy stosowanych leków farmaceuta zadaje pytania, na które szuka odpowiedzi w zebranym materiale dotyczącym farmakoterapii pacjenta.

Pytanie	Znaczenie
Wszystkie leki stosowane przez pacjenta	Pacjenci stosujący politerapię są narażeni w większym stopniu na wystąpienie problemów lekowych
Leki zalecone przez lekarza (schemat dawkowania, czas stosowania, przestrzeganie zaleceń)	Farmaceuta może sprawdzić wzajemne oddziaływanie leków zaleconych przez lekarzy poszczególnych specjalności, sprawdzić m.in. dublowanie leków, wzajemne wykluczanie się, zgodność zalecenia lekarza ze stosowaniem przez pacjenta, zgodność stosowania ze standardami, stosowanie poza wskazaniami, zachowany lub zmodyfikowany schemat dawkowania przez lekarza bądź pacjenta
Leki stosowane w samoleczeniu (kto zalecił, schemat dawkowania, czas stosowania)	Informacje niezbędne do analizy stosowanych leków np. pod względem interakcji z lekami zalecanymi przez lekarza
Trudności w stosowaniu leku	Informacje niezbędne do czynności edukacyjnych bądź wskazań do zmiany leku
Występowanie przeciwwskazań	Informacje niezbędne do odstawienia lub zmiany leku
Występowanie działań niepożądanych	Informacje niezbędne do rozwiązania problemu dolegliwości związanych z występowaniem działania niepożądanego
Występowanie interakcji	Informacje niezbędne do działania w zakresie zmiany lub odstawienia leku

Tabela 2. Pytania w trakcie analizy farmakoterapii (opracowanie własne)

Tak przeanalizowana farmakoterapia pacjenta pozwala farmaceucie na przyjęcie strategii działania oraz udzielenie pacjentowi wskazówek w zakresie jego farmakoterapii, a także lekarzowi prowadzącemu, w zakresie wykrytych problemów lekowych.

Edukacja pacjenta

Jednym z ważniejszych działań farmaceuty jest edukacja pacjenta w zakresie jego choroby, stosowanych leków i stylu życia. Na podstawie zgromadzonego w trakcie wywiadu materiału farmaceuta określa, jakie informacje są niezbędne dla pacjenta, by jego choroba i farmakoterapia były w pełni kontrolowane. Farmaceuta prowadzący opiekę farmaceutyczną przygotowuje materiały edukacyjne dla pacjenta obejmujące wiedzę zindywidualizowaną, dostosowaną do jego potrzeb.

Doradztwo farmaceutyczne

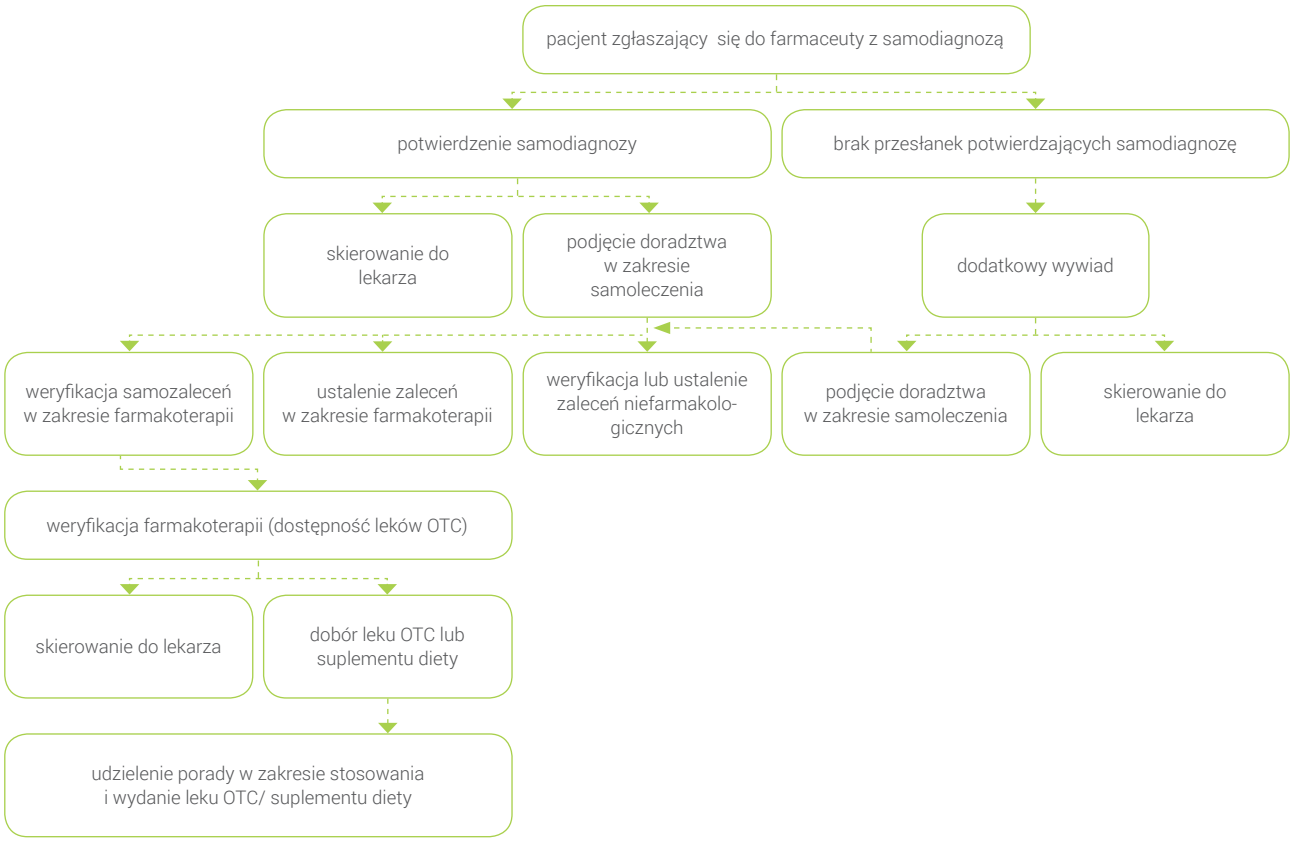
W Polsce zarejestrowanych jest kilkanaście tysięcy produktów leczniczych i suplementów diety, z których kilka tysięcy można nabyć bez recepty lekarskiej (OTC). Dla pacjenta oznacza to łatwiejszy dostęp do leków, a jednocześnie możliwość

podjęcia samoleczenia w przypadku wystąpienia dolegliwości lub choroby. Z tego powodu podstawowym zadaniem farmaceutów jest uświadomienie społeczeństwu konieczności skonsultowania się z farmaceutą lub lekarzem przed podjęciem decyzji dotyczących samodzielnego stosowania leków.

Decyzja o podjęciu samoleczenia zwykle jest podejmowana przez chorego w sytuacji, gdy:

- objawy świadczą o pojawieniu się dolegliwości rozpoznanej przez chorego jako łagodna i możliwa do zwalczenia bez konsultacji lekarskiej (np. niestrawność, przeziębienie),
- objawy dotyczą dolegliwości wcześniej rozpoznanej przez lekarza, a preparaty zalecone przez lekarza są dostępne bez recepty,
- chory otrzymał informacje o konieczności profilaktycznego stosowania leków,
- chory zdiagnozował schorzenie i podjął decyzję o samoleczeniu,
- leki mają wspomóc leczenie choroby przewlekłej,
- leki mają zmniejszyć lub usunąć objawy niepożądane związane z używaniem leków zalecanych przez lekarza.

Kierując się powyższymi motywami, chory może poprosić farmaceutę o wydanie konkretnego preparatu lub zwrócić się do niego o poradę i pomoc w jego wyborze. Najistotniejszą więc kwestią i podstawowym obowiązkiem farmaceuty w takiej sytuacji jest doradzanie pacjentowi. Na tok porady farmaceutycznej znacząco wpływa umiejętność komunikacji farmaceuty z pacjentem, motywacja do samodzielnego zażywania leków przez pacjenta oraz umiejętność decydowania w przypadku obu stron. W tym celu należy przeprowadzić krótki wywiad z chorym w celu uzyskania podstawowych informacji o jego problemach zdrowotnych i zweryfikowania trafności diagnozy oraz dokonanego wyboru leku. Każda porada farmaceuty, która dotyczy wyboru leków bez recepty, powinna przebiegać według przedstawionego schematu.



Schemat 1. Przebieg porady farmaceutycznej przy zakupie leku bez recepty (opracowanie własne)

Każdy etap porady wymaga od farmaceuty zadania szczegółowych pytań pomocnych w ustaleniu rodzaju leku, który może zastosować chory. Większa część pytań powinna być typu otwartego, co skłoni pacjenta do sformułowania samodzielnej odpowiedzi, a przez to umożliwi przekazanie wielu informacji ważnych z punktu widzenia farmakoterapii. Pośród zadawanych pytań muszą się znaleźć zapytania ogólne, niezwiązane z objawami wymienianymi przez pacjenta, i pytania szczegółowe dotyczące tych objawów. Sposób, w jaki farmaceuta zadaje pytania, ich rodzaj, a także informacje przekazane pacjentowi muszą być dostosowane do jego możliwości i poziomu percepcji.

Pytanie	Znaczenie
Z jakim problemem/ jaką dolegliwością zgłasza się pacjent?	Na podstawie wymienionych objawów farmaceuta podejmuje decyzję, czy pacjent może rozpocząć/ kontynuować samoleczenie, czy konieczna jest wizyta u lekarza
Kogo dotyczy problem/ dolegliwość?	Krótka charakterystyka pacjenta pod względem wieku oraz profilu zdrowotnego. Do osób, które wymagają szczególnej ostrożności i uwagi przy dobieraniu leku, zalicza się osoby starsze (powyżej 65. r.ż.), kobiety w ciąży, karmiące, dzieci, osoby stale stosujące farmakoterapię, osoby z przewlekłymi chorobami, chorych ze skłonnością do nadwrażliwości i uczuleń, z niewydolnością narządów, szczególnie wątroby i nerek, nadużywających leków, uzależnionych od narkotyków lub alkoholu. W każdej sytuacji farmaceuta powinien najpierw ustalić, czy osoba podejmująca samoleczenie nie zalicza się do jednej lub kilku grup ryzyka
Czy pacjent stosuje samoleczenie?	Należy zapytać, czy w trakcie występowania dolegliwości, z którymi zgłosił się pacjent, stosowano już samoleczenie. Jeżeli tak, to jakie preparaty i kto zalecił oraz z jakim skutkiem były stosowane
Czy pacjent choruje na choroby przewlekłe?	Należy zapytać o choroby przewlekłe i niewydolność wybranych narządów, ewentualną nadwrażliwość lub alergię na niektóre substancje lecznicze
Czy stosuje leki? Jakie?	Należy zapytać o stosowane leki, zwłaszcza gdy pacjent leczy się przewlekle. Ważne są również zidentyfikowanie i ocena indywidualnych czynników, które mogą wpłynąć na poprawę stanu zdrowia, np. takich jak niezdyscyplinowanie pacjenta

Tabela 3. Pytania farmaceuty zadawane podczas udzielania porady w procesie samoleczenia (opracowanie własne)

Na poziomie weryfikacji diagnozy farmaceuta powinien ocenić poprawność zidentyfikowanych objawów i postawionego przez pacjenta rozpoznania. Konieczne jest uzyskanie następujących informacji dotyczących:

- charakterystyki objawów, które zaniepokoiły pacjenta i skłoniły go do zakupu preparatu, w tym momentu pojawienia się objawów, czasu ich trwania i nasilenia,
- źródła odniesienia, czyli sposobu, w jaki chory zweryfikował chorobę,
- zweryfikowania kompleksowości objawów (czy pacjent rozpoznał wszystkie objawy związane z daną jednostką chorobową, czy wystąpiły okoliczności powodujące rozwój choroby).

Kiedy samodzielne postawienie diagnozy przez pacjenta jest niemożliwe, doradzanie powinno się ograniczyć do zalecenia konsultacji lekarskiej. Sprawa w znaczący sposób związana z zawodem farmaceuty odnosi się do prawnego wymiaru tego etapu porady. Prawo jednoznacznie określa uprawnienia w zakresie diagnozowania dla zawodu lekarza. Farmaceuta nie ma

więc prawa do stawiania diagnozy na podstawie opisanych przez chorego objawów czy też wyników badań. Farmaceuta może pomóc choremu samodzielnie postawić diagnozę, jego rolą jest też zweryfikowanie, wykrycie błędnie postawionej diagnozy i zbędnego używania leków.

Następny etap to weryfikacja wskazań do leczenia i do farmakoterapii. Farmaceuta podejmuje decyzję o konieczności stosowania leczenia farmakologicznego czy też niefarmakologicznego. Równocześnie ocenia możliwość zredukowania lub całkowitego usunięcia dolegliwości dzięki wprowadzeniu odpowiedniego leczenia. Na tym etapie priorytetem farmaceuty jest stwierdzenie, jakie metody leczenia są dostępne, i wskazanie najodpowiedniejszej z nich. W niektórych sytuacjach, pomimo prawidłowo postawionej przez pacjenta diagnozy, nie ma na rynku preparatów łagodzących opisywane dolegliwości. Może również wystąpić sytuacja, kiedy na rynku są dostępne preparaty łagodzące objawy, ale farmaceuta nie może podjąć czynności prowadzących do całkowitego wyeliminowania choroby bez konsultacji lekarskiej.

W przypadku stwierdzenia wskazań do farmakoterapii, farmaceuta powinien wybrać odpowiedni dla chorego preparat, uwzględniając rodzaj substancji leczniczej, postać leku, schemat dawkowania, czas trwania leczenia, możliwość wystąpienia działań niepożądanych oraz wskazówki dotyczące przechowywania i podawania leku. Taki lek powinien być najbezpieczniejszy, najskuteczniejszy i najbardziej efektywny kosztowo dla pacjenta. Po ustaleniu odpowiedniego preparatu należy określić jego dostępność w zakresie samoleczenia, czyli zweryfikować, czy może być wydany bez przepisu lekarza. Ostatni etap porady farmaceutycznej to wydanie leku OTC lub suplementu diety oraz dokładne poinformowanie pacjenta o schemacie i czasie stosowania. Każda porada farmaceuty, która kończy się wydaniem leku bez recepty, musi zawierać zalecenie konsultacji lekarskiej, w przypadku gdy dolegliwości nie ustąpią w ciągu kilku dni. Jeśli farmaceuta uzna, iż chory nie może samodzielnie podjąć leczenia i odmawia wydania leku bez recepty, powinien podać pacjentowi dokładny powód tej odmowy, np. wskazać choroby, które charakteryzują się zbliżonymi objawami, wytłumaczyć ryzyko związane z przyjmowaniem preparatu (szczególnie, gdy pacjent należy do grupy ryzyka) lub pokazać konsekwencje ekonomiczne.

W przypadku kiedy porada dotyczy wydania leków wcześniej zleconych przez lekarza, farmaceuta nie weryfikuje diagnozy w takim samym zakresie jak samodiagnozy pacjenta, musi się jednak upewnić, że wystąpiły takie same objawy jak poprzednio. Może wówczas wydać leki, które pacjent już przyjmował, pod warunkiem że można je nabyć bez przepisu lekarza. Powinien również sprawdzić, czy pacjent zna sposób dawkowania oraz czas trwania leczenia.

Rola farmaceuty w procesie samoleczenia

W procesie samoleczenia farmaceuta pełni funkcję informacyjną w pełnym zakresie farmakoterapii, prewencyjną w zakresie bezpieczeństwa farmakoterapii oraz jest obserwatorem i doradcą pacjenta.

Funkcja informacyjna

Do zadań farmaceuty powinna należeć przede wszystkim edukacja pacjentów w zakresie stosowanych leków oraz informowanie o możliwych interakcjach wynikających z ich łączenia. Warto zauważyć, że pacjent niejednokrotnie oczekuje pełnej informacji o stosowanych preparatach oraz o tych, które mogą być mu dodatkowo pomocne. Tylko farmaceuci posiadający pewną i usystematyzowaną wiedzę są w stanie przekazać ją pacjentom tak, aby nie wzbudzić ich wątpliwości ani nie doprowadzić do dwuznacznej interpretacji. Wiadomo, że wzrost świadomości pacjentów na temat przyjmowanych preparatów przyczynia się do polepszenia jakości terapii i uniknięcia podstawowych błędów wynikających z niewiedzy.

Ważny jest również sposób przekazu informacji, prosty i dopasowany do odbiorcy, ponieważ tylko wtedy można mówić o wzajemnym zrozumieniu. Pacjenci, którzy nie orientują się w kwestii leków, potrzebują fachowej, pełnej informacji o tym, jaki preparat stosują. Tylko obiektywne opinie dotyczące działania i skuteczności preparatów oraz różnic między nimi powinny mieć wpływ na ich zakup. Wskazane jest, aby to farmaceuta był źródłem prawdziwych i niezależnych danych o lekach i suplementach diety.

Rola prewencyjna

Ważnym zagadnieniem jest wykrywanie przez farmaceutów potencjalnych zagrożeń wynikających ze stosowania leków OTC i suplementów diety przez osoby przewlekle chore stale przyjmujące leki. Farmaceuta jest w stanie na podstawie zebranych informacji oszacować stosunek korzyści do ewentualnego ryzyka stosowania leków OTC i suplementów diety łącznie z lekami na choroby przewlekłe. Farmaceuta może odesłać pacjenta do lekarza, aby skonsultować zasadność stosowania leku OTC lub suplementu diety. Może doradzić preparat o analogicznym działaniu, nie powodujący interakcji, lub

poinformować o możliwości działań niepożądanych, jeśli nie są to niebezpieczne dla zdrowia sytuacje. Każda z możliwych dróg ma jeden początek, mianowicie szeroki zasób wiedzy, który umożliwia rozpoznanie groźnego w skutkach połączenia leku OTC/ suplementu diety z lekiem. Zatem jedną z ról farmaceuty jest dbanie o bezpieczeństwo stosowania leków OTC i suplementów diety, a przede wszystkim zapobieganie powikłaniom, szczególnie w przypadku politerapii u osób starszych.

Rola obserwatora i doradcy

Warto zauważyć, że pacjenci szukając rozwiązania dla konkretnego problemu zdrowotnego, coraz częściej zaopatrują się w leki OTC lub suplementy diety i oczekują od farmaceuty instrukcji ich stosowania. Wierzą, że dzięki wiedzy, doświadczeniu i chęci farmaceutów do niesienia pomocy, uzyskają najtrafniejszą poradę i zakupią produkty skuteczne i najbardziej odpowiadające ich potrzebom. W odpowiedzi na powszechność tego zjawiska farmaceuci powinni wnikliwie dociekać celu wizyty w aptece, rodzaju problemu pacjenta i jego preferencji w wyborze suplementów diety czy leków OTC. Wynika stąd potrzeba zaangażowania farmaceuty w każdy przypadek indywidualnie, poświęcenia czasu na dłuższą chwilę rozmowy z pacjentem. Ważna jest umiejętność słuchania i zadawania pytań. Przy wyborze leku OTC lub suplementu diety farmaceuta powinien się kierować przede wszystkim jakością produktu i przekonaniem o jego skuteczności. Propozycje dopasowane do preferencji i oczekiwań pacjentów świadczą o profesjonalizmie pracownika apteki.

Podsumowanie

W dobie zwiększającej się liczby leków zmieniających swój status z wydawanych na receptę (Rx) na status OTC czy nawet suplementów diety coraz częściej obowiązek przekazywania danych m.in. o działaniach niepożądanych spada na farmaceutę. Dawniej w większym stopniu dotyczyło to lekarzy, jednak w sytuacji, gdy pacjent podejmuje się samoleczenia, to właśnie farmaceuta jest osobą pierwszego kontaktu. Przekazywanie pacjentom informacji o działaniach niepożądanych, czy interakcji leków OTC z lekami wydawanymi z przepisu lekarza jest szczególnie ważne, ponieważ podnosi standardy opieki zdrowotnej (Szafarska D., 2011). Przeprowadzone w Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych badania pokazały, że działania niepożądane dotyczące stosowania leków są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów, przy czym około połowy z nich można było uniknąć (Węgrzyk J., 2004).

Zachowania Polaków w zakresie samodzielnego stosowania leków dostępnych bez recepty lekarskiej są niezmiernie ważne dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Polacy nie zawsze w pełni przestrzegają zaleceń dotyczących stosowania leków przeciwbólowych i przeciwprzeziębieniowych, jakie są chociażby zawarte w ulotkach (Drozd M. i in., 2012). Z badań wynika również, że pacjenci samodzielnie prowadzą także antybiotykoterapię, podczas której popełniają zasadnicze błędy dotyczące czasu trwania kuracji, przyjmowanej dawki, a nawet zbędnego przyjmowania antybiotyku przy przeziębieniu (Drozd M. i in., 2015). Dlatego też doniesienia o przedawkowaniach, nadużywaniu i zjawisku polipragmazji powinny skłaniać farmaceutów do włączenia się w działania edukacyjne na rzecz odpowiedzialnego samoleczenia i podjęcia wzmożonej pracy w zakresie udzielania szczegółowych informacji pacjentom stosującym samodzielnie leki OTC.

Bibliografia

1. Drozd M., Bator B., Olejniczak-Rabinek M., *Opinion of patients on analgesics drugs used in the process of self-medication*, Journal of Health Policy and Outcomes Research 2012, 2, s. 69-77.
2. Drozd M., Drozd K., Filip R., Byś A., *Knowledge, attitude and perception regarding antibiotics among polish patients*, Acta Poloniae Pharmaceutica. Drug Research 2015, 72(4) s. 807-817.
3. Hepler Ch., Strand L., *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*, Am J Hosp Pharm. 1990, 47, s. 533-554.
4. Jaehde U., Radziwill R., Kloft C., *Farmacja kliniczna*, MedPharm Polska, Wrocław 2014.
5. Łazowski J., *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*, Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa 2005.
6. Merks P., Olszewska A., Dehili Ch. i in., *Consultation room as one of the important aspects of implementation of advanced pharmaceutical services in Poland*, Farm Pol. 2013, 69(7).
7. Merks P., Sieradzka H., Stuss M., *Opieka farmaceutyczna, prawdziwe oblicza praktycznej współpracy lekarza i farmaceuty*, Bez recepty 2012, 10.

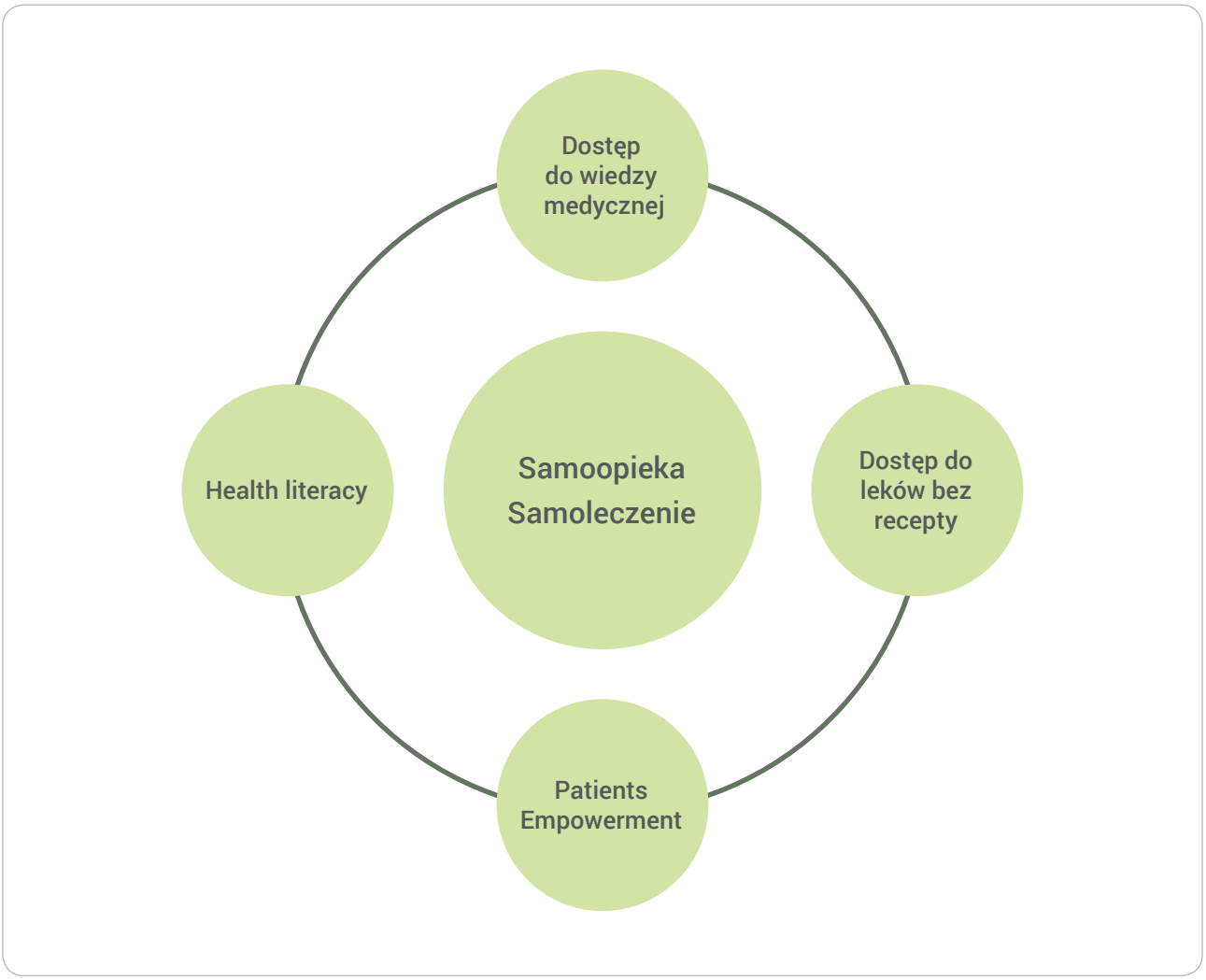
8. *Opieka farmaceutyczna w Polsce i na świecie*, [on-line] http://www.farmacjaija.pl/poradnik-farmaceuty/opieka-farmaceutyczna/opieka-farmaceutyczna-w-polsce-i-na-swiecie.html (dostęp 20.03.2015).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 roku w sprawie dopuszczenia do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego i punktach aptecznych produktów leczniczych, DzU 2010, nr 204, poz. 1353.
10. Rutter P., *Opieka farmaceutyczna, objawy, rozpoznanie i leczenie*, wydanie I polskie, red. Pluta J, Urban & Partner, Wrocław 2006.
11. Skowron A., *Model opieki farmaceutycznej dla polskiego systemu zdrowotnego*, FALL, Kraków 2011.
12. Szafarska D., *Samoleczenie. Bezpieczeństwo stosowania*, 2011, [on-line] http://www.farmacjaija.pl/poradnik-farmaceuty/akademia-farmaceuty/samoleczenie-bezpieczenstwo-stosowania.html (dostęp 7.02.2016).
13. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich, DzU 1991, nr 41, poz. 179, art. 2a. pkt 7, z późn. zmian.
14. Węgrzyk J., *Czy samoleczenie jest potrzebne*, 2014, [on-line] http://www.nazdrowie.pl/artykul/czy-samoleczenie-jest-potrzebne (dostęp 8.02.2016).

Samoleczenie i samoopieka w Polsce w kontekście trendów europejskich. Analiza porównawcza

Ewa Borek, Izabella Dessoulavy-Gładysz

Trend samoleczenia i samoopieki w krajach europejskich

Wraz z rozwojem powszechnego dostępu do wiedzy medycznej w internecie oraz postępem farmakoterapii upowszechnia się na świecie i w Polsce model samodzielnego diagnozowania problemów zdrowotnych przez pacjentów oraz podejmowania przez nich prób leczenia z użyciem leków dostępnych bez recepty lub środków pochodzenia roślinnego. Rozwija się zjawisko „doktora Google'a" rozumiane jako stawianie diagnozy przez osoby nieposiadające wykształcenia medycznego, wnioskujące na podstawie własnej obserwacji skonfrontowanej z informacjami pochodzącymi z internetu oraz podejmujące próby samodzielnego leczenia. W społeczeństwie rozszerza się ogólna wiedza, jak postępować, aby utrzymać zdrowie lub poradzić sobie w przypadku problemów zdrowotnych, określana jako *health literacy*. Rośnie odpowiedzialność pacjentów za swoje zdrowie i umacnia się tzw. *patient empowerment*, jak określana jest postawa pacjenta zaangażowanego, posiadającego wiedzę i umiejętności posługiwania się nią w trosce o własne zdrowie. Samoleczenie przybiera formy *self-care* rozumianej szeroko jako samoopieka (świadome zaangażowanie pacjenta w dbanie o własne zdrowie, które polega na indywidualnym podejmowaniu działań w zakresie utrzymania lub wzmacniania zdrowia) lub *self-medication*, czyli doraźnego, opartego na wiedzy i lekach dostępnych bez recepty leczenia samodzielnie rozpoznanych objawów do momentu konsultacji z lekarzem, czy też *self-treatment* pojmowanego jako współpraca w procesie leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi w celu utrzymania ich objawów w stanie stabilnym i unikania zaostrzeń.

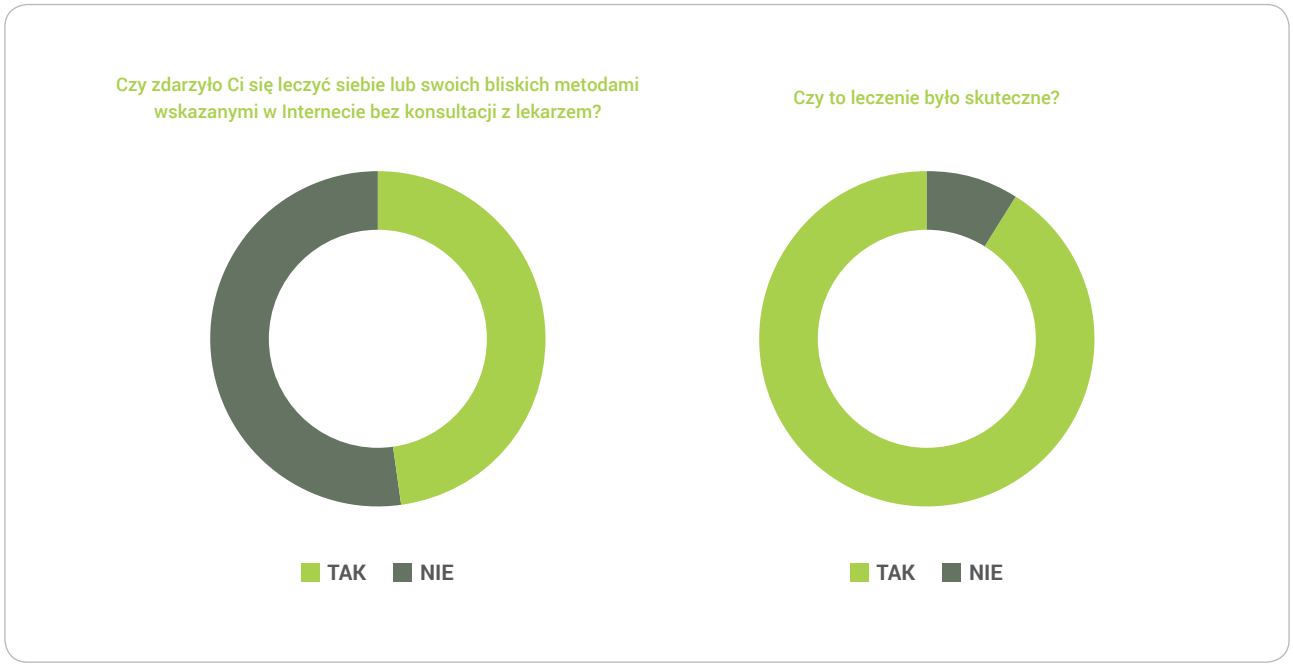


Schemat 1. Zjawiska odpowiedzialne za rozwój trendu samoleczenia na świecie. Opracowanie własne

Trend samoleczenia jest bardzo wyraźny zarówno w krajach europejskich, jak i na świecie. W Europie samoleczenie jest doceniane przez instytucje Unii Europejskiej oraz WHO z uwagi na jego korzystny wpływ na zmniejszenie zużycia zasobów opieki zdrowotnej oraz ograniczenie publicznych wydatków na zdrowie (EU, Commission of the European Communities, 2008):

- w przypadku osób zdrowych wysoka świadomość zdrowotna przekłada się na dbałość o utrzymanie się jak najdłużej w zdrowiu, co zmniejsza ryzyko konieczności interwencji medycznych,
- w przypadku wystąpienia banalnych chorób poprzez podjęcie przez osoby chore wczesnej samodzielnej interwencji dochodzi do ograniczenia nasilenia objawów i uniknięcia korzystania z profesjonalnej pomocy,
- w przypadku świadomej współpracy w procesie leczenia u pacjentów z chorobami przewlekłymi są one utrzymywane w stanie stabilnym i rzadziej dochodzi do zaostrzeń wymagających hospitalizacji.

Ekonomiczne korzyści dla europejskiej gospodarki wynikające ze wzrostu skali samoleczenia o 5% oszacowano w badaniu Economic and Public Health Value of Self-Medication przeprowadzonym w 2004 roku na zlecenie AESGP na 16 mld euro (AESGP, 2004). Badania prowadzone w krajach europejskich wskazują, że korzyści z samoleczenia dostrzegają także obywatele, którzy w zdecydowanej większości samoleczenie praktykują. W Austrii i Słowenii samodzielne stosowanie leków potwierdza 77% obywateli, we Francji 64%, a w Wielkiej Brytanii aż 87% (AESGP, 2012). Co drugi pacjent w Polsce podejmuje próbę samoleczenia, a 90% tych prób kończy się powodzeniem (ARC Rynek i Opinia, 2012).

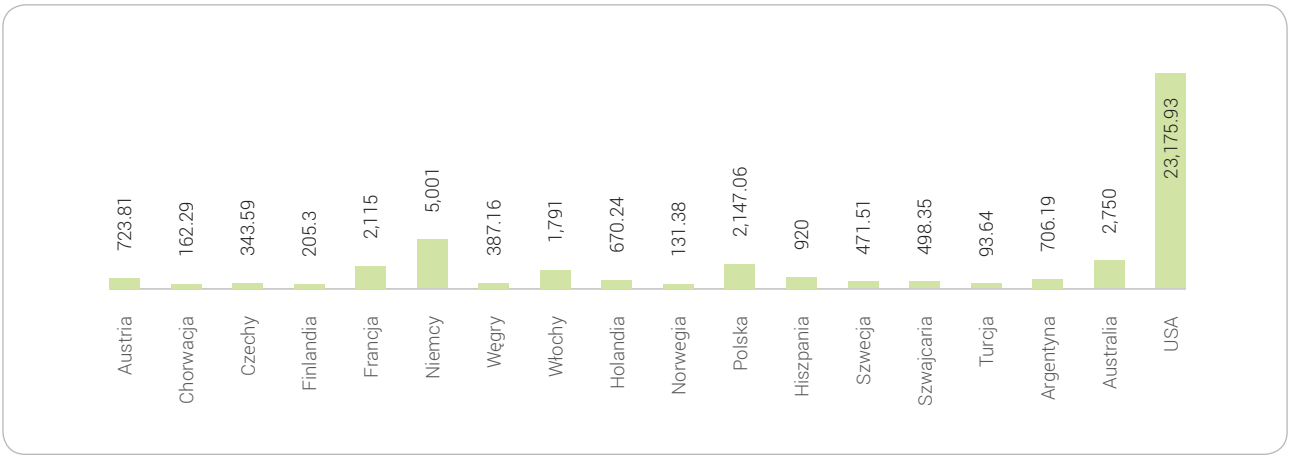


Wykres 1. Na podstawie ARC Rynek i Opinia, „Internet leczy skutecznie"

Komisja Europejska, rozumiejąc problem narastania kosztów w opiece zdrowotnej oraz aspekt starzenia się społeczeństw, podejmuje inicjatywy mające na celu wzmocnienie potencjału samoopieki, zwłaszcza w grupach pacjentów z chorobami przewlekłymi. Finansuje międzynarodowe projekty badawcze i rozwojowe mające na celu dostarczenie narzędzi do wsparcia samoopieki i samoleczenia w grupach pacjentów z chorobami układu krążenia i cukrzycą (projekty EU-WISE oraz EUGENIE). Państwa rozwijają publiczne, autoryzowane zasoby wiedzy prezentowane w sposób nowoczesny i przyjazny dla pacjentów i wspierające ich w podejmowaniu wyzwań samoleczenia. Takim przykładem jest publiczny brytyjski portal dla pacjentów NHS Choices http://www.nhs.uk/pages/home.aspx.

Badanie online przeprowadzone przez Nielsen w 2009 roku w 50 krajach i obejmujące 25 tys. osób wykazało, że w przypadku wystąpienia pierwszych typowych objawów choroby 33% respondentów na świecie zawsze lub prawie zawsze podejmuje próbę samoleczenia z zastosowaniem leków. W Polsce pozytywnie na to pytanie odpowiedziało 38% respondentów badania online, co plasuje ją w grupie krajów UE, w których model samoleczenia jest najbardziej upowszechniony (Wielka Brytania, Hiszpania, Francja i Polska) (Nielsen, 2009). Jednocześnie aż 14% respondentów w Polsce w porównaniu z 8% w krajach UE wskazało, że nigdy nie korzysta z leków w celu złagodzenia typowych objawów.

Wykres 3. Na podstawie Nielsen 2009



Wykres 4. Rynek leków stosownych w samoleczeniu w wybranych krajach w mln euro, AESGP 2014

W świetle danych AESGP w 2014 roku Polska była po Niemczech drugim co do wielkości w Europie rynkiem produktów stosowanych w samoleczeniu. Jak wygląda powszechność samoleczenia w Polsce na tle tego zjawiska w innych krajach europejskich? Czy fakt, że język polski nie wykształcił określeń na zjawiska związane z samoleczeniem, może sugerować, że trend nie jest obecny w naszym kraju w pełnym wymiarze? A może jesteśmy pod tym względem w czołówce krajów europejskich? Co sprzyja, a co przeszkadza przejmowaniu przez Polaków odpowiedzialności za własne zdrowie?

Trend samoleczenia i samoopieki w Polsce

W ostatnich latach obserwujemy znaczące zmiany dotyczące postaw Polaków związanych z troską o zdrowie i korzystanie z opieki medycznej. Taki kierunek jest zgodny ze stanowiskiem Parlamentu Europejskiego, że obywatele Unii powinni przejmować odpowiedzialność za swoje zdrowie. W badaniu CBOS z roku 2012 „Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach" (CSIOZ, 2002) zdecydowana większość osób (74%) potwierdziła, że odpowiedzialność za własne zdrowie spoczywa przede wszystkim na nas samych (na odpowiedzialność odpowiednich władz wskazuje 20% badanych).

Według „Diagnozy społecznej" (Diagnoza Społeczna, 2013) opisującej Polaków w 2013 roku, już wtedy 65% osób wskazało zdrowie wśród trzech głównych warunków udanego i szczęśliwego życia. Porównanie z wynikami z lat poprzednich wskazuje na wyraźny trend coraz większego zaangażowania pacjentów w procesy terapeutyczne i działania profilaktyczne, w tym prowadzenie zdrowego trybu życia. Jednocześnie 74% respondentów deklaruje, że odpowiedzialność za zdrowie spoczywa na nich samych, co dodatkowo jest potwierdzane rosnącym odsetkiem osób dbających o zdrowie. Zmiana nastawienia do kwestii zdrowotnych przekłada się na rozwój rynku preparatów z obszaru samoleczenia. Według raportu PMR „Rynek produktów OTC w Polsce 2015. Prognozy rozwoju na lata 2015-2020" (PMR, 2015) w 2014 roku wartość rynku produktów OTC w Polsce wyniosła około 9,7 mld zł.

Historia samoleczenia w Polsce

Zjawisko zwane samoleczeniem jest znane od wieków i występuje w każdym społeczeństwie bez względu na stopień jego rozwoju technologicznego i kulturowego. W Polsce dostępność do leków bez recepty, w tym poza aptekami, sięga okresu międzywojennego. W okresie powojennym przepisy regulujące możliwość ich zakupu stopniowo liberalizowano, dbając, by były dostępne na terenach wiejskich poprzez sprzedaż wybranych kategorii w kioskach „Ruchu", zielarniach i sklepach drogeryjnych. Znaczny rozwój samoleczenia na świecie miał miejsce w latach 70. w związku z dostępem do pierwszych nowoczesnych leków i poszerzeniem uprawnień pacjentów, natomiast w Polsce dopiero w latach 90. wraz ze zmianami społeczno-politycznymi i powstaniem wolnego rynku nastąpiło zarówno zwiększenie różnorodności preparatów OTC, jak i ich sprzedaży. Zaczęły się też wzorem krajów rozwiniętych (USA, Niemiec, UK) kształtować początki aktywnej i świadomej postawy pacjenta w zakresie profilaktyki i leczenia. Zapoczątkowana została moda na zdrowy styl życia, prozdrowotne diety i aktywność fizyczną. Naturalnie wzrosło więc zainteresowanie preparatami o działaniu profilaktycznym, jak również lekami wydawanymi bez recepty lekarskiej. Dostęp do nowoczesnych leków OTC w Polsce w stosunku do krajów zachodnich nastąpił średnio z około 10-letnim opóźnieniem, tym niemniej dynamika rozwoju rynku i szybki wzrost świadomości społecznej doprowadziły do stopniowego zacierania się różnic.

Samoleczenie jako podejmowanie decyzji dotyczących terapii bez konsultacji z lekarzem jest obecnie w Polsce zjawiskiem powszechnym. Jak wynika z badań prowadzonych przez CSIOZ (Paczkowska M., 2015), ok. 75% Polaków korzysta z leków dostępnych bez recepty. Jest to liczba podobna do liczby pacjentów w innych krajach Europy pomimo różnic istniejących w systemach opieki zdrowotnej, a czasem także w dostępności leków wydawanych bez recepty. Rozwój samoleczenia jest procesem naturalnym i nieuniknionym. Sprzyja zwiększaniu wiedzy pacjentów, wspiera ich poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie. Badanie Ipsos „Polski konsument OTC" (Ipsos, 2010) ujawnia, że co czwarty sprzedawany produkt leczniczy w naszym kraju to lek sprzedawany bez recepty. W zależności od wskazania terapeutycznego korzysta z nich od 60% do ponad 90% Polaków. Najczęściej kupowane są leki bez recepty (78%) oraz witaminy (41%). Na dużą popularność tej formy leczenia wpływa kilka głównych czynników, do których należą problemy systemowe w postaci znacznych utrudnień w dostaniu się do lekarza, wysokie koszty prywatnego leczenia oraz łatwa dostępność leków z kategorii OTC. Można też wskazać czynniki behawioralne związane z większą samodzielnością i odpowiedzialnością za własne zdrowie i samopoczucie, a także przejściowy czy sezonowy charakter dolegliwości.

Jak często i w jakich sytuacjach leczymy się sami?

Zdolność obserwacji własnego organizmu, wiedza, jak interpretować objawy, oraz umiejętność samodzielnego wyboru właściwego leku niwelują bariery, hamują lęk przed wzięciem odpowiedzialności za własne zdrowie i leczenie. Z ogólnopolskiego badania Ipsos (Ipsos, 2010) wynika, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 73% respondentów korzystało z samoleczenia, ale jedynie dla 21% z nich było to wyłącznie samoleczenie, pozostałe 74% łączyło stosowanie leków OTC z wizytą u lekarza. Na samodzielne leczenie bez porady lekarskiej ankietowani decydowali się w przypadku lżejszej choroby i słabszego bólu (60%) oraz wcześniejszego doświadczenia (46%). Najpopularniejsze dolegliwości, które leczymy sami, to przeziębienie i grypa (63%), bóle głowy (48%), katar (45%), ból gardła (37%) oraz bóle kręgosłupa i stawów (18%). Trzy czwarte respondentów, wybierając sposób leczenia, korzysta z własnej wiedzy, ponad połowa z sugestii rodziny i znajomych, a tylko 40% ankietowanych konsultuje się z farmaceutą. Do najważniejszych powodów samoleczenia przy wykorzystaniu leków bez recepty Polacy zaliczyli brak konieczności wizyty u lekarza w celu uzyskania recepty (34%) oraz dostępność leków w wielu miejscach (31%).

Informacje o lekach i chorobach

Jednym z podstawowych warunków skutecznego samoleczenia jest bezpieczne stosowanie leków dostępnych bez recepty. Prawo UE wprowadziło regulacje dotyczące tego, jak powinny być znakowane opakowania leków oraz jak powinna wyglądać informacja dołączona do opakowania leku, tak aby spełniała normy bezpieczeństwa. Według danych zgromadzonych przez WSMI w 2006 roku (WSMI, 2009) z dołączonej do leku informacji korzysta duży odsetek pacjentów. W Wielkiej Brytanii jest to aż 97%, w USA 96%, w Hiszpanii 83%, a w Polsce tylko 70%. Polska w porównaniu z innymi krajami ma najniższy odsetek osób korzystających z informacji dołączanych do leku. Z badań przeprowadzonych przez Ipsos w 2010 roku (Ipsos, 2010) wynika, że jedynie 39% Polaków zadeklarowało regularne czytanie informacji dołączonych do opakowania preparatu OTC, 42% robi to czasami, a 15% nigdy nie zapoznaje się z tymi materiałami.

Istotnym źródłem wiedzy o chorobach i ich leczeniu są dla polskiego społeczeństwa powszechne w polskich mediach reklamy leków sprzedawanych bez recepty. Zjawisko wymaga zbadania, jednak wobec braku zrównoważenia tego kanału dostępu do wiedzy przez publiczne, autoryzowane źródła informacji o typowych chorobach i ich leczeniu istnieje ryzyko podejmowania prób samoleczenia przez obywateli edukowanych przez media wyłącznie.

Rola farmaceuty

Nieocenionym i niezastąpionym źródłem wiedzy o leku są farmaceuci. Oznacza to dla nich konieczność edukacji zarówno własnej, jak i pacjenta. Farmaceuci często pozostają ostatnią instancją pomagającą w racjonalnym wyborze leku lub wręcz decydującą o tym, czy dany lek wydać. Rola farmaceuty została określona przez WHO (WHO, 1988), która zaleca, aby farmaceuta doradzał pacjentowi i informował go o stosowanych lekach oraz by efektywnie współpracował z lekarzem dla zapewnienia zgodności porady i informacji udzielanej pacjentowi. Badania TNS OBOP z 2012 roku (TNS OBOP, 2002) wskazują, że w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (Polska, Czechy, Węgry, Słowacja) farmaceuci cieszą się dużym zaufaniem pacjentów w sprawach związanych z samoleczeniem lekami OTC. 50% mieszkańców tych krajów zasięga porady farmaceuty o leku OTC, a jedynie 38% wszystkich badanych korzysta z porady lekarskiej. W Polsce 55% respondentów korzystało z porady farmaceuty, a 40% konsultowało zażywanie leków OTC z lekarzem.

Z działalnością edukacyjną farmaceutów wiąże się nowy rodzaj usługi, tzw. opieka farmaceutyczna. W jej ramach farmaceuta ma za zadanie upewnić się, czy pacjent wie, jak stosować dany lek i z jakimi lekami nie powinien być on łączony, oraz w razie potrzeby edukować w tym zakresie. Farmaceuta zbiera też informacje o chorobach pacjenta. Celem tak rozumianej opieki farmaceutycznej jest zwiększenie skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leków (Szumska-Olczak A.). W Polsce opieka farmaceutyczna nie jest finansowana w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Jest ona o tyle ważna, że na rynku pojawia się coraz więcej leków bez recepty oraz suplementów diety. Pacjenci, którzy nie korzystają z fachowej porady, nie czytają ulotek, nie zdają sobie sprawy z tego, że łączenie różnych preparatów może powodować poważne skutki uboczne. W krajach europejskich (Szumska-Olczak A.), np. w Niemczech czy Holandii, opieka farmaceutyczna jest realizowana od dawna. W Holandii zmiany nastąpiły w połowie lat 90. Wprowadzono wówczas elektroniczną kartę pacjenta, a opieka farmaceutyczna znalazła się w programie resortu zdrowia. W Holandii nie tylko lekarze, lecz także farmaceuci mają dostęp do bazy danych zawierającej historie chorób pacjentów. Apteka nie wygląda jak drogeria. Rozmowy z pacjentem odbywają się w specjalnie przeznaczonych do tego pomieszczeniach. Farmaceuta jest w stałym kontakcie z lekarzem prowadzącym, aby konsultować zleconą pacjentowi terapię.

Korzyści systemowe z samoleczenia i opinie lekarzy

Samoleczenie stanowi dzisiaj istotny element sytemu opieki zdrowotnej, co obserwujemy także w opiniach profesjonalistów medycznych. W badaniu przeprowadzonym przez Sequence HC Partners (Sequence HC Partners, b.r.) obejmującym lekarzy POZ, w tym pediatrów i ginekologów, potwierdzają oni potrzebę udostępnienia pacjentom możliwości samoleczenia, zwłaszcza w przypadku lżejszych dolegliwości (71%). W zasadzie wszyscy badani lekarze (98% lekarzy pierwszego kontaktu i pediatrów) potwierdzają, że w codziennej praktyce rekomendują pacjentom preparaty dostępne bez recepty, a przy lżejszych dolegliwościach zalecają je w pierwszej kolejności. Poprzez łatwy dostęp pacjentów do preparatów z zakresu samoleczenia znacznie poszerzają się ich możliwości uzyskania pomocy, szczególnie w dolegliwościach nagłych. Według danych Sequence lekarze nie mają raczej wątpliwości co do skuteczności preparatów stosowanych w samoleczeniu (Sequence HC Partners, b.r.), 83% lekarzy pierwszego kontaktu i 90% pediatrów ocenia je jako skuteczne. Większość badanych lekarzy uważa preparaty z zakresu samoleczenia również za bezpieczne (taką opinię wyraża 64% lekarzy pierwszego kontaktu i 81% pediatrów).

Rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa napotykają bariery w związku z ograniczeniami finansowymi systemu opieki zdrowotnej. Ponadto zwiększająca się świadomość pacjentów przekłada się na systematyczny wzrost oczekiwań co do dostępu do usług medycznych i ich jakości. Możliwość samodzielnego radzenia sobie z profilaktyką, powszechnymi dolegliwościami i schorzeniami niesie oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej niezależnie od sposobu jego finansowania (Sequence HC Partners, b.r.). Oszczędności te wynikają z ograniczenia wizyt lekarskich oraz zmniejszenia kosztów refundacji leków. Oszacowano, że gdyby 5% recept na leki refundowane zastąpić preparatami OTC, to w 2004 roku kraje ówczesnej Unii Europejskiej zaoszczędziłyby 11,5 mld euro (Szumska-Olczak A.). Sequence HC Partners (Sequence HC Partners, b.r.)

w raporcie „Znaczenie i rola samoleczenia w polskim systemie ochrony zdrowia" wskazuje, że możliwość wykupywania preparatów bez recepty pozwala obecnie zmniejszyć publiczne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce o 4,4 mld zł rocznie. Oszczędności te wynikają z braku konieczności wizyty u lekarza oraz, dodatkowo, w bardzo niewielkim stopniu z mniejszej kwoty refundacji leków w aptekach otwartych. Możliwość korzystania z samoleczenia to oszczędność czasu i pieniędzy także dla pacjentów (Sequence HC Partners, b.r.). Polscy pacjenci oszczędzają 1,4 mld zł rocznie dzięki mniejszym wydatkom na prywatne wizyty u lekarzy, mniejszej odpłatności za leki oraz rzadszemu korzystaniu ze zwolnień lekarskich.

Biorąc pod uwagę, że budżety wszystkich krajów świata nie są w stanie zaspokoić potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, systemowe wdrożenie rozwiązań promujących samoleczenie może przyczyniać się do poprawy jakości opieki zdrowotnej poprzez alokację środków tam, gdzie obecnie ich brak.

Już dzisiaj pacjenci negatywnie oceniają jakość i dostępność usług medycznych w publicznej służbie zdrowia. Problemy te będą się systematycznie pogłębiać w związku z niekorzystnymi zmianami demograficznymi prowadzącymi do znaczącego wzrostu zapotrzebowania na opiekę medyczną i, co się z tym wiąże, do wzrostu kosztów jej funkcjonowania.

Podsumowanie

Samoleczenie jest więc trendem korzystnym dla pacjenta, systemu opieki zdrowotnej i finansów publicznych. Należy jednak podkreślić, że niezbędnym elementem odpowiedzialnego samoleczenia jest edukacja pacjentów, w której prowadzenie powinni być włączeni zarówno lekarze, jak i farmaceuci. O skali wykorzystania potencjału samoleczenia decyduje więc dostępność do leków i informacji. W Polsce brakuje autoryzowanych, publicznych źródeł wiedzy na ten temat na wzór brytyjskiego NHS Choices, wskazującego, jak można się leczyć samodzielnie i bezpiecznie w przypadku wystąpienia typowych, popularnych objawów chorobowych. O bezpieczeństwie samoleczenia decyduje również dostępność fachowego wsparcia, jakie pacjent może otrzymać w aptece i placówce opieki zdrowotnej od farmaceuty. Polacy podjęli wyzwanie samoleczenia. Byłoby ono bezpieczniejsze, gdyby mieli wsparcie w publicznych, autoryzowanych źródłach wiedzy na temat chorób, które można leczyć samodzielnie, oraz w poradzie farmaceuty dotyczącej leków, dostępnej w aptece i placówkach opieki zdrowotnej.

Bibliografia

1. ARC Rynek i Opinia 2012, *Internet leczy skutecznie?*
2. EU, Commission of the European Communities, *Safe, innovative and accessible medicines: A Renewed Vision for the Pharmaceutical Sector*, http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0666:FIN:en:PDF, 2008.
3. AESGP, *The Economic and Public Health Value of Self-Medication*, http://www.aesgp.eu/media/cms_page_media/68/2004study.pdf. 2004.
4. AESGP, *Self-care. A winning solution for citizens, healthcare professionals and health systems*, http://www.aesgp.eu/media/cms_page_media/68/Self-Care%20A%20Winning%20Solution.pdf, 2012.
5. Nielsen 2009, *The Changing Landscape. A Multi-Country Study Undertaken with ASGP. Online Survey In 50 Countries*, http://www.selfcareforum.org/wp-content/uploads/2011/07/AESGPResearchJun09.pdf, 2009.
6. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Drug Benefit Trends 2002*, www.csioz.gov.pl.
7. CBOS 2012, *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*.
8. Diagnoza Społeczna 2013.
9. Ipsos, Polski konsument OTC. Edycja 2010.
10. Paczkowska M., *Korzystanie z leków i ich dostępność*, CSIOZ, raport z badań 2007.
11. PMR, *Rynek produktów OTC w Polsce 2015*.
12. Szumska-Olczak A., *Farmacja i ja*.
13. Sequence HC Partners, *Znaczenie i rola samoleczenia w polskim systemie ochrony zdrowia*.
14. TNS OBOP 2002, *Rady zza lady. Mieszkańcy Europy Środkowo-Wschodniej wolą farmaceutów od lekarzy*.
15. WHO, *Rola i zadania farmaceuty w aptece otwartej w europejskim systemie opieki zdrowotnej*, Madryt 1988.
16. WSMI, *Responsible Self-care and Self-medication*, 2009.

II. Samoleczenie jako element stylu życia i zarządzania własnym zdrowiem

Self-care, self-management – samoleczenie jako element stylu życia oraz początek zdrowego systemu zdrowia

Tomasz Sobierajski

Ochrona zdrowia obywateli jest jedną z fundamentalnych funkcji współczesnego państwa. Ma ona wielowymiarową strukturę, a jej sprawne funkcjonowanie zależy od wielu czynników. Głównymi komponentami dobrze działającego systemu ochrony zdrowia w państwie są zintegrowane działania władzy publicznej, ustawodawczej i wykonawczej, organizacji rządowych i pozarządowych powołanych do realizacji określonych zadań na rynku zdrowia, publicznych i niepublicznych placówek ochrony zdrowia oraz – co niezwykle ważne – samych obywateli, którzy dzięki pracy i działaniom wyżej wymienionych instytucji mogą trwać w dobrym zdrowiu. Funkcjonowanie powyższych elementów systemu ochrony zdrowia wpisuje się w koncepcję pól zdrowotnych Lalonde'a, byłego kanadyjskiego ministra zdrowia. Lalonde na początku lat 70. wyróżnił cztery nadrzędne determinanty mające wpływ na zachowanie zdrowia i określił procentowo ich wagę w kształtowaniu promocji zdrowia i postaw prozdrowotnych, a co za tym idzie – uwarunkowań polityki zdrowotnej całego państwa. Jego zdaniem zdrowie człowieka zależy od kilku zintegrowanych czynników: stylu życia (55%), środowiska fizycznego i społecznego (20%), uwarunkowań biologicznych i genetycznych (15%) oraz organizacji systemu opieki zdrowotnej (10%) (Lalonde M., 1974).

Powyższa koncepcja wpisuje się doskonale w definicję zdrowia, która została opracowana i przyjęta kilkadziesiąt lat wcześniej przez WHO. Definicja ta wyznaczała nowe kierunki w pojmowaniu zdrowia i patrzyła na nie z holistycznej perspektywy, zwracając uwagę nie tylko na fizyczne uwarunkowania człowieka, ale także na jego stan psychiczny i środowisko społeczne, w którym żyje. Wzajemne oddziaływanie tych trzech obszarów życia człowieka stanowi wypadkową świadczącą o stanie jego zdrowia.

Definicja WHO zrywała z biomedycznym modelem zdrowia, zgodnie z którym zdrowie to brak choroby, a pacjent to odhumanizowany, biologiczny byt niezdolny w chorobie do współpracy z lekarzem i nawiązywania z nim partnerskiej relacji w celu poprawy swojego stanu zdrowia. Leżące u podstaw dawnego modelu biomedycznego kartezjańskie postrzeganie ludzkiego organizmu jako ułomnej maszyny składającej się z tysiąca drobnych elementów, którą w wypadku choroby należy rozłożyć na czynniki pierwsze i reperować bez zwracania uwagi na psychiczne i społeczne aspekty funkcjonowania człowieka, słabo się sprawdza w ponowoczesnych społeczeństwach. W dzisiejszych czasach znakomita większość osób działających w obszarze zdrowia zdaje sobie sprawę z tego, że zdrowie, zgodnie ze wspomnianymi wytycznymi WHO, to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a utrzymanie człowieka w zdrowiu zależy od bardzo wielu czynników i ma holistyczny charakter.

Co więcej, jest to dynamiczny proces, zależny w głównej mierze od fizycznych i psychospołecznych zasobów jednostki, które pozwalają jej na radzenie sobie ze stresorami, czyli czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi mającymi wpływ na zachowanie jej w zdrowiu (Antonovsky A., 2005). Zatem zdrowie człowieka to – jak zauważył Capra – podlegający wielu uwarunkowaniom „stan, w którym panuje synchronizacja fizyczna i umysłowa z samym sobą, jak również z otaczającym światem" (Capra F., 1987). I o ile kilkadziesiąt lat temu definiowanie zdrowia jako wielowymiarowego dobrostanu wzbudzało wiele kontrowersji, o tyle dziś po przeprowadzeniu liczonych w tysiącach wieloletnich, skomplikowanych, rzetelnych badań i analiz porównawczych wiemy, że stany fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka to system naczyń połączonych. A zachwianie równowagi w którymś z tych stanów powoduje automatycznie zaburzenie równowagi w pozostałych elementach. Dla przykładu osoba, która jest nosicielem wirusa HIV, nierzadko jest odrzucana przez społeczność, co może mieć bezpośredni wpływ na proces leczenia. Wiadomo również, że osoby samotne są dużo bardziej podatne na zachorowania. I z drugiej strony – osoby otoczone opieką najbliższych lepiej radzą sobie w chorobie i szybciej udaje się im wrócić do zdrowia fizycznego.

Wnikliwa analiza porównawcza badań epidemiologicznych i badań społecznych dostarcza cennej wiedzy na temat roli wielu czynników w utrzymaniu dobrej kondycji zdrowotnej człowieka. Przykładem na to są badania z lat 50. prowadzone przez Talcotta Parsonsa, jednego z najwybitniejszych amerykańskich socjologów, wskazujące na prostą zależność pomiędzy powodzeniem w życiu, w które wliczony jest sukces w pracy oraz sukces w życiu prywatnym, a zdrowiem stanowiącym najcenniejszy kapitał, fundament, na którym można stawiać społeczną konstrukcję własnej wersji rzeczywistości (Barański J., 2002). Parsons jako pierwszy zdefiniował zdrowie na gruncie socjologii, określając je jako stan, w którym „jednostka

wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i wykonywania zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji" (Parsons T., 1969). Brak zdrowia powoduje utratę płynności funkcjonowania społeczeństwa jako całości. Zdrowie jest zatem naczelną wartością dla społeczeństwa, ponieważ chora jednostka zagraża prawidłowemu funkcjonowaniu systemu społecznego z uwagi na to, że nie jest w stanie pełnić przypisanych jej, oczekiwanych społecznie ról.

Powyższe rozważania na temat charakteru zdrowia jako dynamicznego procesu uzależnionego od wielu czynników skłaniają do dwóch ważnych konstatacji. Po pierwsze, zdrowie nie jest niezależne od jednostki, choć wpływ na nie ma wiele zewnętrznych uwarunkowań. Po drugie, za budowanie długofalowej polityki ochrony zdrowia jest odpowiedzialne państwo, które powinno zapewniać obywatelom takie warunki społeczno-ekonomiczne, jakie będą służyć zachowaniu przez nich zdrowia. Integralnym i jednym z podstawowych elementów polityki ochrony zdrowia realizowanej przez państwo jest edukowanie obywateli w zakresie zdrowia i chorób, wpisane w promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną. Bowiem prozdrowotny tryb życia, niezależnie od wyborów jednostki, opiera się w głównej mierze na promocji odpowiednich zachowań prozdrowotnych i nieustannym dostarczaniu obywatelom, przy pomocy wszystkich możliwych środków przekazu, informacji na temat zachowania równowagi zdrowotnej we wszelkich jego obszarach. A zdrowie, zgodnie z zapisami w Światowej Deklaracji Zdrowia, jest podstawowym prawem człowieka i bogactwem społeczeństwa w tym sensie, że stanowi jeden z głównych budulców kapitału ekonomicznego i społecznego państwa.

Od wielu lat CBOS prowadzi badania w reprezentatywnej grupie Polaków, pytając ich o to, co jest dla nich największą wartością w życiu. I niezmiennie od lat w tym zestawieniu królują dwie wartości: szczęście rodzinne i zdrowie. Szczęście rodzinne przez Polaków jest uznawane za wartość najważniejszą. Zdrowie plasuje się zaraz za nim. Pozostałe wartości, takie jak: uczciwe życie, praca zawodowa, spokój czy szacunek innych ludzi, znajdują się daleko w tyle. O ile w 2012 roku na szczęście rodzinne jako najważniejszą wartość wskazuje 82% badanych, a na zdrowie 74% badanych, o tyle na kolejną najważniejszą wartość w życiu Polaków, czyli uczciwe życie, wskazuje już tylko 26% badanych. Co więcej, wartość zdrowia w życiu Polaków w ciągu ostatnich kilku lat wyraźnie się umocniła – dla porównania w 2005 roku takich wskazań było 69%. Warto zaznaczyć, że na zdrowie jako wartość nieco częściej wskazują kobiety niż mężczyźni oraz znacznie częściej, co wydaje się zrozumiałe, osoby starsze niż młodsze. Jednak o ile większość ze wskazywanych przez respondentów wartości zmienia się w zależności od miejsca zamieszkania, materialnego poziomu życia, religijności i poziomu wykształcenia, o tyle nadrzędna wartość zdrowia jest egalitarna dla wszystkich, niezależnie od klasy czy pozycji społecznej, a także pełnionych społecznych ról.

Podejście Polaków do zdrowia jest skomplikowanym zestawem paradoksów. Z jednej strony wysoko oceniamy swoją wiedzę na temat chorób, leczenia i profilaktyki, a z drugiej nie potrafimy wyjaśnić prostych zjawisk zachodzących w naszym organizmie. Darzymy dużym autorytetem lekarzy, szczególnie lekarzy pediatrów i POZ, ale po radę zgłaszamy się najczęściej do doktora Google'a. Nadal postrzegamy zdrowie jako element „zewnętrzny" wobec nas samych. Z pewnością miał na to wpływ obowiązujący przez lata – i wyznawany nierzadko również i dziś – biomedyczny model zdrowia, który niejako zwolnił ludzi z obowiązku dbania o własne zdrowie. Wprawdzie mało kto z nas wierzy, że za choroby czy epidemie odpowiedzialne są przelatująca nad Ziemią kometa albo zły czar rzucony przez bóstwo, niemniej wielu z nas nie chce lub nie potrafi dostrzec zależności pomiędzy stylem życia a stanem zdrowia. Mimo że w literaturze przedmiotu spotykamy sporo ważnych analiz dotyczących zależności między wykonywaną pracą, miejscem zamieszkania, stylem życia a zdrowiem – na czele z klasycznymi badaniami Villerme'a dotyczącymi problemów zdrowotnych, z jakimi borykali się pracownicy zakładów tekstylnych, czy badaniami Virchowa na temat epidemii tyfusu na Śląsku – to jednak wskutek kolejnych odkryć medycyny wielu ludzi kwestię zarządzania swoim zdrowiem oddaje zewnętrznym instytucjom lub godzi się na los zapisany w ich matrycy genetycznej.

Tymczasem wiedza, której dostarcza nam współczesna medycyna, powinna być punktem wyjścia dla naszych prozdrowotnych postaw i samozarządzania (*self-managment*) naszym zdrowiem. Tym bardziej że dziś – dzięki rozwojowi internetu i nowym technologiom – wiedza na temat zdrowia nie jest reglamentowana. Samozarządzanie zdrowiem jest warunkiem koniecznym do zdrowego funkcjonowania społeczeństwa, ponieważ dbanie o siebie w szerszej perspektywie jest dbaniem o innych. Jeśli jednostka jako podstawowy element składowy społeczeństwa źle zarządza swoim zdrowiem, generuje wysokie koszty społeczne i ekonomiczne. Natomiast osoba w sposób świadomy zarządzająca swoim zdrowiem sprawia, że zyski społeczne i ekonomiczne znacząco rosną.

Jednak na *self-managment* nie powinno się patrzeć jedynie z szerszej, społeczno-ekonomicznej perspektywy. Ma ono również duży walor jednostkowy, personalny. Wydaje się – patrząc na wysokorozwinięte, stechnicyzowane społeczeństwa, do których zalicza się również społeczeństwo polskie – że samozarządzanie zdrowiem to jeden z ostatnich bastionów samodzielności

jednostki, jaki nam pozostał. Samozarządzanie w ogólnym ujęciu nie odnosi się tylko do zdrowia, dotyczy lub może dotyczyć wszystkich naszych codziennych form aktywności. W wyniku złożoności naszego życia większość obszarów, którymi mogliśmy zarządzać, oddaliśmy pod opiekę instytucji zewnętrznych. Mało kto na przykład reperuje samodzielnie własny zepsuty komputer. W razie usterki oddajemy uszkodzony sprzęt do serwisu, a jego naprawą zajmują się specjaliści. Podobnie jest w wypadku innych sytuacji w naszym życiu, takich jak naprawa samochodu, sprzątanie domu, przechowywanie i lokata pieniędzy, a nawet wychowanie dzieci. Wielkie systemy społeczne, o których pisał socjolog Anthony Giddens, przejęły kontrolę nad naszym życiem przy naszej większej lub mniejszej akceptacji tego stanu rzeczy. Nie do końca rozumiemy mechanizmy działania tych systemów i skupiamy się jedynie na skutkach tych działań, oceniając, czy są one dla nas wystarczające, czy też nie. Wysokie wyspecjalizowanie w różnych sferach życia sprawia, że nie mamy możliwości (głównie czasowych) być fachowcami w każdej dziedzinie. Ufamy, że problemy, działania, zamierzenia, które przekazujemy specjalistom „na zewnątrz", zostaną rozwiązane po naszej myśli i w naszym jak najlepszym interesie. Jednocześnie coraz częściej – jako jednostki społeczeństwa i obywatele – odwołujemy się do potrzeby wolności i niezależności od systemów zewnętrznych. Powstaje bardzo złożony społecznie paradoks, który w społeczeństwach ponowoczesnych trudno rozwikłać i jednoznacznie ocenić.

Jednym z niezwykle skomplikowanych systemów jest ochrona zdrowia czy też opieka zdrowotna, która w przeciągu ostatnich kilkudziesięciu lat przekształciła się w wysoko wyspecjalizowaną, hierarchiczną, zbiurokratyzowaną machinę zajmującą się – często na przekór holistycznej definicji zdrowia – głównie chorymi i odsuwającą od siebie kwestie związane z profilaktyką zdrowotną oraz traktującą uczestników systemu (pacjentów i pracowników ochrony zdrowia) jako jego klientów i funkcjonariuszy. Nasze zdrowie zostało odhumanizowane, człowiek stał się elementem procesu, „przypadkiem", który wchodzi w krąg zainteresowania systemu najczęściej dopiero wtedy, kiedy jest chory.

Tymczasem, o czym już była mowa powyżej, system ochrony zdrowia został powołany również po to, żeby edukować obywateli w zakresie zachowania zdrowia, co stanowi ważny czynnik w sprawnym funkcjonowaniu społeczeństwa, jak również zapewnia jednostce podstawową autonomię w decydowaniu o sobie, swoim zdrowiu, a także kontrolę nad tym, co dzieje się z jej organizmem. Skuteczne samozarządzanie zdrowiem wymaga samodzielnego działania i aktywnego uczestnictwa w podejmowaniu decyzji z nim związanych. Co więcej, *self-management* to proces, z którym już dziś mają styczność miliony pacjentów – tych, którzy chorują na choroby przewlekłe. Trudno sobie wyobrazić, żeby osoby, które chorują na przykład na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę czy astmę i chcą funkcjonować w dobrej formie, nie zarządzały własnym zdrowiem. Samoleczenie (*self-care*) w przypadku tych osób jest integralnym, jeśli nie najważniejszym procesem terapii, sytuacją, która nie wypływa z poczucia utraty czy posiadania autonomii, ale z decyzji o trwaniu w zdrowiu. W związku z tym, że liczba osób z chorobami przewlekłymi się zwiększa oraz wzrasta też przeciętna długość życia, zaś system ochrony zdrowia w niektórych sytuacjach nie radzi sobie zbyt dobrze, wprowadzenie do niego promocji samozarządzania zdrowiem, a co za tym idzie – odpowiedzialnego samoleczenia – jest sprawą niezwykłej wagi i, co warte szczególnego zaznaczenia, staje się koniecznością.

W ramach rozwiązań promujących samozarządzanie zdrowiem ważne wydaje się również przedefiniowanie roli lekarza, który z wszechwładnego autorytetu powinien przemienić się w przewodnika po zdrowiu nakreślającego ścieżki leczenia, wyznaczającego kierunki tego procesu i budującego przestrzeń zaufania, czyli respektującego zasady wpisane w partnerską relację z pacjentem (Sobierajski T., 2015). Zdarzają się oczywiście sytuacje nagłe, trudne, które sprawiają, że samozarządzanie zdrowiem jest niemożliwe, a instancją, która podejmuje wszystkie decyzje w imieniu pacjenta, jest lekarz. Niemniej większość decyzji podejmowanych na co dzień w ramach systemu ochrony zdrowia to te, które dotyczą niezagrażających życiu dolegliwości leczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej samozarządzania zdrowiem oznacza nie tylko podejmowanie przez pacjenta autonomicznych decyzji dotyczących skutecznego rozwiązywania problemów zdrowotnych, ale także jego czynne zaangażowanie się w dbanie o własne zdrowie pod opieką przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej i zgodnie z poczynionymi z nimi ustaleniami. Co więcej, wektor samozarządzania zdrowiem nie jest skierowany jedynie na relację ochrona zdrowia – pacjent. Wymaga również motywacji ze strony samego pacjenta i jego chęci oraz umiejętności uczenia się, zdobywania wiedzy o swoim zdrowiu.

Jednak model samozarządzania zdrowiem i samoleczenia nie będzie funkcjonował prawidłowo ani skutecznie, jeśli system opieki zdrowotnej nie skoordynuje przy wsparciu władz państwowych wysiłków opieki nad pacjentami w ramach samoleczenia w celu zapobieżenia hospitalizacjom i sytuacjom kryzysowym, którym przy właściwie realizowanym samozarządzaniu zdrowiem i samoleczeniu (*self-care*) można byłoby w wielu przypadkach zapobiec.

Peter W. Harvey wyróżnił 7 stadiów – elementów wpisanych w strategię skutecznego samozarządzania zdrowiem. Są to:

1. poznanie i zrozumienie stanu swojego zdrowia – główną rolę w tym stadium odgrywa pacjent, który dzięki zdobytej wiedzy oraz doświadczeniom życiowym rozumie potrzeby swojego ciała;

2. branie czynnego udziału w podejmowaniu decyzji przez lekarzy i pracowników służby zdrowia w kontekście stanu zdrowia pacjenta – w tym stadium mamy do czynienia z komunikacją PCC (*patient centered communication*), w ramach której decyzje dotyczące zdrowia pacjenta, przy założeniu, że jest on świadomy swoich decyzji, są podejmowane wspólnie z personelem medycznym;

3. przestrzeganie uzgodnionego planu leczenia – dbałość o określoną postawę w tym stadium spoczywa tylko na pacjencie oraz jego najbliższym otoczeniu i dotyczy na przykład zażywania określonej liczby lekarstw w odpowiednim czasie czy realizowania innych, ustalonych z lekarzem zaleceń;

4. monitorowanie objawów związanych z leczeniem, zażywaniem leków – w tym stadium pacjent jako jedyny może zaobserwować, co się dzieje z jego organizmem w wyniku podjętego leczenia, czy następuje poprawa, czy pogorszenie, gromadzi tę wiedzę i może ją wykorzystać dla samego siebie w innych sytuacjach związanych z samoleczeniem lub przekazać ją lekarzowi w trakcie wizyty lekarskiej w celu ewentualnej modyfikacji planu leczenia;

5. podjęcie odpowiednich działań w celu radzenia sobie z niepożądanymi objawami – to stadium łączy się ze stadium monitorowania i opiera się na obserwacjach i doświadczeniach zdrowotnych pacjenta;

6. fizyczne, psychiczne i społeczne dbanie o swój stan – w ramach tego stadium odwołujemy się do holistycznej koncepcji zdrowia jako wielopłaszczyznowego dobrostanu;

7. przyjęcie stylu życia, który promuje zdrowie i nie pogarsza jego stanu – to stadium, w którym autonomia pacjenta jest zakrojona najszerzej i ma wpływ na jego codzienne prozdrowotne postawy (Harvey P.W., 2011).

Samozarządzanie zdrowiem i wpisane w nie samoleczenie to bardzo złożone procesy, które – jak się potocznie sądzi – nie są oparte jedynie na jednostce jako elemencie społeczeństwa. Do prawidłowej realizacji *self-management* przez jednostkę niezbędne jest wsparcie państwa w zakresie edukacji i koordynacji działań związanych z profilaktyką, ochroną i promocją zdrowia. Proces samozarządzania zdrowiem przez jednostki jest wartością nie tylko na poziomie autonomii człowieka, ale również budowania zdrowego, szczęśliwego i bogatego społeczeństwa.

Bibliografia

1. Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa 2005, s. 127.
2. Barański J., Piątkowski W., (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław 2002.
3. Capra F., *Punkt zwrotny,* Warszawa 1987, s. 443.
4. Harvey P.W., *Self-management and the Health Care Consumer*, New York 2011, s. 80.
5. Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*, Ottawa 1974.
6. Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1969, s. 340.
7. Sobierajski T., *33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować*, Kraków 2015.

Porady doktora Google'a jako wyzwanie dla zdrowia publicznego

Krzysztof Puchalski

Wstęp

Badania pokazują, że jednym z kluczowych wyznaczników stanu zdrowia społeczeństwa jest poziom wykształcenia jego obywateli, z którym wiążą się kompetencje określane jako *health literacy*. Oznaczają one umiejętność pozyskiwania, selekcjonowania i racjonalnego wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia i choroby. Z informacji tych korzystamy, podejmując decyzje dotyczące dbania o własne zdrowie lub zdrowie swoich bliskich, a także działania bez konsultacji z lekarzem (lub innym uznanym specjalistą) albo przy współpracy z nim. Aktywność taka dotyczy zarówno wyborów związanych ze stylem życia, jak i praktyk służących zapobieganiu chorobie (zmniejszaniu jej ryzyka), zmagania się z chorobą przewlekłą czy reagowania na nagłe niepokojące symptomy.

We współczesnym społeczeństwie ważną i coraz większą rolę w tworzeniu i wymianie informacji w tym obszarze odgrywa internet. Przedstawia wiedzę profesjonalistów, ale także opinie zwykłych użytkowników sieci, wyraża zarówno ich oceny, jak i emocje. Przekazuje coraz więcej komunikatów marketingowych (choć specjaliści od marketingu mocno narzekają na jego niewykorzystany jeszcze potencjał), często mieszając je z naukowymi lub spontanicznymi przekazami. Dostarcza narzędzi do publicznych ocen lekarzy oraz diagnozowania stanu zdrowia i oferuje produkty lub usługi będące remedium na rozpoznane problemy. Skupia osoby chore lub zainteresowane jakimiś kwestiami, pomaga im w wymianie informacji, myśli i odczuć, dostarcza wsparcia (Knol-Michałowska M. i in., 2012). Odzwierciedla to, co dzieje się w codziennym życiu *offline* – tyle że pozwala dotrzeć do tego szybciej, bez wychodzenia z domu, zobaczyć w znacznie większej skali i różnorodności. Ten efekt skali oraz przyśpieszenia może też generować nowe zjawiska.

Kilka lat temu pojawił się w sieci rysunek przedstawiający lekarza, który mówił do swojego interlokutora: „Coraz więcej pacjentów poszukuje porad medycznych w internecie, więc aby dalej leczyć, zmieniłem nazwisko na doktor Google" (cytat z pamięci). Humorystyczny przekaz nawiązuje do faktu, że rozwojowi internetu towarzyszą zmiany w społecznych wzorach zdobywania informacji o zdrowiu i reagowania w chorobie, w sposobach myślenia i komunikowania się, w stosunku do własnego zdrowia, medycyny i zaleceń lekarzy. Procesy te są oczywiście nieobojętne dla medyków. Ich reakcje sytuują się pomiędzy potępieniem pacjentów korzystających z sieci (bo nie szukają kompetentnej pomocy lub szukają jej nadmiernie, leczą się sami w niewłaściwy sposób, wynajdują u siebie nieistniejące choroby, pozwalają sobie na krytykę lekarzy etc.) a próbami konstruktywnego podejścia do złych i dobrych stron wizyt u doktora Google'a. Reakcje te stają się współcześnie ważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego, bo wsparcie działań laików w sieci autorytetem lekarzy lub brak takiego wsparcia może mieć znaczący wpływ na ich realizację.

Krótka historia relacji pacjent – lekarz

Od zawsze osoba odczuwająca problemy zdrowotne próbowała poradzić sobie sama lub szukała wsparcia w swym najbliższym otoczeniu. Gdy okazywało się to niewystarczające, zwracała się o pomoc do kogoś, kto zawodowo zajmował się zdrowiem. W różnych środowiskach kulturowych funkcję tę mogły pełnić różne osoby – czarownicy, zielarze, kręgarze, cyrulicy czy uzdrowiciele. W nowoczesnych społeczeństwach i cywilizacji opartej na nauce rolę tę oficjalnie odgrywają lekarze, choć częściowo aspirują do niej również przedstawiciele innych profesji, np. pielęgniarki, ratownicy, fizjoterapeuci, psychologowie. Ale i współcześnie, jak pokazują badania, występują obok siebie – wcale nie tak wyraźnie rozdzielone – dwa systemy wiedzy i praktyk związanych ze zdrowiem: profesjonalny (naukowy) oraz laicki (potoczny). Większość pacjentów, niezależnie od oceny ich działań, porusza się pomiędzy tymi systemami – po części korzystając z domowych, tradycyjnych, samodzielnych sposobów leczenia, a częściowo z oficjalnych, nowoczesnych i racjonalnych (Freidson E., 1988).

Gdy w połowie dwudziestego wieku uwierzono w nieograniczone możliwości medycyny i nieodległe opanowanie większości chorób, wzrosło społeczne znaczenie i umocnił się prestiż lekarza. W technologicznie rozwiniętym społeczeństwie amerykańskim dominowała wówczas teoria, która potęgowała ten stan rzeczy. Zobowiązywała ona obywateli odczuwających dyskomfort do przyjęcia „roli chorego", czyli jak najszybszego szukania pomocy lekarza i skrupulatnego przestrzegania jego

zaleceń, by przez samodzielne (nieprofesjonalne) leczenie nie wydłużali czasu choroby, a tym samym nie obciążali systemu społecznego. Wiedza o zdrowiu skupiała się w rękach lekarzy, oni też byli jej dysponentami, decydowali, jakie informacje zechcą udostępnić pacjentowi.

Kolejna dekada przyniosła odmienną teorię. Zwrócono uwagę na różnice stanowisk w relacjach pacjent – lekarz i na potencjalne konflikty. Ich tłem jest m.in. to, że po jednej stronie stoją niezrozumiała dla laika wiedza medyczna, hermetyczny język, priorytet dla walki z chorobą w oparciu o naukowe dowody, emocjonalny dystans, bezosobowe procedury, dominacja nad pacjentem, natomiast po drugiej indywidualność chorego, potoczna wiedza, wartości życia codziennego, subiektywne pojmowanie zdrowia, niepewność, potrzeba rozumienia własnej sytuacji, godnego traktowania, poszanowania autonomii. Lekarze, z różnych powodów, nie zawsze mogą wystarczająco przybliżyć się do perspektywy pacjenta i spełnić jego oczekiwania. Stąd chorzy szukają innych rozwiązań zaspokajających ich potrzeby lub choćby tych najłatwiej dostępnych i najlepiej im znanych, a także – z ich punktu widzenia – najbardziej racjonalnych.

Współcześnie sytuacja jest jednak bardziej skomplikowana. Choroby przewlekłe, które wpisały się w codzienne życie społeczeństwa, wymuszają długoletnie kontakty z systemem medycznym. Wyeksponowanie roli stylu życia wśród uwarunkowań zdrowia i hasło „Twoje zdrowie w twoich rękach" (*healthism*) przerzuciły odpowiedzialność za jego stan na zwykłych ludzi oraz ukierunkowały ich działania w mniejszym stopniu na szukanie pomocy medycznej, a raczej na prozdrowotne modyfikacje stylu życia. Z innej strony ekspansywny marketing i przemysł zdrowotny wmawiają obywatelom coraz więcej chorób, wymagają ich leczenia i oferują stosowne środki (*disease mongering*). Procesy urynkowienia i demokratyzacji, wzrostu wykształcenia i zamożności społeczeństwa wygenerowały nowe potrzeby i nowe postawy konsumenckie pacjentów, wzmocniły też ich potrzebę autonomii. Ogólny kryzys autorytetów, nieomylności i jednomyślności ekspertów nie ominął profesji medycznej. Mediatyzacja i rozwój internetu spowodowały, że pacjent znalazł się w „zagęszczonym" środowisku informacyjnym dającym mu niezależny od lekarza dostęp do wiedzy, ale nierzadko generującym chaos poznawczy. Systemy ochrony zdrowia przestały radzić sobie ze spełnianiem rosnących oczekiwań i zaspokajaniem potrzeb pacjentów, niejako skazując ich na samoleczenie.

Pod wpływem tych procesów społecznych, przy lawinowo rosnących możliwościach technologii cyfrowych, internet staje się dopełnieniem bezpośrednich spotkań pacjenta z profesjonalistą (relacja pacjent – internet – lekarz) lub zastępuje kontakt z lekarzem.

Jaki jest stosunek lekarzy do doktora Google'a i jego pacjentów?

Badanie (niepublikowane) Krajowego Centrum Promocji Zdrowia Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera przeprowadzone w losowej grupie 500 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w listopadzie 2013 roku metodą wywiadów osobistych pokazało, że ich stosunek do korzystania przez pacjentów z internetu w sprawach zdrowia jest niejednoznaczny. Ogólnie 2/3 lekarzy sądzi, że dzięki internetowi ludziom jest łatwiej dbać o swoje zdrowie, ale już znacznie mniej odnosi się pozytywnie do ich konkretnych działań związanych z poszukiwaniem informacji w sieci.

Lekarska diagnoza przedstawia się następująco – pod wpływem internetu pacjenci wynajdują sobie choroby, których w rzeczywistości nie mają (sądzi tak blisko 100%, a ponad 70% zdecydowanie wyraża taki pogląd), zbyt późno udają się do lekarza z poważnymi chorobami (z opinią tą zgadza się 86%, przy czym aż 3/5 zdecydowanie), coraz częściej leczą się na własną rękę metodami znalezionymi w sieci (uważa tak 3/4 badanych).

Większość (88%) respondentów ocenia, że próby samodzielnego leczenia się przeszkadzają później w prawidłowej terapii pacjentów. Blisko co drugi (47%) uważa też, że przez wizyty pacjentów u doktora Google'a lekarzom pracuje się trudniej (tylko 17%, że łatwiej). Blisko co trzeci sądzi, że dostęp pacjentów do informacji online pogarsza relacje lekarz – pacjent (tylko co dziesiąty, że poprawia). Stąd co drugi lekarz uznaje za kłopotliwe dla siebie te sytuacje, w których pacjent w czasie wizyty powołuje się na informacje znalezione w sieci.

Co drugi lekarz pozytywnie ocenia to (tylko co ósmy zdecydowanie pozytywnie), że internet pomaga pacjentom samodzielnie rozwiązać drobne problemy zdrowotne bez wizyty w gabinecie, a także to, że w sieci pacjenci mogą się dowiedzieć o sprawach, o które nie zdążą zapytać w czasie wizyty.

Taka mało korzystna dla doktora Google'a i jego pacjentów diagnoza zbiega się z tym, że lekarze raczej źle oceniają jakość

informacji pochodzących z internetu. Ponad 2/5 uważa, że większość zawartych tam treści jest niezgodna z wiedzą medyczną (nieco ponad 1/3 jest przeciwnego zdania, 1/5 nie potrafi tego ocenić). Jednocześnie blisko 100% sądzi, że pacjenci nie potrafią odróżnić informacji rzetelnych od nierzetelnych (3/4 zdecydowanie wyraża ten pogląd). Stąd medycy są przeciwni, by pacjenci w ogóle poszukiwali w internecie informacji na temat chorób i leków (65%, przy czym 1/3 wyraża zdecydowany sprzeciw), a zwłaszcza by korzystali z zamieszczanych na forach porad tych internautów, którzy nie są lekarzami (przeciw jest 89%, przy czym 69% zdecydowanie). Nie popierają też udziału pacjentów w wirtualnych diagnozach wykonywanych przez program komputerowy (88%, przy czym 2/3 zdecydowanie) ani korzystania z indywidualnych diagnoz i porad dotyczących leczenia udzielanych przez lekarzy w internetowych serwisach medycznych (74%, a 2/5 sprzeciwia się zdecydowanie). Większość lekarzy popiera jedynie to, by obywatele poszukiwali w sieci informacji na temat zdrowego stylu życia (95%, przy czym 56% zdecydowanie), szczepień, badań lub innych akcji profilaktycznych (91%, a 42% zdecydowanie), a także by przyłączali się do grup online skupiających pacjentów lub pasjonatów zdrowego stylu życia (odpowiednio 84% i 40%), korzystali z aplikacji mobilnych wspierających prozdrowotną aktywność (76% i 31%), wreszcie by mogli za pomocą internetu odbierać wyniki swoich badań medycznych (ogólnie 67%, a 23% zdecydowanie).

Ogólnie rzecz biorąc, badanie ujawniło niezbyt pozytywny stosunek większości lekarzy pierwszego kontaktu do pacjentów aktywnych w sieci – zwłaszcza w tych obszarach, z którymi bardziej się identyfikują (diagnoza, terapia). Wydaje się też, że lekarze często powielają tabloidalne tezy, jakoby internet był przyczyną wszelkiego zła, i nie dostrzegają przy tym, że wiele piętnowanych zjawisk miało swe ugruntowane miejsce przed wynalezieniem sieci ani że, z drugiej strony, zjawiska te są naturalnym i trudnym do odwrócenia efektem przemian społecznych. W tym kontekście zwraca uwagę fakt, że tylko nieliczni lekarze próbują w jakiś sposób włączyć się w komunikację online ze swoimi obecnymi lub potencjalnymi pacjentami – przykładowo, tylko co piąty udostępnił pacjentom swój adres e-mail, zaledwie 13% ma konto na portalu społecznościowym, które wykorzystuje do kontaktów z pacjentami w sprawach zdrowia/choroby, a 4% prowadzi strony internetowe, na których zamieszcza informacje dotyczące kwestii zawodowych. Ponadto w ostatnim roku tylko 12% reagowało w sieci na błędne informacje o zdrowiu tam zamieszczone, ale już 2/5 wskazywało pacjentom wiarygodne źródła informacji online na tematy zdrowia/choroby. Tymczasem, jak pokazują inne badania (Korzeniowska E., Puchalski K., 2014; On Board PR, 2012), istnieje powszechne zapotrzebowanie społeczne na tego typu aktywność.

Społeczna skala korzystania z porad doktora Google'a i związane z tym nierówności

Nie wszyscy obywatele mają równe szanse, by dostać się do doktora Google'a (obecnie i w najbliższych latach), bo nie wszyscy używają internetu. W Polsce regularnie korzysta z niego około 2/3 dorosłych obywateli, 1/3 nie korzysta wcale lub robi to bardzo rzadko. Powszechnie korzystają ludzie młodzi i wykształceni. W grupie osób w wieku 55-64 lata korzysta mniej niż 2/5, a w wieku powyżej 65 lat tylko 15%. Wśród osób z wykształceniem podstawowym jest mniej niż 1/5 internautów, a z zasadniczym zawodowym ok. 45%. Dostęp do sieci ogranicza też zła sytuacja materialna, zamieszkiwanie na wsi lub w małym mieście, bycie emerytem lub rencistą. Analiza dynamiki zmian w korzystaniu z sieci sugeruje, że nie należy się spodziewać szybkiego zaniku głównych dysproporcji społecznych w tym obszarze (Batorski D., 2015; Felisiak M., oprac., 2015).

W związku z tym, że stan zdrowia powiązany jest ze statusem społecznym, można stwierdzić, że dr Google bardziej skłonny jest przyjmować tych, którzy mają lepsze zdrowie, niż tych, którzy są bardziej schorowani. Eurobarometr 404/2014 (TNS P&S, 2014) potwierdza wprost, że kilka razy w miesiącu do internetu zagląda blisko dwukrotnie więcej tych Europejczyków, którzy dobrze oceniają swoje zdrowie, niż tych, którzy oceniają je źle.

Według Eurobarometru po informacje dotyczące zdrowia do internetu przynajmniej raz w roku zagląda 3/5 dorosłych mieszkańców Polski (podczas gdy, według CBOS, przynajmniej raz w roku lekarza offline odwiedza blisko 3/4 społeczeństwa). Niespełna 2/5 szuka informacji o zdrowiu w sieci przynajmniej raz w miesiącu.

Osoby nieszukające wiedzy o zdrowiu online (2/5 Polaków) po informacje te udają się bezpośrednio do lekarza (3/4 z nich), więcej niż co druga poszukuje ich w prasie, tyle samo w telewizji, 2/5 w książkach lub encyklopediach, tyle samo pyta swoich bliskich lub znajomych, 1/3 słucha radiowych programów o zdrowiu. Zatem ci, którzy nie odwiedzają doktora Google'a, wiedzę swą budują nie tylko na podstawie bezpośrednio uzyskanych opinii lekarzy, ale także różnej jakości przekazów medialnych i wiedzy potocznej. Nie ma uzasadnionych powodów, by przyjąć, że źródła te są bardziej wiarygodne od informacji dostępnych w sieci.

Sondaże online sugerują, że choć raz w życiu doktora Google'a odwiedziło ok. 90% internautów (Puchalski K., 2015a). Liczba tych, którzy zaglądają na strony o zdrowiu i medycynie nie rzadziej niż raz na miesiąc, od kilku lat utrzymuje się na zbliżonym poziomie, z lekką tendencją wzrostu. Jak szacuje Gemius (dane Megapanel PBI/Gemius), w listopadzie 2015 roku zasięg

stron o takim profilu wynosił wśród ogółu internautów 43,8%, rok wcześniej 39,7%, w analogicznym miesiącu 2012 roku 34,5%, natomiast rok wcześniej 36,9%. Zainteresowanie takimi stronami waha się w poszczególnych miesiącach (w granicach kilku punktów procentowych), nasilając się w czasie wzmożonych zachorowań lub innych nagłośnionych medialnie wydarzeń.

Badania Krajowego Centrum Promocji Zdrowia Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera z 2012 roku pokazały, że 45% korzystających z internetu pracowników średnich i dużych firm w Polsce nie jest zainteresowanych zawartymi tam informacjami o zdrowiu, natomiast kolejne 35% – jeżeli ich szuka, to w subiektywnej ocenie robi to rzadko. Nawet gdy przypadkowo natrafiają na strony poświęcone zdrowiu (80% internautów), to mniej niż co druga osoba w ogóle je otwiera, przy czym większość pobieżnie zapoznaje się z zawartymi tam treściami, a tylko co czternasta osoba dokładnie (Puchalski K., 2012).

Pacjenci doktora Google'a przeważają wśród tych internautów, którzy są lepiej wykształceni (i – co się z tym wiąże – na ogół zdrowsi). Wykształcenie sprzyja więc nie tylko szansom na dostęp do jego gabinetu, ale też realnemu korzystaniu z jego usług. Zainteresowanie zdrowiem w sieci narasta również z wiekiem, także statusem emeryta i rencisty, ale jest ono ograniczone przez zdecydowanie rzadsze w tych grupach korzystanie z internetu w ogóle. Zdrowiem w sieci nieco bardziej interesują się internautki niż internauci (Gemius, 2014).

Jak pacjenci doktora Google'a oceniają jakość uzyskiwanych informacji i własne kompetencje w wyszukiwaniu wartościowych materiałów

Według Eurobarometru (TNS P&S, 2014) ponad 4/5 Polaków korzystających z informacji o zdrowiu online ocenia je jako satysfakcjonujące. Większość dobrze ocenia też ich szczegółowe aspekty – za zrozumiałe uznaje je 91%, za wystarczające 85%, natomiast za godne zaufania już tylko 55% (przy czym zaledwie 5% ocenę taką wyraża zdecydowanie).

Chociaż społeczna ocena wiarygodności doktora Google'a nie jest wysoka, co potwierdzają też inne dane, to zdecydowana większość pacjentów ma przekonanie, że umie poradzić sobie z tym problemem. 95% przyznaje, że potrafi posługiwać się internetem tak, by znaleźć odpowiedź na swoje pytania dotyczące zdrowia. Także ponad 4/5 sądzi, że wie, gdzie w sieci może znaleźć wiarygodne informacje, i tyle samo uważa, że potrafi tam odróżnić treści wartościowe od mało wartościowych.

Wbrew wielu medialnym opiniom pacjenci nie oskarżają internetu o wprowadzanie chaosu w ich wiedzy. Kilka badań Krajowego Centrum Promocji Zdrowia Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera z minionej dekady pokazało, że połowa społeczeństwa czuła się zagubiona w gąszczu informacji o zdrowiu i deklarowała, że nie wie, którym ekspertom i którym treściom ma wierzyć. Takie ograniczone zaufanie, nawet w większej skali, dotyczyło zwłaszcza informacji dostępnych online (Puchalski K., 2012; 2015b). Obecnie pacjenci doktora Google'a w deklaracjach dla Eurobarometru nie potwierdzają, by przeglądanie sieci powodowało u nich poczucie większego zagubienia niż wtedy, gdy nie zaglądali tam w sprawach zdrowia (większą dezorientację zdecydowanie potwierdza 6%, raczej potwierdza 21%, raczej nie potwierdza 46%, a zdecydowanie nie 26%). Co więcej, prawie wszyscy uważają, że poszukiwania internetowe pomagają im wzbogacać wiedzę dotyczącą zdrowia (zdecydowanie zgadza się 38%, raczej zgadza się 57%, raczej nie zgadza się 5%).

Co pacjenci doktora Google'a robią w efekcie konsultacji

Można zaryzykować tezę, że – jakościowo rzecz ujmując – internet niewiele zmienił w tradycyjnym sposobie reagowania społeczeństwa na potrzeby zdrowotne. Ani nie zastąpił on bezpośrednich kontaktów z lekarzem, ani nie ograniczył konsultacji problemów zdrowotnych z osobami bliskimi, ani nie rozwinął znacząco skali samodzielnego leczenia.

Według sondażu Procontent Communication (Procontent Com., 2015) ok. 45% polskich internautów w wieku 15-50 lat odwiedzających strony o zdrowiu dokonało kiedyś diagnozy swojego stanu na podstawie informacji znalezionych w sieci (wśród starszych użytkowników sieci odsetek ten jest niewątpliwie niższy). Według Eurobarometru blisko co drugi (47%) polski pacjent doktora Google'a udał się do lekarza po tym, jak ostatnim razem szukał w sieci informacji dotyczących zdrowia. Podobne dane – choć trudno w bezpośredni sposób porównywać odmienne środowiska kulturowe – dotyczą Stanów Zjednoczonych. Tam także połowa diagnozujących się na podstawie danych z sieci odwiedza później lekarza. Co ważne, w 2/5 przypadków lekarz potwierdza diagnozę dokonaną przez pacjenta online (Fox S., Duggan M., 2013). Zatem zasięg potencjalnej cyberchondrii wydaje się być umiarkowany (kilka procent ogółu społeczeństwa). Istnieje też odwrotne zjawisko. Według CBOS (Omyła-Rudzka M., oprac., 2014) blisko co trzeci dorosły Polak deklaruje, że po uzyskaniu od lekarza diagnozy zawsze lub często szuka informacji o swojej chorobie i jej leczeniu w książkach, czasopismach lub internecie. Tyle samo nie robi tego nigdy (od 2001 roku odsetek takich osób spadł o blisko 10 punktów).

Co trzeci pacjent doktora Google'a w Polsce, według cytowanego Eurobarometru, po zakończeniu poszukiwań w sieci konsultuje ich wynik z rodziną lub przyjaciółmi, co piąty z innymi osobami w podobnej sytuacji. Co trzeci kontynuuje swoje poszukiwania w innych źródłach. Dane z sieci nie są zatem powszechnie traktowane jako autorytatywne, są jednym z wielu wzajemnie konfrontowanych źródeł wiedzy o zdrowiu.

Pacjenci równie często jak tematyką chorób, dolegliwości i leczenia interesują się w sieci sprawami dotyczącymi ogólnie pojętego zdrowia i zdrowego życia. W wyniku rekomendacji doktora Google'a samodzielną troskę o zdrowie (samoleczenie lub modyfikacje stylu życia) podejmuje co trzeci jego pacjent. Także co trzeci wykorzystuje zdobyte informacje, by pomóc swoim bliskim. Ustalona tu skala rozpowszechnienia zjawiska nie wydaje się różnić znacząco (jeżeli to in minus) od częstości samodzielnego leczenia diagnozowanej w licznych sondażach na przestrzeni kilkunastu minionych lat (Puchalski K., 2012).

Podsumowanie

Wokół informacji o zdrowiu dostępnych w sieci i ich wykorzystaniu narosło wiele skrajnie arbitralnych ocen, niepopartych danymi na temat faktycznej skali zjawiska. Internet często nadmiernie jest oskarżany o podważanie autorytetu lekarza, rozpowszechnianie mitów medycznych, wspieranie nieracjonalnego postępowania w chorobie. Rzadko dostrzegana jest jego pozytywna rola w rozwoju świadomości zdrowotnej społeczeństwa i jego podmiotowości, a także w zwiększaniu dostępności wiedzy i usług medycznych (Knol-Michałowska K., 2014). Wzmacnia to ryzyko konfliktów w relacjach pacjent – lekarz oraz potęguje inne efekty niekorzystne dla zdrowia publicznego. By temu przeciwdziałać, niezbędne jest rozwijanie dialogu pomiędzy kluczowymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia (przy współudziale specjalistów komunikacji społecznej) opartego na rzetelnych dowodach naukowych i jawnych wartościach.

Choć pacjenci doktora Google'a stanowią obecnie blisko połowę ogółu społeczeństwa, to grupa ta znacząco będzie wzrastać wraz z wkraczaniem w dorosłość młodego pokolenia powszechnie korzystającego z sieci. Powiększać ją będzie także rosnący poziom wykształcenia, który dodatkowo sprzyja zainteresowaniu zdrowiem online. Rozwój technologii komunikacyjnych i aktywność marketingowa sprawią, że w wymianie informacji pomiędzy pacjentem a doktorem Google'em znacząco upowszechni się ten kierunek, w którym to nie pacjent szuka porady wirtualnego lekarza, tylko ów lekarz ze swą ofertą szuka pacjenta. Korzystając z internetu, coraz częściej bezwiednie stawać się będziemy jego pacjentami. Równolegle – z racji wcześniej opisanych przemian społecznych modyfikujących relacje pacjent – lekarz, aktywność pacjentów online będzie się intensyfikować.

Z uwagi na rosnącą aktywność internautów w mediach społecznościowych i na forach dyskusyjnych można oczekiwać, że nieprofesjonalne (*peer-to-peer*) poradnictwo zdrowotne będzie zdobywać znaczące miejsce w sieci, co zwiększa ryzyko upowszechniania się potencjalnie błędnych treści. Naturalną dla tego przeciwwagą będzie rosnący wśród internautów udział osób dobrze wykształconych. To jednak nie wydaje się wystarczającym zabezpieczeniem – stąd potrzeba profesjonalnych działań ze strony specjalistów zdrowia publicznego. Polegać one mogą m.in. na rozwijaniu *health literacy* społeczeństwa, certyfikowaniu wiarygodnych komunikatów, wdrożeniu rozwiązań formalnoprawnych pozwalających lepiej odróżniać komunikaty marketingowe i na znaczącym włączeniu się lekarzy w komunikację społecznościową. Równolegle niezbędne wydaje się umożliwienie lekarzom rozwijania kompetencji w zakresie komunikowania się z krytycznym pacjentem sprawnie poruszającym się w środowisku online.

Procesy postępującego starzenia się społeczeństwa powodują, że dynamicznie wzrasta liczba osób o dużych potrzebach zdrowotnych (choroby związane z wiekiem), które mają ograniczony dostęp do lekarzy offline (z racji liczebności grupy i niewydolności systemu), a także do porad doktora Google'a (rzadsze korzystanie z sieci, niższe kompetencje cyfrowe). Stąd istotną wydaje się potrzeba zapewnienia tej grupie dostępu do innych przystępnych źródeł wartościowych informacji o zdrowiu (m.in. telewizja, media tradycyjne). To samo dotyczy grupy o niskim statusie wykształcenia (choć jej liczebność stopniowo ulega ograniczeniu).

Bibliografia

1. Batorski D., *Technologie i media w domach i w życiu Polaków. Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków – raport*, „Contemporary Economics" 2015, 9/4, s. 373-395.
2. Felisiak M., (oprac.), *Internauci 2015. Komunikat z badań CBOS*, Warszawa 2015.
3. Fox S., Duggan M., *Health online 2013*, Washington 2013.
4. Freidson E., *Profession of medicine. A study of sociology of applied knowledge*, Chicago and London 1988.
5. Gemius 2014, *Polacy wolą zapobiegać niż leczyć?*, http://www.gemius.pl/wszystkie-artykuly-aktualnosci/polacy-wola-zapobiegac-niz-leczyc.html.
6. Knol-Michałowska K., Goszczyńska E., Petrykowska A., *Fora internetowe jako źródło wsparcia społecznego dla kobiet ciężarnych uzależnionych od nikotyny*, „Studia Edukacyjne" 2012, s. 23.
7. Knol-Michałowska K., *Internet jako źródło informacji o zdrowiu – wady i zalety dla relacji lekarz – pacjent. Perspektywa pacjentów*, „Hygeia Public Health" 2014, 49(3), s. 389-397.
8. Korzeniowska E., Puchalski K., *Polish employees on the Internet as a source of information about health and disease*, „Medycyna Pracy" 2014, 65(1), s. 1-13.
9. On Board PR, *Świadomość Polaków w rzeczywistości cyfrowej – szanse i bariery. Raport z badania opinii wraz z komentarzem*, Warszawa 2012.
10. Omyła-Rudzka M., oprac., *Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy, Komunikat z badań CBOS*, Warszawa, grudzień 2014.
11. Procontent Communication, *Blisko połowa Polaków leczy się przez internet – raport na temat wizerunku polskiej medycyny*, informacja prasowa, Warszawa, 25.11.2015.
12. Puchalski K., *Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej,* „Studia Edukacyjne" 2012, 23, s. 119-140.
13. Puchalski K., *Świadomość potoczna jako wyzwanie dla promocji zdrowego odżywiania w internecie*, [w:] Kaczmarek-Śliwińska M. (red.), *Organizacje i idee. Komunikowanie się w przestrzeni tradycyjnych i nowych mediów*, Koszalin 2015a, s. 23-39.
14. Puchalski K., *Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie*, „Zeszyty Prasoznawcze" 2015b, 58(2), s. 255–275.
15. TNS Political & Social, *European citizens' digital health literacy. Report*, European Union 2014.

Pacjent 3.0 – personalizacja zdrowia w kontekście nowych technologii

Oskar Kiwic

Wiek medycyny

Mówi się, że człowiek zdoła stworzyć wszystko, co tylko jest w stanie wymyślić. Czy to prawda? Analizując historię cywilizacji, możemy znaleźć tysiące przykładów wynalazków, które były spełnieniem marzeń kolejnych pokoleń i które zmieniły sposób, w jaki żyjemy. Każdy okres w dziejach ludzkości miał swoje główne ścieżki rozwoju i obszary, w których powstawało najwięcej innowacji. W połowie XVIII wieku przełomu w zakresie techniki dokonał szkocki inżynier James Watt, który udoskonalił konstrukcję maszyny parowej i zapoczątkował rewolucję przemysłową. XIX wiek z kolei został zapamiętany dzięki elektryczności i rozwojowi komunikacji, a wiek XX stoi pod znakiem krzemu i komputeryzacji. Pojawia się zatem pytanie, jak zostanie zapamiętane nasze stulecie? W Izraelu prawie połowa start-upów (czyli młodych, innowacyjnych firm technologicznych działających w skrajnie niepewnych warunkach) powstaje w obrębie technologii biomedycznych i e-medycznych i nie jest to jedynie specyfika tego regionu. Ogólnoświatowe trendy pokazują, iż rozwój nie zmierza już w tylko w kierunku mikroprocesorów i oprogramowania desktopowego, jak miało to miejsce w latach 90. zeszłego wieku, ale rozwiązań mobilnych będących coraz bliżej codziennego życia, w tym tych z pogranicza świata medycyny i najnowszej technologii.

Wiek XXI to przede wszystkim olbrzymi krok do przodu w zmianie sposobu, w jaki patrzymy na nauki biologiczne i medycynę, a co za tym idzie – w kierunku polepszenia jakości naszego życia. Każda rewolucja wymaga jednak w pierwszej kolejności zmiany świadomości i przyzwyczajeń. W związku z tym powstaje pytanie, jak dużo czasu musi minąć, aby ludzie bezpośrednio związani z tą dziedziną zaakceptowali nową rzeczywistość.

Nowe możliwości

Medycyna to obecnie nauka ścisła opierająca się na badaniach, twardych danych i algorytmach postępowania zależnych od analizowanego przypadku. Jednak jak mawiał Oliver Sacks: „Jeśli chcemy poznać jakiegoś człowieka, pytamy o jego historię…", a w związku z tym, że historia ta zarówno personalna, jak i w ujęciu medycznym jest bardzo różna, każdy pacjent ma inne potrzeby w zakresie leczenia. To oczywiste, że znacznie lepiej jest odwiedzić krawca i uszyć tweedowe spodnie na miarę, niż męczyć się i próbować wepchnąć nogę w za ciasną nogawkę spodni wytwarzanych na taśmie produkcyjnej według jednego wzorca. Porównanie do krawca nie jest przypadkowe, gdyż wraz z rozwojem technologii leczenie staje się coraz bardziej spersonalizowane, czyli szyte na miarę. Wizyta w gabinecie lekarza składa się w pierwszej kolejności z zebrania wywiadu, potem najczęściej z badania fizykalnego, zlecenia badań dodatkowych, co finalnie prowadzi do postawienia diagnozy i decyzji o wdrożeniu danego typu leczenia. Jednak lekarz nie był dotychczas w stanie sprawdzić, co się dzieje z pacjentem między wizytą a następną kontrolą w gabinecie. Taka sytuacja utrudnia wczesne wykrycie niekorzystnych zmian, a co za tym idzie – uniemożliwia zapobieganie komplikacjom leczenia.

Pytanie zatem, czy można to jakoś zmienić? Z pomocą przychodzą systemy służące do follow-upu, czyli zdalnej kontroli jakości leczenia, które dają możliwość modyfikacji terapii w momencie, kiedy pacjent jest w domu. Narzędzi do tego jest wiele. Pierwszym z nich może być strukturyzowany schemat rozmów telefonicznych wprowadzany już od lat 80. w Stanach Zjednoczonych. Badania pokazały, że zwykła rozmowa telefoniczna z pacjentem zawierająca około 10 pytań na temat stanu jego zdrowia, przeprowadzona przez pielęgniarkę lub lekarza w odstępie 3 tygodni/ miesiąca od wizyty zmniejsza ryzyko powikłań o ponad 1/3. Jak widzimy, zasada działania jest dość prosta, zaś infrastruktura temu służąca istnieje od czasów Alexandra Grahama Bella, czyli od ponad 100 lat. Pokazuje to, że czasami może pomóc wykorzystanie już istniejących rozwiązań – kluczem jest pomysł i schemat działania, w jaki je wykorzystujemy. Wraz ze wzrostem liczby użytkowników i rozwojem technologicznym każdy proces można coraz bardziej aktualizować. Stąd też systemy do follow-upu zaczęły się z czasem przekształcać w rozwiązania oparte na wymianie treści z wykorzystaniem wiadomości SMS. Przyniosło to bardzo dobre skutki w leczeniu pacjentów z cukrzycą oraz w kontroli kobiet w ciąży. Obecnie, jak pokazują najnowsze analizy rynku, prawie 70% użytkowników internetu korzysta ze smartfonów, co dorównuje nasyceniu rynku laptopami. Ma to swoje bezpośrednie przełożenie na systemy kontrolujące pacjenta, odpowiadające za interpersonalną komunikację chorego z lekarzem bądź sterowaną zaprogramowanym algorytmem.

Digitalizacja

Malejące ceny urządzeń mobilnych mają swoje bezpośrednie odwzorowanie we wzroście ich popularności i zmianie zachowań użytkowników. Około połowy użytkowników smartfonów świadomie korzysta z aplikacji zainstalowanych na swoich telefonach. Oznacza to, iż otwierają się przed nami nowe perspektywy jakości leczenia tych, którzy już zachorowali, oraz nowe możliwości profilaktyki dla osób pragnących żyć zdrowo.

W pierwszej kolejności należy przeanalizować sytuację ludzi, którzy zostali już pacjentami. Dla przewlekle chorych jedną z najbardziej istotnych rzeczy podczas ich leczenia w domu jest stosowanie się do zaleceń lekarza. Zalecenia dotyczą przede wszystkim dawek i godzin przyjmowania leków, pomiarów domowych (np. ciśnienia, pulsu, glikemii) oraz wskazówek dietetycznych. Jak już wcześniej wspomniano, lekarzowi dotychczas niezmiernie trudno było sprawdzić, czy pacjent rzeczywiście wykonywał zalecone czynności.

Dzięki digitalizacji proces ten udało się na tyle zautomatyzować, iż obecnie pacjent jest w stanie sam kontrolować swoje leczenie i w razie potrzeby może się skontaktować z lekarzem w celu umówienia wcześniejszej wizyty. Kluczowym udogodnieniem są też proste przypomnienia. Pacjent może ustawić w telefonie schemat powiadomień, które automatycznie przypominają mu np. o zażyciu danego leku. Co więcej, wskutek interakcji pacjenta z aplikacją algorytm „uczy się" standardowej agendy dnia pacjenta i podpowiada, jak może on lepiej dostosować zalecenia lekarza do swojego harmonogramu. Cechą aplikacji pomagających w dawkowaniu leków jest również sprawdzanie interakcji pomiędzy poszczególnymi substancjami czynnymi, tak aby zapobiec niewłaściwemu zestawieniu godzinowemu przyjmowanych specyfików. System analizuje wprowadzone nazwy leków i pokazuje gotową rozpiskę z godzinowym planem zażycia odpowiedniej tabletki.

Kolejnym istotnym aspektem leczenia, który ma swoje odwzorowanie w funkcjonalności systemów i aplikacji obecnych na rynku, jest zbieranie danych od pacjenta. Mówimy tutaj o danych medycznych pochodzących z domowych pomiarów pacjenta wykonywanych najczęściej posiadanymi już przez niego wcześniej urządzeniami, które nie mają połączenia ze światem zewnętrznym. Jeszcze lepszym rozwiązaniem jest korzystanie z urządzenia, które zostało zaprojektowane z myślą o połączeniu przez Bluetooth lub domowe WiFi z komputerem/tabletem/smartfonem i zainstalowanym na nim systemem służącym do analizy, obserwowania trendów i tworzenia raportów. Ogromną wagę zbierania w ten sposób danych medycznych ilustruje kilka poniższych przykładów.

Jednym z najważniejszych jest zastosowanie tego rozwiązania u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Stała kontrola i analiza wydawałoby się tak prostego parametru, jakim jest ciśnienie, mają ogromne przełożenie na terapię i zmiany w dawkowaniu leków w zależności od pory dnia (rano/wieczór). Dotychczas pacjent otrzymywał dzienniczek pomiarów ciśnienia. Założenie było takie, iż chory po każdym pomiarze uzupełnia odpowiednią rubrykę tabelki i przy następnej wizycie pokazuje zbiór wyników swojemu lekarzowi prowadzącemu. Powodowało to jednak szereg problemów. Lekarz nie jest bowiem w stanie wychwycić miejsc przekroczenia górnych granic prawidłowych wartości, jeśli ma przed oczyma dwieście liczb zapisanych szarym ołówkiem. Poza tym dane są analizowane *post factum*, a nie w czasie, kiedy pacjent stosuje terapię, będąc sam w domu – czyli metoda analogowa nie spełnia swoich funkcji. Dlatego też powstały rozwiązania, w których pacjent mierzy ciśnienie nadal tym samym ciśnieniomierzem, którym robił to wcześniej, jednak po otrzymaniu pomiaru nie wpisuje go do papierowej książeczki, ale wprowadza dane do systemu, którym może być aplikacja mobilna lub też rozwiązanie webowe. Otrzymujemy w ten sposób cyfrową bibliotekę pomiarów ciśnienia, która w połączeniu z odpowiednim silnikiem zawierającym algorytmy analityczne może przeliczać na bieżąco wprowadzane dane i pokazywać choremu tendencje w dokonywanych pomiarach. Uzmysławia to pacjentowi, że leczenie spoczywa w jego rękach i uświadamia, jak wiele zależy od jego decyzji podejmowanych każdego dnia. Badania amerykańskich firm zajmujących się wdrażaniem tego typu systemów wskazują, że jeśli pacjent jest bardziej zaangażowany w proces leczenia, to osiągnięcie stanu stabilizacji choroby przewlekłej jest średnio dwa razy szybsze.

Rodzi się pytanie, co w przypadku starszych użytkowników, którzy również chcą mieć dostęp do nowych technologii i możliwość kontrolowania swojej terapii. Czy wiek ich wyklucza? Nic bardziej mylnego. Każda grupa wiekowa może korzystać z najnowszych rozwiązań, pod warunkiem że są one dostosowane do możliwości i potrzeb pacjenta. W przypadku osób niekorzystających ze smartfonów ani komputerów idealnym rozwiązaniem są wyspecjalizowane urządzenia służące do pomiarów. Mogą to być proste urządzenia, jak na przykład ciśnieniomierz przesyłający od razu każdy wynik automatycznie na serwer, lub bardziej zaawansowane dokonujące większej liczby pomiarów. Przykładem ostatniej grupy może być Scanadu Scout, który wyglądem przypomina owalny dysk mieszczący się w dłoni. Po przyłożeniu go do skroni mierzy tzw. *vital signs*, czyli m.in. puls, ciśnienie tętnicze, temperaturę oraz oksymetrię (czyli wysycenie krwi tlenem). Daje to niespotykaną

wcześniej możliwość diagnostyki wielu parametrów w bardzo krótkim czasie bez wychodzenia z domu.

Podobnym, ale bardziej rozbudowanym rozwiązaniem jest CardioCube, czyli urządzenie trochę większe od kostki Rubika, które oprócz zbierania i analizy pomiarów będzie je na bieżąco przesyłać do centrum telemedycznego, gdzie niepokojące symptomy sprawdza lekarz specjalista. CardioCube jest przeznaczony do pomocy przede wszystkim pacjentom z niewydolnością serca, których w Polsce przybywa około miliona rocznie.

Udostępnianie danych

Skoro pacjent gromadzi już swoje dane dla własnego użytku, powstaje wiele inicjatyw, aby mogły one służyć również innym potrzebującym. Namawia do tego na łamach Cancer Commons dr Jordan Shlain (*notabene* twórca jednego z pierwszych systemów do follow-upu w Kalifornii o nazwie HealthLoop): „Jeśli znajdziemy sposoby, aby zebrać dane poszczególnych osób i zestawić je razem, możemy zauważyć wzorce, które pomogą naukowcom zweryfikować, jakie leczenie działa". Może się to na pierwszy rzut oka wydawać dość niezwykłe, ale wzrastającym zainteresowaniem cieszy się tzw. donacja danych, czyli udostępnianie swoich danych na rzecz nauki. Ten trend można zbiorczo porównać do big data przeniesionego do świata medycyny, potencjał jest jednak o wiele większy.

Pierwszego przełomu w tym zakresie dokonała Anne Wojcicki, zakładając portal 23andme.com (23 pochodzi od liczby par chromosomów w ludzkich komórkach), którego celem jest łączenie ludzi z podobnym genomem. Użytkownik po zalogowaniu otrzymuje na adres domowy patyczek służący do wymazu z jamy ustnej. Na bazie komórek i śliny zgromadzonych na patyczku w labolatorium 23andme dochodzi do oznaczenia DNA danego użytkownika i porównania z DNA innych użytkowników już wcześniej zarejestrowanych w bazie. Dzięki temu otrzymujemy możliwość niespotykanej wcześniej pomocy w budowaniu drzew genealogicznych i odnajdywaniu pokrewieństw. Podobni usługodawcy oferują też określenie prawdopodobieństwa zachorowania na dane choroby oraz układanie planu żywieniowego. Nutrigenetyka, bo o niej mowa, mimo małej liczby badań w tym zakresie staje się ostatnio coraz częstszą metodą walki z nadwagą w USA. Najczęściej są badane wariacje genu FTO kodującego *fat mass and obesity-associated protein*, czyli białko biorące udział w procesie związanym z kontrolowaniem apetytu, a co za tym idzie – mające wpływ na zwiększanie masy ciała. W Polsce również pojawiło się kilka firm oferujących takie usługi.

Medycyna regeneracyjna

Mówiąc o personalizacji medycyny, nie można zapomnieć o medycynie regeneracyjnej, która przez wielu jest uważana za jedną z największych szans na wydłużenie ludzkiego życia, a nawet na długowieczność. Nie inaczej uważa Aubrey de Grey prowadzący SENS Research Foundation – instytut zlokalizowany niedaleko siedziby Google w Mountain View w Kalifornii. Dr Grey będący, co ciekawe, z wykształcenia informatykiem po latach spędzonych przy monitorze stwierdził, iż zajmie się problemem najbardziej według niego pomijanym przez biologów i lekarzy, czyli starzeniem. Twierdzi on, iż procesy starzenia i ich akumulacja, której wynikiem jest śmierć, są całkowicie odwracalne, trzeba mieć jedynie odpowiednie podejście i narzędzia. A są nimi, mówiąc w wielkim skrócie, komórki macierzyste (tzw. *stem cells*). Dr Grey podczas swojego wystąpienia w trakcie sympozjum w St. Gallen porównał ludzki organizm do vintage'owego samochodu z lat 60., który został zaprojektowany tak, aby można nim było jeździć góra kilkanaście lat, ale dzięki wymianie podzespołów funkcjonuje i jest sprawny po dzień dzisiejszy. Taką samą rolę, jak twierdzi, będą za kilkanaście lat odgrywały dopracowane komórki macierzyste, które po iniekcji w dany narząd odtworzą w poprawny sposób jego strukturę. Grey uważa, że obecni 40-latkowie będą pierwszym pokoleniem, które otrzyma szansę ciągłego odtwarzania struktur ciała przez nowe komórki, co ma skutkować brakiem ograniczenia długości życia.

Grey mówi o nieśmiertelności, co wydaje się jeszcze bardziej futurystyczne niż filmy George'a Lucasa. Utopia? Raczej nie. Pamiętajmy, że każdy wizjoner chcący przyciągnąć zwolenników i zdobyć fundusze musi mieć wizje szersze niż realne możliwości w danym czasie. Inni naukowcy studzą emocje i mówią, że wymaga to jeszcze wielu badań i nie wiadomo, kiedy taka terapia będzie efektywniejsza niż konwencjonalne metody. W przypadku chorych po zawale serca, czyli martwicy mięśnia sercowego spowodowanej jego niedokrwieniem na skutek zamknięcia tętnicy wieńcowej doprowadzającej krew, stosowaną obecnie metodą jest angioplastyka z implantacją stentu (niewielkiej sprężynki umieszczonej wewnątrz naczynia krwionośnego w celu przywrócenia jego drożności). W niedawnym badaniu porównano tę metodę z metodą alternatywną, w której wszczepiano pacjentom komórki macierzyste w celu regeneracji mięśnia sercowego. Okazało się, że *stem cells* mogą

wywołać pozytywny skutek tylko w zestawieniu z terapią standardową, a bez niej nie odnotowujemy spadku liczby zgonów i rehospitalizacji. Nie zmienia to faktu, iż w sprawie komórek macierzystych jest jeszcze wiele do ugrania, a dowodem na to jest inwestycja funduszu Google w Calico Labs zajmujące się biologią długości życia.

Kierunek zmian

Rozwój medycyny stwarza ogromną szansę na polepszenie jakości życia pacjentów zarówno ze stanami nagłymi, jak i chorobami przewlekłymi. Czy ją wykorzystamy, zależy od przystępności urządzeń i oprogramowania. Kierunkiem zmian będzie z całą pewnością automatyzacja. Już za kilka lat większość rozwiązań nie będzie zewnętrznym urządzeniem, a implantem. Przestaniemy mówić o *wearables*, tylko zacznie się era *implantables*, czyli integralnych z organizmem mierników i chipów monitorujących nasze codzienne życie. Czy należy się tego obawiać? Każda technologia niesie jakieś niebezpieczeństwa, ale zawsze i tak wygrywają wygoda i prostota, których oczekuje użytkownik końcowy, w tym wypadku pacjent. A oczywiste jest, że o wiele bardziej komfortowe jest posiadanie wszczepionego na stałe czujnika ciśnienia tętniczego umieszczonego wewnątrz naczynia krwionośnego niż mierzenie ciśnienia dwa razy dziennie zewnętrznym aparatem, nie wspominając już o perspektywie nanobotów krążących w naszym krwiobiegu. Jak na razie technologia ta nie opuściła jeszcze murów laboratorium, ale biorąc pod uwagę opinie najbardziej znanych futurologów, w tym Raya Kurzweila, można przypuszczać, że zmiany są już tylko kwestią kilku lat.

III. Samoleczenie jako element systemu opieki zdrowotnej

Samoleczenie jako instrument nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej w kontekście efektywności kosztowej

Anna Staniszewska

Wprowadzenie

Jednym z ważnych zadań państwa jest zapewnienie obywatelom opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości i dostępnej dla wszystkich. Realizacja tego zobowiązania wiąże się z koniecznością alokacji znacznych środków finansowych i racjonalnego nimi zarządzania.

W Polsce wydatki na ochronę zdrowia niejednokrotnie przewyższają zaplanowane budżety. Nieustannie słyszymy o braku funduszy na finansowanie poszczególnych terapii. Jak pokazują badania, znaczną część kosztów generują leki (Skrzypczak Z., 2009), które zarówno bezpośrednio obciążają budżety gospodarstw domowych, jak i są elementem prowadzonej przez państwo polityki lekowej (np. przez obowiązujący w danym regionie system refundacji leków).

W ujęciu makroekonomicznym wydatki poniesione na leki stanowią ok. 30% wydatków na ochronę zdrowia. W ujęciu mikroekonomicznym, czyli w poszczególnych gospodarstwach domowych, stanowią one ponad 60% całkowitych wydatków na zdrowie (Skrzypczak Z., 2009).

Pod względem ilości spożywanych produktów leczniczych Polacy należą do europejskiej i światowej czołówki (CBOS, 2010). Najczęściej przyjmujemy leki dostępne bez recepty (ang. *Over the Counter*, OTC) – według raportu Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z 2008 roku 75% Polaków deklaruje ich zażywanie (www.esculap.pl, 2016).

Wartość wszystkich preparatów dostępnych bez przepisu lekarza sprzedawanych w aptekach wyniosła w 2013 roku 8,9 mld zł i wykazywała tendencję wzrostową (wzrost o 5,8% w porównaniu z rokiem 2012). Pierwsze miejsce pod względem sprzedaży zajęły leki dostępne bez recepty – tutaj także mieliśmy do czynienia ze wzrostem (4% w skali roku). Wydatki na leki OTC plasowały się na poziomie 5,8 mld zł. Aż 2,3 mld zł (o 7,1% więcej niż w 2012 roku) stanowiły wydatki na suplementy diety (Sequence HC Partners, 2014).

Wartość sprzedaży leków bez recepty poza aptekami wynosiła w 2013 roku 0,5 mld zł. Jak pokazuje badanie Sequence, w pozaaptecznym kanale dystrybucji dominowały leki przeciwbólowe (293 mln zł) i leki stosowane w terapii przeziębienia i kaszlu (130 mln zł) (Sequence HC Partners, 2014).

Skala zjawiska samoleczenia w Polsce

Jak podaje raport GUS „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 roku", 90,4% gospodarstw domowych kupowało w 2013 roku leki z własnej inicjatywy (GUS, 2013). Według cytowanego raportu ponad połowa gospodarstw nie ponosiła bezpośrednich wydatków na ochronę zdrowia innych niż na leki, co pokazuje, jak bardzo rozpowszechnione jest w naszym kraju zjawisko samoleczenia.

Potwierdzają to wyniki badania CBOS przeprowadzonego we wrześniu 2010 roku wśród 1041 dorosłych mieszkańców Polski. Wykazało ono, że w wypadku pogorszenia stanu zdrowia i wystąpienia pierwszych symptomów choroby około 1/3 ankietowanych (31%) korzysta ze sprawdzonych domowych metod, zaś około 1/4 (24%) respondentów nie korzysta w takich sytuacjach z porady lekarza, tylko przyjmuje leki dostępne bez recepty (Roguska B., 2010).

Oprócz samodzielnego stosowania leków OTC Polacy także samodzielnie stosują leki dostępne z przepisu lekarza (pozostałości po poprzedniej terapii), np. antybiotyki czy suplementy diety i witaminy.

Przyczyny i konsekwencje samoleczenia

Wyniki licznych badań przeprowadzonych w różnych krajach wskazują na kilka najczęstszych powodów praktykowania samoleczenia przez pacjentów. Należą do nich: długi czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala (Major C. i in., 2007), występowanie łagodnych dolegliwości (Ibrahim M.I., 1996; Schwenkglenks M., 2007), koszty (Sandler G., 1990; Conelly C.E. 1993; Habeeb G.E., Gearhard J.G., 1993), chęć zaoszczędzenia czasu i pieniędzy (Saeed A., 1988; Sunder S. i in., 2014), brak lekarza (Haak H., 1988).

Samoleczenie jest szczególnie powszechne w sytuacji, gdy pacjent mieszka w znacznej odległości od ośrodka zdrowia. Badanie przeprowadzone w 2012 roku w Bagdadzie pokazało, iż dla 5,2% respondentów odległość od ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej motywuje do samoleczenia (Jasim A.L. i in., 2014). Wyniki innych przytaczanych badań również to potwierdzają (Awad A.I. i in. 2006; Sawalha A.F., 2008).

Oznacza to, że zjawisko samoleczenia można i należy rozpatrywać nie tylko na płaszczyźnie medycznej, lecz także ekonomicznej i społecznej.

Zjawisko samoleczenia niesie zarówno korzyści, jak i zagrożenia. Nieodpowiedzialne podejście do samoleczenia może prowadzić do odraczania w czasie wizyty u lekarza (a więc często opóźniania właściwego rozpoznania choroby), nadużywania leków, polipragmazji, wystąpienia niekorzystnych interakcji, przedawkowania czy zatrucia. Konsekwencje niewłaściwego samoleczenia wpływają nie tylko na zdrowie chorego, lecz także mogą generować dodatkowe, niepotrzebne koszty związane z leczeniem powikłań.

Z drugiej strony należy podkreślać, że świadome i rozważne samoleczenie oparte na rzetelnej wiedzy czerpanej z aktualnych i sprawdzonych źródeł jest zjawiskiem pozytywnym. Świadome samoleczenie wynika z postawy zainteresowania własnym zdrowiem i odpowiedzialności za nie, pragnienia jego utrzymania lub poprawy.

Zwiększenie świadomości zdrowotnej i szeroki dostęp do informacji pozwalają pacjentom na odnoszenie istotnych korzyści z samoleczenia. W razie niewielkich dolegliwości chory nie tylko oszczędza czas, który byłby potrzebny na wizytę u lekarza, ale jednocześnie przyspiesza rozpoczęcie leczenia i może pokonać chorobę na wczesnym etapie jej rozwoju. To z kolei często wystarcza, aby uniknąć długoterminowej nieobecności w pracy, a także powikłań rzutujących na ogólne zdrowie i jakość życia pacjenta i jego rodziny. Z nieobecnością chorobową pracownika są związane koszty ponoszone przez zatrudniającą go firmę oraz przez państwo. Na całkowity koszt absencji chorobowej pracownika składają się m.in.: wynagrodzenie za zastępstwo i ewentualne nadgodziny, koszty administracyjne związane z obsługą zwolnienia, rekrutacji i przeszkolenia nowych pracowników, koszty wynikające z opóźnienia wykonanej pracy, problemów z jej realizacją oraz ze zmniejszoną jakością i wydajnością pracy wykonywanej przez mniej doświadczone osoby zastępujące pracowników będących na zwolnieniu chorobowym.

W konsekwencji samoleczenie ma pozytywny wpływ na całą gospodarkę przez zwiększenie efektywności pracowników, zmniejszenie kosztów leczenia (krótko- i długoterminowych) oraz mniejsze wydatki publicznego ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia zdarzenia choroby.

Wartość samoleczenia dla pacjenta rośnie w sytuacji ograniczonego dostępu do lekarza, kiedy stoi on przed wyborem pomiędzy dłuższym oczekiwaniem na profesjonalną poradę a płatną wizytą.

Socjoekonomiczny aspekt samoleczenia

Samoleczenie wiąże się z oszczędnością czasu pacjenta i personelu medycznego. Brytyjski raport rządowy z 2005 roku pokazuje, że zjawisko samoleczenia zmniejsza o 40% liczbę wizyt u lekarza, o 17% liczbę wizyt domowych, a o 50% potrzebę interwencji pogotowia ratunkowego, liczbę przyjęć do szpitala oraz czas hospitalizacji (www.esculap.pl).

Z punktu widzenia lekarzy pierwszego kontaktu samoleczenie w wypadku łagodnych i niewymagających interwencji lekarskiej problemów zdrowotnych oznacza znaczną oszczędność czasu, który można spożytkować na opiekę nad pacjentami z poważniejszymi dolegliwościami (Blenkinsopp A., 1989). Dodatkowo koszt świadczeń lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej jest niższy, ponieważ potrzebna jest mniejsza liczba lekarzy dostosowana do mniejszej liczby pacjentów

wymagających porady. W sytuacji, kiedy lek stosowany w samoleczeniu byłby dostępny na receptę, liczba porad lekarskich wzrosłaby o dodatkowe 115 mln rocznie, co stanowiłoby ponad 80% aktualnego obciążenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto należałoby zatrudnić więcej pozostałego personelu medycznego oraz rozbudować infrastrukturę medyczną, co wygenerowałoby dodatkowy koszt (Sequence HC Partners, 2014).

Ekonomiczny aspekt samoleczenia

Z ekonomicznego punktu widzenia odpowiedzialne samoleczenie wiąże się przede wszystkim z oszczędnościami finansowymi tak budżetu państwa, jak i osoby chorej.

Większa dbałość o zdrowie ze strony samych pacjentów jak i świadome i rozważne korzystanie z leków OTC pozwalają na większą efektywność wydatków budżetowych na ochronę zdrowia. Samoleczenie pozwala nie tylko uzyskać oszczędności w krajowych systemach opieki zdrowotnej, ale nakłada na samych pacjentów większą odpowiedzialność za zarządzanie swoim stanem zdrowia w rozsądny, oparty na wiedzy sposób (Hughes C.M., 2001).

Firma Sequence HC Partners Sp. z o.o. oszacowała bezpośrednie i pośrednie oszczędności budżetu państwa związane z samoleczeniem oraz wynikającą z niego mniejszą liczbą konsultacji lekarskich, a także zwolnień na łączną kwotę 4,4 mld zł rocznie. Wyliczono również, że budżet ochrony zdrowia byłby w stanie zyskać bezpośrednio ok. 600 mln zł rocznie, gdyby osoby chore niepotrzebujące porady lekarskiej praktykowały samoleczenie (Sequence HC Partners, 2014).

Według tej samej analizy pacjenci stosujący samoleczenie dzięki ograniczeniu wydatków na prywatne wizyty lekarskie, zmniejszeniu współpłacenia za terapię oraz ograniczeniu zwolnień lekarskich oszczędzają 1,4 mld zł rocznie. Bezpośredni koszt niepotrzebnych wizyt lekarskich poniesionych przez pacjentów to 100 mln zł (Sequence HC Partners, 2014).

Ograniczenie własnych wydatków na leczenie ma szczególne znaczenie dla osób o niższym dochodzie. Wyniki badań przeprowadzonych w krajach trzeciego świata wykazały, że większość osób praktykujących samoleczenie charakteryzuje się niskim statusem ekonomicznym (Solomon W., Abebe G.M., 2003; Hussain A., Khanum A., 2008). Badanie przeprowadzone w 2012 roku w Bagdadzie dowiodło, że dla 27% badanych wysokie koszty ponoszone w ramach prywatnych wizyt są powodem decydującym o podjęciu samoleczenia, szczególnie przez osoby uboższe (Jasim A.L. i in., 2014).

Z drugiej strony wiadomo, że polekowe działania niepożądane są też częstą przyczyną hospitalizacji, zwłaszcza chorych w starszym wieku. Negatywne konsekwencje samoleczenia wpływają nie tylko na zdrowie chorego, ale także mogą doprowadzić do niepotrzebnych kosztów związanych z leczeniem powikłań. Nie dysponujemy jednak danymi mówiącymi o konkretnych kosztach wynikających z leczenia działań niepożądanych leków stosowanych samodzielnie przez pacjentów.

Leki dostępne bez recepty zgodnie z aktualnie obowiązującym w naszym kraju prawem można zakupić w aptekach, punktach aptecznych oraz w ramach sprzedaży pozaaptecznej, czyli w sklepach, kioskach, supermarketach czy na stacjach benzynowych (Rozporządzenie MZ, 2010). Zatem niezależnie od tego, czy pacjent zamieszkuje małe lub duże miasto czy też tereny wiejskie o każdej porze może się zaopatrzyć w leki tzw. pierwszej potrzeby. Najczęściej są to leki przeciwbólowe/przeciwgorączkowe, a wśród nich paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne (Sequence HC Partners, 2014). Analogicznie sytuacja wygląda w Brazylii (Arrais P.S. i in., 1997), a także na terenach wiejskich Barabanki (Indie) (Sunder S. i in., 2014), gdzie także leki przeciwbólowe są najczęściej kupowanymi przez społeczeństwo produktami leczniczymi. Warto także zaznaczyć, że wśród czynników branych pod uwagę przy wyborze leku, jakimi kieruje się polski pacjent, znajdują się cena i porada farmaceuty. Z drugiej zaś strony społeczeństwo polskie dokonuje zakupu leków dostępnych bez recepty przy okazji robienia innych zakupów, np. w super- czy hipermarkecie.

Rozpatrując aspekt ekonomiczny samoleczenia, nie sposób nie wspomnieć o korzyściach dla budżetu publicznego płatnika w ramach nieponiesionej refundacji. Pacjenci ordynujący sobie leki samodzielnie rezygnują tym samym, przynajmniej w pewnym stopniu, z refundowanych leków wydawanych z przepisu lekarza. W takiej sytuacji budżet Narodowego Funduszu Zdrowia jest choć częściowo odciążony, a zaoszczędzone pieniądze mogą być przeznaczone na inne cele zdrowotne. Zdarza się też tak, iż lek zawierający tę samą substancję czynną dostępny w większym opakowaniu jest refundowany, a zatem tańszy dla pacjenta niż dostępny bez recepty, ale w mniejszym opakowaniu. Można by zatem wnioskować, że pacjent w ramach samoleczenia poniesie wyższy koszt, zaś ubezpieczyciel zaoszczędzi. Powstaje jednak pytanie, czy pacjentowi, który jednak trafi do lekarza z drobnymi dolegliwościami, zostanie zaordynowany lek objęty refundacją. W ramach

wspomnianego wcześniej raportu firma Sequence zestawiła koszty terapii przepisanej w ramach wizyty lekarskiej z wyborem pacjenta w procesie samoleczenia. Przeprowadzona analiza nie wykazała, aby koszty poniesione przez pacjenta w ramach samoleczenia były wyższe w porównaniu z kosztami leczenia zaordynowanego przez lekarza (Sequence HC Partners, 2014).

Podsumowując, można stwierdzić, iż samoleczenie przynosi wiele korzyści, jednak tylko i wyłącznie wtedy, gdy pacjent samodzielnie stosujący leki czyni to w sposób racjonalny i odpowiedzialny.

Bibliografia

1. Arrais P.S., Coelho H.L., Batista Mdo C., Carvalho M.L., Righi R.E., Arnau J.M., *Profile of self-medication in Brazil*, „Rev Saude Publica" 1997, 31(1), s. 71-77.
2. Awad A.I., Eltayeb I.B., Capps P.A., *Self-medication practices in Khartoum State, Sudan*, „European Journal of Clinical Pharmacology" 2006, 62, s. 317-324.
3. Blenkinsopp A., *Cost benefit of self prescribing*, „Lancet" 1989, 1(8651), s. 1393.
4. CBOS, *Komunikat z badań – Stosowanie leków bez recepty 2010*.
5. Conelly C.E., *An empirical study of a model of self care in chronic illness*, „Clin Nurse Spec." 1993, 7, s. 247-253.
6. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*
7. Haak H., *Pharmaceuticals in two Brazilian Villages: Lay practices and perceptions*, "Soc Sci Med." 1988, 27, s. 1415-1427.
8. Habeeb G.E. Jr, Gearhart J.G., *Common patient symptoms: patterns of self treatment and prevention*, „J Miss State Med Assoc." 1993, 34, s. 179-181.
9. Hussain A., Khanum A., *Self-medication among university students of Islamabad, Pakistan*, „Southern Med Review" 2008, 1(1), s. 14-16.
10. Ibrahim M.I., *Treating one's own ailment*, „World Health Forum" 1996, 17, s. 409-410.
11. Jasim Ali L., Fadhil Taqua A., Taher Salam S., *Self Medication Practice among Iraqi Patients in Baghdad City*, „American Journal of Pharmacological Sciences" 2014, 2(1), s. 18-23.
12. Keshari S.S., Kesarwani P., Mishra M., *Prevalence and Pattern of Self-medication Practices in Rural Area of Barabanki*, „Indian Journal of Clinical Practice" 2014, 25(7), s. 636-639.
13. Major C., Vincze Z., Mesko A. i in., *Medicating outside the consulting room*, „Orv Hetil" 2007, 148, s. 291-298.
14. Roguska B., Feliksiak M., *Stosowanie leków dostępnych bez recepty*, CBOS, Warszawa 2010.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 roku w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych.
16. Saeed A., *Self medication among primary care patients in Faradak clinic in Riyadh*, „Soc Sci Med." 1988, 27, s. 119.
17. *Samoleczenie – tak, ale... Z kraju*, 31.08.2009, PAP www.esculap.pl, (dostęp w dniu 4.01.2016 r.).
18. Sandler G., *South Africa: self-medication*, „Lancet" 1990, 335, s. 1149.
19. Sawalha A.F., *A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university student*, „Research in Social and Administrative Pharmacy" 2008, 4, s. 164-172.
20. Schwenkglenks M., *Self-treatment and selfmedication by Swiss primary care physicians: a cause for concern*, „Swiss Med Wkly." 2007, 137, s. 105-106.
21. Sequence HC Partners Sp. z o.o., *Znaczenie i rola samoleczenia w polskim systemie ochrony zdrowia. Raport*, 2014.
22. Skrzypczak Z., *Wydatki na artykuły farmaceutyczne (leki) – Polska na tle krajów OECD*, MBA 2009, 1, s. 46-54.
23. Solomon W., Abebe G.M., *Practice of Self-medication in Jimma Town*, „Ethiopian Journal of Health Development" 2003, 17(2), s. 111-116.

Samoleczenie – potrzeba regulacji prawnej i uwagi *de lege ferenda*

Andrzej Balicki

Wstęp

Samoleczenie zostało zdefiniowane przez WHO w latach 80. jako „używanie lekarstw przez konsumenta w leczeniu chorób lub objawów rozpoznanych samodzielnie. W praktyce w określeniu tym zawiera się również leczenie wzajemne przez członków rodziny lub przyjaciół, szczególnie gdy leczone jest dziecko" (WHO, 1986). Ta najbardziej rozpowszechniona definicja samoleczenia odpowiada anglosaskiemu pojęciu *self-medication*. Obecnie popularność w kontekście samoleczenia zyskuje także określenie *self-care* (samoopieka), które odnosi się szerzej do stylu życia i dbałości o zdrowie (Krajewski K. i in., 2012). Na potrzeby niniejszej publikacji przyjęto, że odpowiedzialne samoleczenie to świadome zaangażowanie pacjenta w dbanie o własne zdrowie. Polega ono na indywidualnym podejmowaniu działań w zakresie utrzymania lub wzmacniania zdrowia oraz doraźnym leczeniu samodzielnie rozpoznanych objawów do momentu konsultacji z lekarzem w oparciu o wiedzę pochodzącą z aktualnych i z rzetelnych źródeł. W ujęciu szerszym oznacza także stosowanie się pacjenta do zaleceń personelu medycznego.

Społeczna doniosłość problemu samoleczenia wzrasta wraz z łatwiejszym dostępem pacjentów do leków OTC oraz suplementów diety, intensywną reklamą tych produktów, mnogością informacji na temat metod leczenia umieszczonych w internecie i innych mediach oraz widoczną popularyzacją zdrowego stylu życia jako swoistego trendu społecznego. Z natury rzeczy musi to prowadzić do pojawienia się pytania o potrzebę i ewentualny zakres regulacji tej materii przez państwo, zwłaszcza że na konieczność unormowania tego zjawiska wskazuje intensywna działalność legislacyjna polskiego i unijnego prawodawcy w zakresie pozostałych aspektów ochrony zdrowia i farmacji. Świadczy ona o uznaniu zdrowia i zagadnień z nim związanych za przedmiot szczególnej ochrony prawnej. Z samoleczeniem zaś wiąże się szereg ryzyk, których główne obszary to: polipragmazja i związane z nią interakcje leków, błędna samodiagnoza, przyjmowanie zbyt dużej dawki właściwego leku, przyjmowanie zbyt małej dawki właściwego leku oraz przyjmowanie niewłaściwego leku (Jasińska M., Orszulak-Michalak D., 2009).

Dlatego też nie byłoby celowe zupełne zignorowanie zjawiska samoleczenia przez ustawodawcę. Działanie odwrotne, tj. podjęcie próby restrykcyjnego ograniczania praktyki samoleczenia, również nie byłoby pożądane z uwagi na jego społeczną akceptację oraz szeroko opisywane w literaturze przedmiotu pozytywne aspekty tego trendu (Czerw A. i in., 2014). Wydaje się więc, że reakcją organów władzy publicznej na opisane zjawisko społeczne, jakim jest samoleczenie, powinno być przede wszystkim umożliwienie pacjentom uzyskania dostępu do rzetelnej informacji dotyczącej produktów leczniczych, suplementów diety oraz metod leczenia. Odpowiednie działania powinny zostać podjęte w tym zakresie na poziomie legislacyjnym.

W ramach polityki zapewniania samoleczącym się pacjentom rzetelnej informacji trzeba zwłaszcza rozważyć zagadnienia związane z opieką farmaceutyczną, obrotem pozaaptecznym i reklamą. W tym zakresie bowiem odpowiednie zmiany legislacyjne oraz organizacyjne mogą się przyczynić do zwiększenia świadomości pacjentów, a tym samym zwiększenia bezpieczeństwa samoleczenia.

Opieka farmaceutyczna

Jak się trafnie wskazuje w dyskusjach dotyczących ochrony zdrowia, kluczową rolę w procesie samoleczenia powinien odgrywać farmaceuta (OSOF, 2015) jako łącznik pomiędzy lekarzem a pacjentem (Waszyk-Nowaczyk M. i in., 2013), a także źródło fachowej informacji lekowej. Postuluje się stworzenie w Polsce sprawnego systemu tzw. opieki farmaceutycznej, która jest obecnie definiowana ustawowo jako „dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta" (DzU 2014, nr 41, poz. 1429). Podnosi się przy tym, że brak jest w tej chwili wystarczających mechanizmów prawnych, które by na to pozwalały (www.na zdrowie.pl, 2016), mimo umieszczenia przywołanej wyżej definicji wśród usług farmaceutycznych wymienionych w ustawie o izbach

aptekarskich. Efektywne wykonywanie opieki farmaceutycznej, która miałaby polegać na aktywnym i zindywidualizowanym doradzaniu pacjentom, wymaga więc istotnych zmian legislacyjnych. Przede wszystkim należy na nowo unormować kwestie związane z dokumentacją medyczną i aptieczną, a w szczególności zasady dostępu do takiej dokumentacji (w tym w formie elektronicznej), oraz zadbać o aspekty związane z ochroną danych osobowych, a także określić zasady finansowania takiej usługi. Nie powinno bowiem budzić wątpliwości, że nałożenie na aptekarzy dodatkowych obowiązków powinno być połączone z odpowiednim wynagrodzeniem. W świetle powyżej wskazanych problemów należy się zastanowić nad możliwymi modelami opieki farmaceutycznej.

Finansowanie

Cztery rozwiązania w tym zakresie wydają się być warte uwagi.

1. Pierwsze zakłada, że opieka farmaceutyczna powinna zostać skonstruowana na wzór podstawowej opieki zdrowotnej. Opieka farmaceutyczna stałaby się wówczas świadczeniem zdrowotnym, a pacjent miałby możliwość wyboru apteki spośród aptek ogólnodostępnych, które zawarłyby umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Narodowy Fundusz Zdrowia w tym modelu byłby zobowiązany do zawarcia umowy z każdą apteką, która spełniałaby określone ustawowo warunki, oraz dysponowałby deklaracjami wyboru apteki/farmaceuty przez świadczeniobiorców. Należy przy tym założyć, że ceny określonych usług farmaceutycznych byłyby takie same dla wszystkich aptek. Takie rozwiązanie zakładałoby więc rozszerzenie podmiotowe pojęcia świadczeniodawcy o apteki świadczące usługę opieki farmaceutycznej oraz rozszerzenie katalogu zakresu świadczeń gwarantowanych. Z kolei w nowym rozporządzeniu „koszykowym" Ministra Zdrowia musiałyby zostać dookreślone poziom lub sposób finansowania poszczególnych świadczeń opieki farmaceutycznej oraz warunki ich realizacji. Warto przy tym zauważyć, że koncepcja opieki farmaceutycznej odpowiadającej konstrukcyjnie podstawowej opiece zdrowotnej pojawiała się już w różnego rodzaju projektach legislacyjnych (www.warszawa.oia.org.pl).

2. Podobnym rozwiązaniem jest system wyboru świadczeniodawcy na zasadzie konkursu ofert i zawarcia z nim umowy o udzielenie świadczenia gwarantowanego w postaci opieki farmaceutycznej kontraktowanej jako profilaktyczny program zdrowotny (Śląska Izba Aptekarska w Katowicach, 2015). Ten model budzi jednak pewne wątpliwości z uwagi na możliwy podział aptek na lepsze i gorsze. W domyśle „gorsze" byłby apteki jednoosobowe, ponieważ mogłoby dojść do sytuacji, w której w opisie świadczenia znalazłoby się wymaganie posiadania kilku specjalistów, co premiowałoby określone podmioty (www.farmacjapraktyczna,pl, 2015).

3. Inną możliwością jest uregulowanie opieki farmaceutycznej jako specjalistycznej usługi świadczonej na zlecenie lekarza rodzinnego, który uzna, że ze względu na skomplikowany plan farmakologiczny lub możliwe interakcje leków konieczna jest pomoc farmaceuty. Pojawiły się pomysły, żeby lekarz wystawiał wówczas druk skierowania podobny do druku wystawianego do lekarza specjalisty (Waszyk-Nowaczyk M., 2015). Farmaceuta przygotowywałby – w myśl tej koncepcji – dokument zawierający analizę przyjmowanych przez pacjenta leków oraz wskazanie ewentualnych nieprawidłowości farmakoterapii. Dokument ten otrzymywaliby następnie lekarz oraz pacjent.

4. Możliwy jest także wariant mieszany w zakresie modeli I i III albo modeli II i III. Polegałby on na wykreowaniu hybrydowej opieki farmaceutycznej, na którą składałyby się zarówno podstawowa opieka farmaceutyczna, jak i świadczenia specjalistyczne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Odzwierciedlałby on wówczas mechanizm stosowany obecnie w przypadku świadczeń zdrowotnych.

   W ocenie autora niniejszej publikacji model I oraz IV najlepiej realizowałyby założenia opieki farmaceutycznej jako formy samoleczenia. Istotną wadą np. modelu III jest bowiem konieczność wizyty u lekarza, której w założeniu pacjent nie odbywa podczas samoleczenia. Lukę tę właśnie ma wypełniać opieka farmaceuty.

   Nie sposób przy tym nie zauważyć, że koszyk świadczeń przy opiece farmaceutycznej niezależnie od jej modelu nie mógłby być, zwłaszcza na początku, zbyt szeroki jako dodatkowe obciążenie finansowe Funduszu. Właściwym rozwiązaniem byłoby zatem m.in. zagwarantowanie możliwości wykupienia dodatkowego (prywatnego) ubezpieczenia w tym zakresie. Pacjenci mogliby wówczas dobrowolnie kupować świadczenia znajdujące się poza koszykiem oraz te, których standard byłby wyższy od gwarantowanego. Konieczna jednak byłaby wówczas zmiana przepisów dotyczących reklamy aptek poprzez wyraźne wskazanie na możliwość informowania o prowadzeniu opieki farmaceutycznej przez te podmioty.

Dokumentacja

Przechodząc do kolejnej kwestii związanej ze skuteczną opieką farmaceutyczną, trzeba wskazać na potrzebę umożliwienia farmaceutom tworzenia „dokumentacji aptecznej". To właśnie udokumentowanie procesu pomocy pacjentom odróżnia zwykłe doradztwo od opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego (Panacea, 2015). Wiążą się z tą kwestią dwa zagadnienia – pierwsze dotyczy formy dokumentacji aptecznej oraz dostępu farmaceuty do dokumentacji medycznej, a drugie ochrony danych osobowych w aptekach.

Efektywne sprawowanie opieki medycznej przez farmaceutę nad konkretnym pacjentem, który złożył wobec niego deklarację wyboru, wymaga stworzenia dokumentacji pozwalającej na śledzenie całego procesu farmakoterapii pacjenta. Tylko wówczas aptekarz będzie miał możliwość wykrycia jej ewentualnych niepożądanych skutków. Postuluje się stworzenie takiej dokumentacji w formie elektronicznej, co pozwoliłoby na przekazywanie stosownych informacji lekarzom i płatnikowi, a w razie dokonywania przez pacjenta zakupu leków w nowej aptece także innym farmaceutom (Panacea, 2015).

Jednocześnie wskazuje się na potrzebę zapewnienia farmaceucie dostępu do dokumentacji medycznej (np. kart leczenia szpitalnego czy ambulatoryjnego) (Biuletyn NIA, 2007). W związku z postępującą informatyzacją służby zdrowia należałoby zastanowić się nad umożliwieniem uzyskania takiego dostępu on-line. Koncepcja taka powinna być uwzględniona we wprowadzanym w ramach programu e-zdrowia Internetowym Koncie Pacjenta, które będzie zawierało historię leczenia oraz pozwalało na realizację e-recept (http://ezdrowie.gov.pl, b.r.).

Najbardziej jednak optymalnym rozwiązaniem byłoby, szczególnie w obliczu wspomnianej informatyzacji służby zdrowia, stworzenie jednego kompleksowego systemu zawierającego informacje o pacjencie zarówno o charakterze medycznym, jak i farmakologicznym, do którego dostęp mogliby mieć pacjent, lekarz oraz farmaceuta.

Omawiane zagadnienie wiąże się ściśle z kwestią potrzeby zmian legislacyjnych w zakresie ochrony danych osobowych w aptekach. Jak wskazywał już Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych, ani z ustawy o izbach aptekarskich, ani z ustawy o ochronie danych osobowych nie wynika, czy i jakie dane osobowe pacjentów może przetwarzać farmaceuta w związku z opieką farmaceutyczną. Niezbędna zatem „jest stosowna zmiana przepisów prawa, które wyeliminują problem związany z właściwym ujęciem podstawy prawnej, jak i sposobu przetwarzania danych osobowych (zwłaszcza szczególnie chronionych) pacjentów uczestniczących w sprawowanej przez farmaceutów opiece farmaceutycznej" (GIODO, 2011).

Obrót pozaapteczny

Pozaapteczny obrót lekami OTC jest prowadzony przez: sklepy zielarsko-medyczne, sklepy specjalistycznego zaopatrzenia medycznego oraz sklepy ogólnodostępne, czyli np. sklepy spożywcze, kioski „Ruchu", stacje benzynowe, które są zakładane na zasadach określonych ustawą o działalności gospodarczej. Rozważając kwestię regulacji w zakresie samoleczenia, należy pamiętać, że dostępność produktów leczniczych w tych placówkach już jest określana przez odpowiednie rozporządzenia Ministra Zdrowia. Prawo chroni zdrowie i życie pacjenta.

Produkt dopuszczony do obrotu pozaaptecznego musi być dostępny jako lek OTC od co najmniej 5 lat. Może on zawierać wyłącznie substancje czynne ze ściśle określonej listy substancji o znikomym ryzyku wystąpienia skutków ubocznych. Również odpowiednio małe opakowania, uzasadniona maksymalna dawka jednorazowa oraz dobowa, a także ulotka informacyjna i czytelne opakowania mają zapewniać bezpieczeństwo stosowania.

Wyeliminowanie obrotu pozaaptecznego nie jest również zasadne chociażby z uwagi na brak aptek czy ich trudną dostępność np. w porze nocnej w mniejszych miejscowościach (np. jeśli chodzi o leki przeciwbólowe). Wydaje się jednak, że głównym problemem w zakresie samoleczenia jest wskazywany na wstępie brak ugruntowanej wiedzy pacjentów odnośnie do stosowania leków, stąd najistotniejsze są działania mające na celu zagwarantowanie odpowiedniego poziomu wiedzy pacjentów niezbędnej do podejmowania właściwych decyzji w zakresie samoleczenia.

Reklama

Istotną rolę w samoleczeniu odgrywa reklama produktów leczniczych i suplementów diety, która wpływa na decyzje podejmowane przez pacjentów bez kontaktu z lekarzem, a niekiedy także farmaceutą. Dlatego też nie można pominąć tego

tematu przy analizie zagadnienia samoleczenia i związanych z nim ewentualnych zmian prawnych. Należy jednak zauważyć, że reklama zarówno produktów leczniczych, jak i suplementów diety jest obecnie ściśle uregulowana przepisami prawa. Regulacja ta ma charakter rygorystyczny i nie dopuszcza do stosowania przekazów reklamowych, które w jakikolwiek sposób mogłyby wprowadzić odbiorców w błąd, korzystając z ich niewiedzy czy technik perswazji (np. udziału osoby publicznie znanej).

Rygorystyczne są także przepisy dotyczące reklamy suplementów diety w kontekście stosowanych w niej tzw. oświadczeń zdrowotnych, tj. wszelkich przekazów związanych ze zdrowiem. Przekazy takie o charakterze komercyjnym muszą co do zasady spełniać określone w prawie unijnym warunki, uzyskać specjalne zezwolenie i być umieszczone w odpowiednim wykazie. Konieczne przy tym jest jednoczesne spełnienie wszystkich tych przesłanek, a więc nawet gdyby doszło do sytuacji, że uzyskano zezwolenie i umieszczono oświadczenie w specjalnym wykazie, nie jest dopuszczalne jego stosowanie, jeżeli nie spełnia ono określonych prawem warunków (Balicki A., 2015). Zauważyć przy tym należy, że zakazane są oświadczenia odwołujące się do zaleceń lekarzy i specjalistów w zakresie zdrowia, a także oświadczenia sugerujące, że niespożycie określonej żywności mogłoby mieć wpływ na zdrowie.

Nie wydaje się zatem bezwzględnie konieczne dalsze obostrzanie zasad reklamy produktów leczniczych czy suplementów diety w zakresie stosowania oświadczeń zdrowotnych, zwłaszcza że są to kwestie regulowane na poziomie unijnym. Natomiast do rozważenia pozostają ewentualne rozwiązania odróżniające leki od suplementów diety, w szczególności biorące pod uwagę różne funkcje tych dwóch typów produktów czy też doprecyzowujące zasady prezentowania produktów przez określone kategorie osób. Warto wskazać, iż w literaturze przedmiotu został zauważony problem rosnącej popularności suplementów diety (Nartowski K. i in., 2012). Ze względu na i tak daleko idące regulacje dotyczące oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych można założyć, że zasadniczym rozwiązaniem powinno być przeprowadzenie stosownych kampanii edukacyjnych, w szczególności przez organy publiczne. Skuteczne mogłoby się okazać także zwiększenie dostępu pacjentów do refundowanych usług dietetyka, w tej chwili bardzo ograniczonego.

Wracając jeszcze do tematu opieki farmaceutycznej, tym razem właśnie w kontekście reklamy, należy jeszcze raz zasygnalizować, że regulacje w zakresie zakazu reklamy aptek powinny uwzględniać możliwość informowania przez apteki o opiece farmaceutycznej, zwłaszcza w zakresie finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podsumowanie oraz wnioski *de lege ferenda*

Samoleczenie powinno stać się przedmiotem zainteresowania polskiego ustawodawcy, a jako cel działań legislacyjnych należy wskazać zapewnienie pacjentom rzetelnej informacji na temat produktów leczniczych, suplementów diety oraz metod leczenia.

Konieczne jest uregulowanie normatywne opieki farmaceutycznej, przy czym powinna się stać ona świadczeniem zdrowotnym finansowanym publicznie. Optymalnym modelem wydaje się wariant analogiczny do podstawowej opieki zdrowotnej lub też wariant hybrydowy łączący podstawową opiekę zdrowotną i usługi specjalistyczne.

Należy rozważyć możliwość wprowadzenia dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych pozwalających na zakup dodatkowych świadczeń z zakresu opieki farmaceutycznej lub świadczeń lepszej jakości. Konieczne w tym zakresie będą odpowiednie zmiany w przepisach regulujących reklamę aptek.

Wprowadzenie opieki farmaceutycznej wymaga normatywnego uregulowania sposobu i formy prowadzenia dokumentacji farmaceutycznej oraz dostępu farmaceuty do dokumentacji medycznej. Podstawowym postulatem w tym zakresie jest stworzenie dokumentacji farmaceutycznej w formie elektronicznej.

Potrzebna jest regulacja ochrony danych osobowych w aptekach w kontekście tworzenia dokumentacji farmaceutycznej oraz ewentualnego dostępu farmaceuty do dokumentacji medycznej pacjentów.

Zalecane byłoby prowadzenie kampanii społecznych, w szczególności dotyczących suplementów diety, oraz zapewnienie szerszego dostępu do usług dietetyka w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ.

Bibliografia

1. Balicki A., [w:] *Oświadczenia żywieniowe i zdrowotne w oznakowaniu, prezentacji i reklamie żywności. Komentarz*, (red.) Szymecka-Wesołowska A., Warszawa 2015, s. 226.
2. „Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej", nr IV/17/2007.
3. Czerw A., Religioni U., Kunda A., Augustynowicz A., *Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego w Polsce*, „Journal of Health Sciences" 2014, 4(9), s. 249-256.
4. DzU z 2014 r. poz. 1429, 1491 ze zm., Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, art. 2a ust. 1 pkt 7.
5. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych, Pismo GIODO do Prezesa Rady Ministrów z 2011 r., znak DOLiS-035-80/10.
6. http://ezdrowie.gov.pl/ (dostęp 4.02 2016).
7. http://www.nazdrowie.pl/artykul/wspolpraca-miedzy-lekarzem-i-farmaceuta (dostęp 4.02.2016).
8. Jasińska M., Orszulak-Michalak D., *Optymalizacja farmakoterapii w przebiegu opieki farmaceutycznej*, „Aptekarz Polski. Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej", listopad 2009, nr 39/17 online.
9. Krajewski-Siuda K., Chmura R., Łach K., *Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego*, Warszawa 2012, s. 35 i nast.
10. Nartowski K., Wiela-Hojeńska A., Łapiński Ł., [w:] P*roblemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych. Przyczyny i zagrożenia samoleczenia oraz przyjmowania suplementów diety*, (red.) Płonka-Syroka B., Wrocław 2012, s. 157-195.
11. Ogólnopolska Sekcja Opieki Farmaceutycznej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, *Perspektywa rozwoju farmacji w Polsce do roku 2030*, marzec 2015.
12. *Wywiad z prezesem Śląskiej Izby Aptekarskiej dr. n. farm. P. Brukiewiczem*, „Panacea. Leki ziołowe", nr 4 (53), październik-listopad 2015.
13. *Koncepcja wprowadzenia opieki farmaceutycznej refundowanej w Polsce*, Śląska Izba Aptekarska w Katowicach 2015, http://www.katowice.oia.pl/news/show/id/6512 (dostęp 4.02.2016).
14. Waszyk-Nowaczyk M., Simon M., Szukalska B., *Opieka farmaceutyczna płaszczyzną współpracy lekarza i farmaceuty*, „Nowiny Lekarskie" 2013, 82, 3, s. 262-265.
15. WHO, *Deklaracja Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia*, Kopenhaga 1986 r.
16. www.farmacjapraktyczna.pl, *Wywiad z mgr. farm. G. Zagórnym, przewodniczącym zespołu roboczego ds. opieki farmaceutycznej funkcjonującym przy Ministrze Zdrowia, naczelnikiem Wydziału Gospodarki Lekami Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia*, http://www.farmacjapraktyczna.pl/2015/10/opieka-stac-sie-swiadczeniem-zdrowotnym (dostęp 4.02. 2016).
17. www.warszawa.oia.org.pl, Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych i innych ustaw, http://www.warszawa.oia.org.pl/dat/attach/1471_projekt_ustawy_o_swiadczeniach..._w_zakresie_wdrozenia_opieki_farmaceutycznej.pdf (dostęp 4.02.2016).
18. Magdalena Waszyk-Nowaczyk, *Oczekiwania pacjentów i lekarzy odnośnie zakresu zadań stawianych aptekarzowi w realizacji opieki farmaceutycznej*, Poznań 2012, s.137, www.wbc.poznan.pl/Content/220084/index.pdf, s. 137 (dostęp 4.02.2016).

Autorzy

Krzysztof Krajewski-Siuda

Doktor habilitowany nauk medycznych, profesor nadzwyczajny Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, lekarz specjalista zdrowia publicznego, ekspert ds. ochrony zdrowia Instytutu Sobieskiego w Warszawie, w latach 2002-2012 kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, w latach 2008-2012 p.o. kierownik Zakładu Promocji Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, w 2001 roku szef gabinetu ministra zdrowia, redaktor pierwszej w Polsce monografii poświęconej samoleczeniu [Krajewski-Siuda K. (red.), „Samoleczenie", Instytut Sobieskiego, Warszawa 2012. ISBN 978-83-927691-3-2].

Andrzej Balicki

Radca prawny, szef zespołu regulacyjnego w kancelarii DLA Piper Wiater sp.k. Rozprawę doktorską z zakresu wspólnotowych i polskich regulacji rynku leków obronił na Uniwersytecie Warszawskim. Stypendysta uniwersytetów w Liège i Leuven, Uniwersytetu Oksfordzkiego i Collegium Invisibile. Członek Rady Eksperckiej Krajowej Rady Suplementów i Odżywek. Doradza w szczególności podmiotom świadczącym usługi medyczne, producentom leków, wyrobów medycznych i żywności w zakresie prawa medycznego, farmaceutycznego i żywnościowego, a także prawa konkurencji. Częsty prelegent na konferencjach branżowych. Współautor pierwszego komentarza do ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz pierwszego na rynku polskim komentarza do rozporządzenia (WE) 1924/2006 w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych. Wyróżniany za osiągnięcia przez prestiżowe wydawnictwo Legal 500.

Ewa Borek

Absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie, studiów MBA Illinois University oraz kursu HTA w London School of Economics. Lekarz, menedżer z wieloletnim doświadczeniem w pracy na rzecz poprawy dostępu pacjentów do nowoczesnych terapii. Ekspert w dziedzinie organizacji i finansowania ochrony zdrowia oraz zdrowia publicznego. Organizator dużych międzynarodowych projektów edukacyjnych, takich jak Wolność Oddechu, który realizowany w szkołach podstawowych w całej Polsce doprowadził do upowszechnienia wiedzy o astmie wśród 1 mln uczniów, czy Rak Piersi od A do Z, który zaowocował wzrostem świadomości praw pacjenta wśród polskich Amazonek. Autorka bloga www.pacjenci.blogspot.com oraz licznych publikacji w prasie branżowej poruszających tematykę z zakresu usprawnienia systemu ochrony zdrowia. Ekspert aktywnie wspierający organizacje pacjenckie. Od 2012 roku prezes Fundacji My Pacjenci działającej na rzecz zwiększenia udziału pacjentów w procesie podejmowania decyzji w ochronie zdrowia.

Grzegorz Borstern

Lekarz medycyny, specjalista chorób wewnętrznych. Kierownik SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście.

Izabella Dessoulavy-Gładysz

Ekspert w zakresie komunikacji społecznej, PR i public affairs. Od wielu lat specjalizuje się również w tworzeniu i umacnianiu wizerunku osób i organizacji z wykorzystaniem nowoczesnych i różnorodnych narzędzi komunikacji, w tym mediów społecznościowych. Wieloletnie doświadczenie zawodowe w zakresie opracowywania i realizacji skutecznych strategii komunikacji zdobywała, pracując na stanowiskach menedżerskich międzynarodowych organizacji w różnorodnych sektorach, m.in. ubezpieczeniowym, bankowym, logistycznym. Przez wiele lat pełniła funkcję rzecznika prasowego, organizowała i prowadziła debaty, konferencje prasowe oraz kongresy. Była również odpowiedzialna za prowadzenie działań public affairs, budowała relacje z różnorodnymi grupami interesariuszy. Tematyką komunikacji w ochronie zdrowia, jak również wpływem na tworzenie rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia w Polsce zajmuje się od 2012 roku, współpracuje z organizacjami, takimi jak PASMI czy INFARMA. Od 2015 roku wspiera Fundację My Pacjenci w zakresie szeroko pojętej komunikacji i edukacji pacjentów w kwestiach zwiększenia ich wpływu na podejmowanie decyzji w ochronie zdrowia. Jest odpowiedzialna za rozwijanie kontaktów z mediami oraz realizację projektów, takich jak m.in. Pacjenci Decydują i Rodzice dla Zdrowia, oraz innych działań statutowych Fundacji. Absolwentka zarządzania Wyższej Szkoły Marketingu i Biznesu w Łodzi oraz programu doskonalenia i rozwoju umiejętności menedżerskich Management 2001™ w Canadian International Management Institute ICAN we współpracy z Harvard Business School Publishing.

Mariola Drozd

Doktor nauk farmaceutycznych. Pracuje w Katedrze i Zakładzie Farmacji Stosowanej Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Jej zainteresowania naukowe skupiają się wokół zagadnień farmacji społecznej, a przede wszystkim opieki farmaceutycznej, samoleczenia oraz ekonomiki ochrony zdrowia. Autorka wielu prac naukowych, doniesień zjazdowych oraz promotorka prac magisterskich. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego.

Oskar Kiwic

Student medycyny i twórca CardioCube – urządzenia wspierającego pacjenta w leczeniu chorób kardiologicznych. Pierwszą aplikację medyczną zaprojektował w wieku 19 lat, później stał się badaczem i członkiem International Society of Hypertension. Obecnie kieruje interdyscyplinarną grupą specjalistów zrzeszającą lekarzy, inżynierów i informatyków chcących pozytywnie wpłynąć na jakość leczenia chorób przewlekłych.

Krzysztof Łach

Magister zdrowia publicznego, w latach 2010-2013 asystent w Zakładzie Promocji Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, w latach 2013-2015 uczestnik europejskiego projektu badawczego dotyczącego HTA (Hospital Clinic, Barcelona), współautor publikacji dotyczących samoleczenia.

Krzysztof Puchalski

Doktor nauk humanistycznych, socjolog zdrowia i medycyny, adiunkt w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy – zakładzie badawczym Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, wykładowca na studiach podyplomowych na kierunku psychodietetyka Uniwersytetu SWPS. Prowadzi badania w dziedzinie świadomości zdrowotnej różnych grup, potocznego myślenia o zdrowiu i chorobie, zachowań ryzykownych i stylów życia związanych ze zdrowiem, stanu i uwarunkowań rozwoju promocji zdrowia, ewaluacji programów prozdrowotnych, metod kształtowania działań wpływających na zdrowie. Bada i konsultuje programy zarządzania zdrowiem w zakładach pracy, społeczne kampanie komunikacji o zdrowiu. Autor i redaktor ponad stu publikacji naukowych, m.in. książek: „Zdrowie w świadomości społecznej", „Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna", „Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej". W 2009 roku wraz z zespołem otrzymał za prowadzone badania nagrodę Światowej Organizacji Zdrowia.

Tomasz Sobierajski

Doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, adiunkt na Uniwersytecie Warszawskim. Obszary jego szczególnego zainteresowania to socjologia edukacji, socjologia zdrowia, wakcynologia społeczna i neurosocjologia. Autor kilku książek i kilkudziesięciu publikacji naukowych. Jest cenionym badaczem projektującym i realizującym badania społeczne na zamówienie rządów i organizacji z całego świata. Prowadzi zajęcia z socjologii, metodologii, etyki i komunikacji interpersonalnej na uniwersytetach w Polsce i Europie. Jest cenionym ekspertem ministerialnym i unijnym. Od blisko 10 lat szkoli lekarzy różnych specjalności w zakresie komunikacji z pacjentem, a swoje doświadczenia w tej dziedzinie zawarł w książce „33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować".

Anna Staniszewska

Doktor nauk medycznych, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Absolwentka studiów podyplomowych w Studium Farmakoekonomiki, HTA, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej. Przez krótki czas związana z Departamentem Gospodarki Lekowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest założycielką i Prezesem Zarządu Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani oraz przewodniczącą komisji rewizyjnej Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Nauk Neurologicznych „Proneuro". W swoim dorobku naukowo-dydaktycznym posiada prace oryginalne i poglądowe, skrypty dla studentów oraz doniesienia zjazdowe. Jest opiekunem i recenzentem prac licencjackich i magisterskich z zakresu szeroko pojętego zdrowia publicznego.

ISBN 978-83-944536-0-2

View publication stats