



## Spis treści

Wstęp	4
Historia zawodu	7
Jak być dobrym aptekarzem?	23
Porozumiewanie się	28
Jak być dobrym farmaceutą?	41
Doradztwo w aptece	54
Jak być dobrym sprzedawcą?	60
Standard obsługi	65
Jak być dobrym szefem?	74
Współpraca	88
Farmacja weterynaryjna	97
Kognitywne usługi farmaceutyczne, czyli sen o opiece farmaceutycznej	106
Pigularz w pełnej krasie, czyli receptura	126
Magazynier	132
Sytuacje apteczne	137
Typy pacjentów	156
Trudny pacjent	162
Etyka w aptece	183
<i>Pharm-android</i> , czyli nieustanne rodeo	192
Z przymrużeniem oka	204
Dyżury nocne i apteki całodobowe	211
Apteka i farmaceuta w kulturze	213

Ciąża, laktacja i bobaski	218
Doradztwo farmaceutyczne dla opiekuna pacjenta leżącego	222
Pacjent geriatryczny	227
Pacjent onkologiczny	232
Zamiast epilogu	237
Podziękowania	241
Bibliografia	244

1898 – Dreser wprowadza do lecznictwa aspirynę.

1909 – Ehrlich tworzy podstawy chemioterapii, wykorzystując salwarsan.

1912 – Funk z łusek ryżu wyodrębnia substancję stymulującą wzrost organizmów zwierzęcych i nazywa ją witaminą.

1922 – Banting i Best wyodrębniają insulinę.

1928 – Szent-Györgyi izoluje witaminę C.

1929 – Fleming odkrywa bakteriostatyczne działanie penicyliny.

## **Era antybiotyków**

1940 – wprowadzenie do lecznictwa penicyliny.

1944 – Waksman uzyskuje streptomycynę.

1946 – Lehman wprowadza kwas paraaminosalicylowy do leczenia gruźlicy.

1951 – w Polsce ustawa o uspołecznieniu i przejęciu aptek na własność państwa.

## **Era biotechnologicznego wytwarzania leków**

1973–1979 – powstanie inżynierii genetycznej i jej przemysłowych zastosowań (biotechnologii).

W zestawieniu chronologicznym opartym na podręczniku nie uwzględniłam wspomnianych tam kongresów naukowych, powstania towarzystw, publikacji farmakopei, ponieważ byłoby to niemal tak zajmujące jak napisy końcowe filmu *W 80 dni dookoła świata* z 1956 roku. I na tym kończy profesor Rembieliński. Całe szczęście natrafiłam na przepięknie wydaną pozycję Zbigniewa Beli – *O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji* z 2013 roku. Znalazłam tam ogrom informacji nie tylko z zakresu historii far-

macji. Przytoczę kilka cytatów, by zachęcić osoby zainteresowane do lektury tego wydawnictwa.

[...] Ostatni element farmakopei norymberskiej<sup>9</sup> [...], gdzie czytamy m.in., że dobry aptekarz powinien znać łacinę, „nie tylko potoczną, ale też elegancką i specjalistyczną”, powinien nieustannie się dokształcać, być „umiarkowanie zamożny” i dbać o to, aby dla zysku nie robić leków gorszej jakości”; nie powinien też „ślepo ufać swojej wiedzy”, ale kiedy tylko można „powinien radzić się doświadczonego lekarza, szczególnie w sprawach dotyczących sporządzania opiatów i innych ważnych leków”; nie powinien mieć „skłonności do hazardu i podobnych rozrywek, do libacji i pijaństwa i do zdrożnych miłości”; i że powinien być „życzliwy wobec biednych i niewykształconych” i zwracać uwagę nie na ich braki, lecz na ich potrzeby jako osób chorych<sup>10</sup>.

Proszę – jakie aktualne przesłanie!

Zbigniew Bela podaje w wątpliwość, czy w starożytności *unguentarii* faktycznie sporządzali maści. „*Unguentum* oznaczał pachnący olejek, stosowany do celów pielęgnacyjno-kosmetycznych, a nie maść rozumianą jako półstała postać leku, stosowanego do lokalnego użytku zewnętrznego”<sup>11</sup>. Aptekarze zajmowali się wytwarzaniem i sprzedażą leków, kosmetyków, „perfum, farb i atramentów, win i wyrobów cukierniczych, świec i wosków do pieczęci i wielu innych jeszcze rzeczy – wiadomo z wielu źródeł”<sup>12</sup>. Wyrób świec przez aptekarzy obrazowo przedstawia ekspozycja w parku etnograficznym w Tokarni (Muzeum Wsi Kieleckiej). W każdym muzeum farmacji można znaleźć perełki oraz poznać proces kształtowania się przez stulecia tradycji leczniczych. W zabytkowych wnętrzach dawnego Pałacu Branickich w Białymstoku czuje się zapach i atmosferę apteki z przełomu XIX i XX wieku. W muzeum farmacji

9 Farmakopea norymberska – „Zbiór zasad sporządzania leków, które obecnie są w użyciu, pospolicie nazywany *Dispensatorium*” to chronologicznie trzecia europejska farmakopea miejska wydana w 1546. łac. „*dispensare*” – sporządzać, ważyć, rozdzielać, zezwalać.

10 Zbigniew Bela: O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji, *Medycyna Praktyczna*, 2013, s. 62.

11 *Ibid.*, s. 118.

12 *Ibid.*, s. 97

ściwa konfiguracja psuje jednak komunikację, ponieważ farmaceuta może sprawić wrażenie osoby wywyższającej się, nachalnej, powierzchownej.

Unikajmy:

a. **Metakomunikatów**, czyli zakamuflowanych informacji przekazanych razem z komunikatem werbalnym, np.:

- „Zadam panu jedno pytanie...” – stawiamy rozmówcę w sytuacji defensywnej,
- „To tylko zwykłe działanie niepożądane” – umniejszamy znaczenie działania, które zgłasza nam pacjent.

b. **Grupowania pytań zamkniętych**, np.:

- „Czy stosuje pani leki przeciwzakrzepowe?”, „Czy mierzy pani ciśnienie?”, „Czy robiła sobie pani badania krwi?” – oczywiście wszystkie te informacje mogą być istotne dla wywiadu farmaceutycznego, ale nie możemy ich podać jak serii z kałasznikowa, bo pacjent będzie miał wrażenie, że go przesłuchujemy. Trzeba wpleść między takie pytania parafrazy lub inne elementy rozmowy, by pacjent czuł się swobodnie.

c. **Pytań sugerujących** – często taki styl prowadzenia rozmowy charakteryzuje przedstawiciele handlowych. Strasznie irytowały mnie ich pytania sugerujące, dopóki nie zrozumiałam mechanizmu wkurzenia. Wśród pytań sugerujących pojawiają się następujące:

- „Na pewno zgodzi się pani ze mną...”,
- „Czy nie sądzi pani, że...”,
- „Jestem przekonany, że słyszała pani o...”.

Irytują mnie takie insynuacje i sugestie, a kiedyś budziły we mnie nawet agresję. Nikt nie lubi być manipulowany, więc nie stosujemy też takich pytań względem pacjenta:

- „Pewnie słyszała pani o nowym leku na zaparcia...”.

— „Chyba widział pan reklamę tego preparatu?”

#### d. Udzielania odpowiedzi za rozmówcę:

— „Wiem, co chce pan powiedzieć”.

Nie można przeszkadzać komuś podczas wypowiadania się. Skoro zadaliśmy pytanie, wysłuchajmy odpowiedzi. Przerywając, zwyczajnie frustrujemy rozmówcę. Co przeszkadza w słuchaniu? Przede wszystkim skupianie się na sobie, czyli następujące bariery komunikacyjne:

- porównywanie – np. próba przekonania siebie lub rozmówcy, że „ja wiem lepiej”,
- domyslanie się – próba zgadnięcia, co „naprawdę” myśli rozmówca,
- przygotowywanie odpowiedzi – zastanawianie się nad tym, co należy odpowiedzieć, zanim nasz rozmówca wypowie całe zdanie,
- filtrowanie – wybieranie informacji, które nas interesują. Zadając pytanie, oczekujemy pewnej odpowiedzi. Kiedy nasz rozmówca zaczyna opowiadać o innych sprawach, już go nie słuchamy,
- osądzanie – np. na podstawie wyglądu drugiej osoby lub jej sposobu wypowiedzi. Zakładamy (nawet podświadomie), że jak ktoś nie dba o higienę, to może mieć niedobory percepcyjne lub umysłowe i przestajemy interesować się jego wypowiedzią,
- uruchamianie własnych skojarzeń,
- utożsamianie się lub opowiadanie własnych, podobnych doświadczeń,
- udzielanie rad, zanim problem zostanie w pełni przedstawiony,
- przekonanie o swojej racji,
- zmiana tematu, jeśli nam nie pasuje lub gdy nie interesuje nas to, co mówi drugi człowiek.

## Pigularz w pełnej krasie, czyli receptura

Kiedy zaczynam oprowadzanie nowego pracownika czy np. inspektora sanepidu po aptecę, zaczynam od „serca apteki”, czyli pomieszczenia receptury. Czyste półeczki i blaty, równo poustawiane butelki i pojemniczki, porządek i schludność – synonim aptekarskiej dokładności. Nie jest to wcale relikwyt przeszłości, jak uważają jedni, ani generator strat z tytułu substancji przeterminowanych, jak twierdzą drudzy. Receptura to wciąż opłacalna gałąź farmacji, która rozwija się i ma przyszłość w leczeniu pacjentów. Dlaczego? Bo przemysł farmaceutyczny nie zaspokoi pewnych potrzeb, które ma indywidualny pacjent:

- dermatolog może zapisać unikalny skład maści dopasowany to problemu skórnego chorego, a poza tym jest to ekonomiczniejsze leczenie;
- mimo że na rynku istnieje gotowy preparat, okulista zleca przygotowanie kropli ocznych ze składnikiem przeciwwgrzybiczym, żeby farmaceuta sporządził lek bez substancji konserwujących, np. dla chorego po zabiegu okulistycznym;
- w terapii bólu potrzebne bywają indywidualne mieszanki uwzględniające preferencje pacjenta (np. chory nie połyka tabletek).

Pojawiają się nowe możliwości technologiczne, które doświadczony aptekarz potrafi wykorzystywać podczas sporządzania leków recepturowych. Nie każda apteka może sobie wprawdzie pozwolić na zakup nowoczesnych sprzętów ułatwiających przygotowywanie pewnych postaci leku, nie każdego stać na kapsułkarkę czy na unguator, ale z pewnymi niedostatkami można sobie poradzić inaczej. Dopóki nie mieliśmy swojego miksatora, postaraliśmy się o dzierżawę sprzętu od producenta pojemników do maści. Za niewielki koszt dzierżawy mogliśmy błyskawicznie sporządzać maści i czopki, a producent zarabiał na pojemnikach, które zamawialiśmy. Kapsułkarka nie wszędzie jest niezbędna – jeśli raz w miesiącu trafi się recepta na 20 proszków, to poradzimy sobie rozsypując substancję do opłatków. Jeśli jednak mamy w tygodniu parę ryczałtów, to w takim przypadku warto jest rozważyć zakup sprzętu, żeby pracownik nie spędzał całego dnia, przygotowując proszki dzielone.

Kwestie ekonomii interesują zapewne właściciele aptek. Jeśli chcemy, żeby receptura była dla apteki opłacalna, musimy zapewnić podstawowe warunki do jej wykonywania i zadbać o to, żeby faktycznie leki recepturowe wykonywać. Przyjmujemy recepty od pacjentów z ochotą, żeby nie czuli, że ktoś im robi łaskę (spotkałam się z takim zachowaniem). Dbamy o jakość wykonywanych leków, czytelność sygnatur i oznaczeń, wyjaśniamy, jak stosować, jak przechowywać. Podręczników dotyczących sporządzania leków recepturowych napisano bez liku – każdy ma zapewne swój ulubiony. W pierwszej kolejności warto zaznajomić się z podręcznikiem dla studentów farmacji *Receptura apteczna* pod red. Renaty Jachowicz. Można też wesprzeć się m.in. *Ściąga z receptury* Wojciecha Chmielaka. Autor bardzo się natrudził, żeby zebrać wiedzę z wielu źródeł w jednym miejscu i udostępnił swoje opracowanie bezpłatnie w Internecie. Można też zaznajamiać się z nowościami w czasopismach branżowych, bo podręczniki siłą rzeczy nie aktualizują informacji tak często jak mniejsze wydawnictwa. Sporo ciekawych informacji znalazłam w *Recepta.pl* oraz w magazynie *Biuletyn Informacyjny Kierownika Apteki*.

Prawdą jest, że jeśli nie wykonuje się pewnych receptur, to z upływem lat nawet wiedza zdobyta w trakcie studiów może wyparować. Dobrze,

# Sytuacje apteczne

Ludzie, którzy wiele widzieli, mawiają nieraz, że nic ich już nie dziwi. Nigdy tak nie powiem, bo ja ciągle się dziwię. Nieraz dziwi mnie, jak ludzie radzą sobie z różnymi sprawami, które wydają się być ponad ludzkie siły. Albo jak potrafią wspaniale pomagać innym czy zachowywać się z klasą. Nieraz zdumiewa mnie też, jak głupio czy podle można postępować. W tym rozdziale opowiem o kilku sytuacjach aptecznych, oczywiście nie ujawniając szczegółów, które pozwoliłyby na identyfikację osób czy zdarzeń.

## Pretensje pacjentów

Większość pacjentów ma jakieś pretensje – niekoniecznie do nas, ale to my musimy wysłuchać ich krzyków i uwag, bo jesteśmy „pod ręką”. Możemy starać się im odpowiedzieć na „pytania”, które kierują do nas podniesionym tonem, nierzadko nam ubliżając. Unikajmy sformułowania: „To nie nasza wina”, „To nie jest pytanie do mnie” itp. Jeśli da się wyjaśnić czy doradzić, próbujmy to zrobić. Pomyślmy, że wzburzenie pacjenta bierze się z niewiedzy/niedoinformowania/niedostatku władz czy możliwości umysłowych i wykażmy się dobrą wolą, tłumacząc cierpliwie. Jeśli pacjent mimo naszych prób rozwiązania jego problemu czy wyjaśnienia jego wątpliwości nadal na nas napada, wtedy z czystym sumieniem zakończmy rozmowę (wdzięk i cierpliwość też mają swoje granice).

Poniżej zaledwie kilka przypadków:

- „Dlaczego w listku jest siedem tabletek?! Powinno być dziesięć!”
  - tłumaczymy, że producent ustalił liczbę tabletek w blistrze na zapas tygodniowy, a blisterów w opakowaniu umieścił cztery. Owszem, może bardziej logiczny byłby zapas na 30 dni w opakowaniu, niemniej taką decyzję podjął producent.
- „Dlaczego lekarz wypisał wszystko na jednej receptce?!” – w przypadku recepty elektronicznej tłumaczymy, że nie ma znaczenia, że np. pięć pozycji jest w jednym pakiecie, bo każdą z nich pacjent może wykupić w innej aptece. Jeśli ponadto ma on np. wypisany zapas leku na pół roku, poinformujemy, że nie musi od razu wykupywać całości. Jedyny wymóg to zmieścić się w dacie ważności recepty. W przypadku recepty papierowej 1 kwietnia 2020 roku odebrano nam możliwość wystawiania odpisów, za to dano prawo do wystawienia recepty farmaceutycznej na nowych zasadach. Jeśli jest to uzasadnione, to korzystamy z tej możliwości. To pacjent decyduje o tym, czy chce wykupić całość, czy będzie chciał przyjść kolejny raz itp.
- „Dlaczego nie mam tego za darmo?! Mam 75 lat!” – brawo, chciałoby się rzec, ale powiedzmy tylko tyle, że np. dany lek nie jest refundowany dla seniora, albo że specjalista nie może wypisać recepty z uprawnieniem S (stan prawny sprzed lipca 2020 roku). Aby uzyskać receptę z maksymalną refundacją, należy się udać do lekarza rodzinnego. Nieraz pozwałam sobie na komentarz, że dla seniora chętnie byśmy dali wszystko bezpłatnie, ale niestety Ministerstwa Zdrowia na to nie stać. Pacjent wtedy zaczyna dopuszczać myśl, że to nie nasza zła wola, tylko tzw. siła wyższa).
- „Dlaczego nie daliście mężowi tego leku z Kutna?! Zawsze ten był!” – otóż na receptce wypisano lek producenta z Warszawy i przy wszystkich naszych zdolnościach czytanie w myślach rzadko nam wychodzi. Co powiedziec awanturnicy? Prawdę. Lek wydano zgodnie z receptą, a pan podkreślił, że nie chce żadnych

## Trudny pacjent

Nigdy nie podobało mi się to sformułowanie. Niestety funkcjonuje ono w środowisku aptekarzy, wywołując u wielu spotnienie dłoni i suchość w jamie ustnej. Jeśli w ogóle można mówić, że chory jest „trudnym pacjentem”, to trzeba sobie postawić pytanie: kto to taki? Pewnie odpowiedzi uzyskamy tyle, ilu jest farmaceutów, np.:

1. maruda, który sam nie wie, po co przyszedł;
2. dociekliwy badacz, który chce znać skład otoczki tabletki powlekaniej;
3. gbur;
4. erotoman-gawędziarz;
5. pacjent wiecznie niezadowolony z ceny leku;
6. „obczytany” internauta.

Może zatem pacjent z jakiegoś powodu jest „trudny” dla konkretnego aptekarza? Może wystarczy znaleźć rozwiązania w danej sytuacji, a pacjent przestanie sprawiać „problemy”? Odnosząc się do powyższych przykładów, poszukajmy takich sposobów:

1. **Maruda** – po dokładnym wywiadzie można mu zaproponować konkretny produkt i wybawić pacjenta od konieczności podejmowania decyzji, jeśli widzimy, że nie umie lub nie chce jej sam podjąć.

2. **Dociekliwy badacz** – sprawdzamy skład otoczki, jeśli dane są dostępne, i podajemy je pacjentowi. Oczywiście jest to przykład przejawskrawiony, ale zdarzyło mi się, że pacjent szukał preparatu witaminy C, w którym nie ma dwutlenku tytanu, albo chciał wiedzieć, jaki typ makroglu zastosowano, żeby uzyskać tabletkę o przedłużonym uwalnianiu. Czasami zdarza się sytuacja, że mamy kolejkę, a dociekliwy pacjent zadaje nam kłopotliwe pytanie (tzn. takie, na które trudno szybko znaleźć odpowiedź). Dajmy sobie czas. Można zapytać pacjenta, czy przygotować mu odpowiedź i np. zadzwonić do niego później, czy woli poczekać, aż skończymy obsługiwać innych chorych. Większość ludzi rozumie, gdy wytłumaczymy, że w tej chwili presja kolejki nie pozwala nam zagłębić się w temat, ale nie pozostawimy pytania bez odpowiedzi.
3. **Gbur** – tu jest pole do popisu! Każdy prawdopodobnie znalazł swoją metodę na chamstwo niektórych ludzi. Można lodowato: „Proszę nie podnosić na mnie głosu”, można załagodzić: „Rozumiem pana wzburzenie. Niestety jest to niezależne ode mnie” – można opracować całą gamę błyskotliwych odpowiedzi, które rozładują sytuację. Niemniej zawsze pozostaje margines „chamów z powołania” i „bezczelnych gratis”, którzy po prostu chcą zrobić awanturę lub którzy nie chcą ani wyjaśnień, ani załatwienia sprawy, tylko wolą sobie powrzeszczeć.
4. **Erotoman-gawędziarz** – proponowana technika obronna: swoboda i dowcip, który zbije erotomana z pantaląku. Panowie często pozwalają sobie na niewybredne żarty. Minął czas szacunku do farmaceuty, a kobiety za pierwszym stołem często padają ofiarą kretyńskiego zachowania „pacjentów”. Jeśli pan uważa, że jest zabawny, to spróbuje różnych sposobów, by wprawić dziewczynę w zakłopotanie. Niektórzy nawet chcą w ten sposób flirtować. Lepiej się nie oburzać, nie czerwienić i nie płakać, lecz obrócić pseudożart przeciw dowcipnisiowi. Przykład z życia wzięty (podziw dla refleksu aptekarki): „Bardziej niż te tabletki pomogłyby mi okłady z piersi, wie pani?” – lubieżny uśmiech nie pozostawiał

Poradnik pigularza  
Praktyczne aspekty pracy w aptece

**Autor:**

mgr farm. Aleksandra Parucka

**Konsultacja:**

mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński

**DTP:**

mgr Natalia Janeczko

**Korekta językowa:**

mgr Patryk Białczak

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych lub odmienne opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędów, Wydawca prosi, aby w trakcie podejmowania decyzji terapeutycznej uważnie oceniać informacje zamieszczone w niniejszej książce, zwłaszcza dotyczące leków nowych lub rzadko stosowanych. Informacje dotyczące praktycznego stosowania leków odpowiadają poziomowi aktualnej wiedzy medycznej. Za dawkowanie i sposób podawania leków jest odpowiedzialny użytkownik. Prosimy zapoznać się z informacjami producenta przed zastosowaniem lub rekomendacją leku.

Nazwy handlowe są prawnie chronione, nawet wówczas, gdy nie zostały specjalnie oznaczone.

Dzielo w całości jest chronione prawem autorskim. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej zgody Wydawcy.

**Wydawca:**

opieka.farm sp. z o.o.  
ul. Chodkiewicza 9/4  
Kraków 31-532

**Zamówienia hurtowe i detaliczne:**

[www.wydawnictwo.farm](http://www.wydawnictwo.farm)

ISBN 978-83-66756-24-3

Wydanie I, Kraków, 2022



 wydawnictwo  
farmaceutyczne