

Aleksandra Parucka

Poradnik pigularza

Praktyczne aspekty pracy w aptece

Wydanie I (2022)

 wydawnictwo
farmaceutyczne

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 ocenić 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

ISBN 978-83-66756-24-3

Wydanie I, Kraków, 2022



 wydawnictwo
farmaceutyczne

Spis treści

Wstęp	7
Historia zawodu	11
Jak być dobrym aptekarzem?	27
Porozumiewanie się	33
Jak być dobrym farmaceutą?	47
Doradztwo w aptece	61
Jak być dobrym sprzedawcą?	67
Standard obsługi	73
Jak być dobrym szefem?	83
Współpraca	97
Farmacja weterynaryjna	107
Kognitywne usługi farmaceutyczne, czyli sen o opiece farmaceutycznej	117
Pigularz w pełnej krasie, czyli receptura	137
Magazynier	143
Sytuacje apteczne	149
Typy pacjentów	169
Trudny pacjent	175
Etyka w aptece	197
<i>Pharm-android</i> , czyli nieustanne rodeo	207
Z przymrużeniem oka	219
Dyżury nocne i apteki całodobowe	227
Apteka i farmaceuta w kulturze	229

Ciąża, laktacja i bobaski	235
Doradztwo farmaceutyczne dla opiekuna pacjenta leżącego	241
Pacjent geriatryczny	247
Pacjent onkologiczny	253
Zamiast epilogu	259
Podziękowania	263
Bibliografia	267

Wstęp

Czy poradnik może pokazać, jak być dobrym farmaceutą, aptekarzem, sprzedawcą, szefem czy człowiekiem? Tego każdy zainteresowany może/ powinien/musi nauczyć się sam. Czy Wam też włosy jeżą się na głowie, gdy ktoś obcy chce Wam udzielić „rady”? Uczymy się polegać na sobie, pielęgnując przeświadczenie, że czegoś jak czegoś, ale rozumu nam nie brakuje. Różnie przyjmujemy pouczenia, przestrogi i wytyczne, tym bardziej w sprawach zawodu czy relacji międzyludzkich, zatem żeby nikogo nie zdenerwować, z całych sił powinnam powstrzymywać się od dawania rad. Powinnam, lecz nie byłby to wówczas poRADnik (na napisaniu bezradnika mi nie zależy). Uspokoję nieco: z powodu mej głębokiej awersji do nadymania się jak najęzka nie planuję się jednak przesadnie wymądrzać.

Poradnik pigularza nie był pisany z myślą o aptekarzach nieomylnych, wszechwiedzących, lepszych od reszty populacji czy tych „z dziada pradziada”, którzy wycierają wnukom smarki, oprowadzając ich po pomieszczeniach receptury. Jakkolwiek zabrzmi to patetycznie, pompatycznie czy naiwnie, powstał on z myślą o marzycielach, którzy chcą, by zawód aptekarza kojarzył się z profesjonalizmem, etyką i wysoką kulturą osobistą, a przede wszystkim z pokorą, z jaką trzeba służyć ludziom chorym.

Ponoć by stać się mistrzem w jakiejś dyscyplinie, trzeba jej poświęcić minimum dziesięć tysięcy godzin. Być może doświadczenie pozwala na wyłączenie świadomości podczas wykonywania pewnych czynności, niemniej aby osiągnąć mistrzostwo w jakiegokolwiek dziedzinie, potrzeba – poza czasem jej poświęconym – również zaangażowania. Mogę co-

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 norymberskiej⁹ [...], 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 chorych¹⁰.

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”¹¹. 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”¹². 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

ciała jest pomocne w rozmowie, ale nie jestem zwolennikiem wystudowanej komunikacji niewerbalnej, jakiej uczą np. fachowcy polityków, bo człowiek i w pracy, i w domu powinien być sobą. To szczerść daje nam szansę na sukces w komunikacji, wszak pacjenci pozytywnie odbierają osoby otwarte i im przychylne, a nie sztucznie uśmiechnięte czy pozornie wyluzowane. Mieliśmy kiedyś zajęcia z trenerem, który wiecznie się uśmiechał i starał się „pozytywnie nakręcić” grupę. Nie mogłam się oprzeć wrażeniu, że zjadł za dużo Haribo¹⁶.

Należy być świadomym pewnych stereotypów i schematów. Porozumiewanie trzeba dopasować do typu osoby, z jaką mamy do czynienia. Inaczej bowiem rozmawiamy z osobą dominującą, zdystansowaną, społeczną czy impulsywną. W tym rozdziale zajmiemy się zaledwie kilkoma aspektami skutecznego porozumiewania się, takimi jak aktywne słuchanie i skuteczne przekonywanie.

Aktywne słuchanie

Pozwala ono na kierowanie rozmową oraz sprzyjając poprawnej komunikacji, wpływa na jakość kontaktu. Umiejętność pomagania rozmówcy w wypowiedaniu się ułatwia zrozumienie tego, co chce nam on przekazać. Taktyka ta wymaga dużego skupienia, właściwego doboru zachowania do rozmówcy i okoliczności rozmowy. Jeśli uda nam się wykształcić umiejętność słuchania, prawdopodobnie zwiększy to nasze szanse na efektywne komunikowanie się. Budowanie zaufania i klimatu rozmowy poprawia jakość kontaktu z ludźmi. Z reguły jeśli jesteśmy życzliwi, otwarci i spokojni, to i nasz rozmówca wobec nas będzie zachowywał się przyjaźnie. Taki klimat rozmowy sprzyja pozyskiwaniu informacji, a ich zbieranie jest kluczem do poznania potrzeb danej osoby.

Zadawanie pytań podczas słuchania jest nie tylko narzędziem wywiadu farmaceutycznego, ale i oznaką zainteresowania, które nasz pacjent odczuwa. Dzięki pytaniom pacjent wie, że się nim zajmujesz i skupiasz na nim swoją uwagę. Zadawanie przypadkowych pytań lub ich niewła-

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...”,

wyzwania to drugie. Warto znać w okolicy dietetyka, który fachowo pomoże takim chorym, bo nie ze wszystkimi zagadnieniami musimy sobie dawać radę.

Przykład 6.

Aerozol do nosa. Tu nie trzeba zbyt wiele tłumaczyć – można pokazać na migi. Aplikujemy roztwór prawą ręką do lewego otworu nosowego, a lewą do prawego. Końcówkę aplikatora umieszczamy płytko w jamie nosowej, kierując jego wylot na boczną ścianę nosa – nigdy na przegrodę. Przypomnijmy pacjentowi, że przed wpsknięciem aerozolu dobrze jest wydmuchać nos, żeby lek nie musiał się przedzierać przez wydzielinę. O czyszczeniu końcówki aplikatora mówią już tylko najodważniejsi.

Przykład 7.

Ból stawów. Pacjent wpada do nas z receptą od ortopedy na blokadę. Czasem obawia się, że po sterydach od razu przytyje. Nieraz jest zmartwiony, że nic się nie da zrobić, bo jak zaczęły się zmiany zwyrodnieniowe, to już koniec. Taki pacjent rzadko jest podatny na doradztwo, niemniej trzeba próbować. Istotne jest, by różnicować informacje w zależności od potencjalnej przyczyny dolegliwości. Młodemu mężczyźnie, który ciężko pracuje fizycznie lub intensywnie trenuje, nie będziemy doradzać większej aktywności fizycznej, bo prawdopodobnie objawy bólowe pojawiły się wskutek przeciążenia stawów. Warto mu natomiast zasugerować wygodne obuwie i być może pomoc w wyborze żelu przeciwzapalnego.

Otyłemu panu po sześćdziesiątce możemy doradzić spacer, uzasadniając, że nawet niewielka aktywność zmniejsza sztywność i bolesność stawów. Taktownie zalecamy też pozbycie się zbędnych kilogramów, które nadmiernie obciążają nie tylko kolana, ale i kręgosłup. Szczupłutkiej starowince doradzamy natomiast drobne codzienne ułatwienia. Kiedy dłoń traci sprawność, możemy kupować puszkę z klipssem do otwierania albo skorzystać z elektrycznego otwieracza do puszek. Nie musimy też ręcznie ubijać ciasta na naleśniki, tylko użyć miksera. Jak widać, porady nie muszą się wiązać z lekami, ale ich wartość bywa nie do przecenienia.

Obowiązki farmaceuty określa Ustawa o zawodzie farmaceuty z 16 kwietnia 2021 roku, na którą nasz zawód medyczny czekał naprawdę długo. Jeszcze wiele kwestii pozostaje niesprecyzowanych, a przeczytawszy całość, można dostrzec, ile jeszcze jest do zrobienia. Najważniejsze, że istnieją już podwaliny prawne do świadczenia opieki farmaceutycznej.

Dobry farmaceuta powinien:

- dbać o aktualność i kompletność swojej wiedzy;
- angażować się wielopłaszczyznowo w farmakoterapię pacjenta;
- odważnie konsultować trudne przypadki oraz współpracować m.in. z lekarzami i pielęgniarkami;
- opracowywać materiały edukacyjne dla pacjenta lub udostępniać mu stosowne ulotki czy broszury;
- instruować chorego w zakresie nie tylko dawkowania leku, ale i monitorowania stanu zdrowia.

Doradztwo w aptece

To rozdział dla aptekarzy, którzy stawiają misję na pierwszym miejscu, czyli zakładam, że dla większości. Gdybyśmy nie zajmowali się doradztwem, byłibyśmy wyłącznie sprzedawcami. Bez dzielenia się wiedzą nasza praca byłaby banalna i często bezowocna. Co z tego, że wydamy prawidłowo lek, jeśli pacjent nie będzie go prawidłowo stosował? Osoba przewlekłe chora wymaga edukacji medycznej i wspierania w kontroli choroby. Taki pacjent przychodzi do apteki cyklicznie, więc potencjalnie wiemy, czego od nas oczekuje.

„Przygodny” pacjent też liczy na nasze doradztwo. Zasadniczo w aptece zdarzają się trzy typy pacjenta:

1. niezorientowany – nie wie, jaki preparat wybrać, więc zwraca się z prośbą o polecenie. Często jest to chory niezdiagnozowany, który poszukuje pomocy i porady;
2. niezdecydowany – waha się i prosi o konkretny lek, ale okazuje niepewność;
3. zdecydowany – chce konkretny lek.

Jeśli uda nam się zorientować, jaki typ pacjenta nas odwiedził, to musimy go odpowiednio potraktować. Pierwszy przypadek jest dla farmaceuty prawdziwym wyzwaniem i źródłem największej satysfakcji. Gdy do apteki trafia nowy pracownik, z reguły twierdzi, że chce się rozwijać. Podczas rekrutacji pytam więc zawsze, jakie czynności w aptece lubi najbardziej, czym w szczególności chciałby się zajmować. Myślę, że gdy

— jeśli musimy dopowiedzieć parę słów, należy na chwilę przeprosić rozmówcę telefonicznego i zasygnalizować klientowi na miejscu, że zaraz się nim zajmiemy, tylko dokończymy rozmowę.

Jeśli rozmawiamy z hurtownią, innym kontrahentem, księgową czy inną osobą na gruncie zawodowym, to prosimy o możliwość oddzwonienia, bo niezwłocznie musimy zająć się klientem. Taki szacunek do osoby, która czeka na nasze zainteresowanie, jest konieczny do nawiązania dobrego kontaktu. Bez niego trudno załatwić sprawę. Czy i Was nie irytuje, gdy pańcia w banku lub typek w punkcie obsługi bawi się smartfonem? Każdemu się spieszy. Nowo przybyły klient nie musi wiedzieć, że w tym smartfonie jest też aplikacja służbowa i pracownik właśnie odpowiada na polecenie szefa lub załatwia sprawę poprzedniego klienta. Gdyby pracownik przeprosił i powiedział przykładowo, że zaraz podejdzie, to klientowi nie zdążyłby się „gul” rozbijać. Jakże często jest jednak inaczej!

Te wszystkie uwagi by się sprawdziły, gdybyśmy mieli nieograniczony czas. Niestety, z reguły mamy tyle zajęć, że oddzwanianie jest utrudnione i pochłaniałoby zbyt wiele czasu. Doświadczenie mówi zatem, że nieraz wystarczy się do pacjenta przepaszająco uśmiechnąć, by poczuł się zauważony. Większość ludzi rozumie, że w pracy trzeba odbierać telefon i nie robi nam awantury, jeśli dokończymy rozmowę służbową. O ile oczywiście nie zajmie nam to zbyt wiele czasu.

No dobrze. Aptekarz zajął pozycję. Teraz będzie dokładnie zlustrowany. W Polsce przyjęte jest, by aptekarz nosił biały, czysty, zapięty fartuch. Niewskazany jest „przesadny image”, czyli pacjent oczekuje zadbanych dłoni (ale nie parocentymetrowych tipsów), uczesanych włosów, delikatnego makijażu, ograniczonej liczby biżuterii. Aptekarz powinien wyglądać schludnie, skromnie, naturalnie i neutralnie, wszak ma budzić zaufanie. Nie neguję tego, że kolczyk w nosie może mieć walory estetyczne, jednak starsze osoby, które są głównymi klientami aptek, nie przywykły do widoku piercingu czy tatuaży.

Wywiad farmaceutyczny

Pacjent przychodzi do apteki z receptami albo z problemem. Najpierw zajmijmy się problemem, bo jego rozpoznanie z reguły wymaga więcej doświadczenia i polotu. Aptekarz, który słabo sobie radzi z komunikacją, ma utrudnione zadanie. Aby wejść w kontakt z pacjentem, potrzebna jest bowiem efektywna komunikacja oparta na:

- kontakcie wzrokowym i adekwatnej mowie ciała (patrz na rozmówcę, mów głośno, podkreślaj ważne słowa dla lepszego zapamiętania tego, co najważniejsze, rób pauzy, moduluj głos, poproś o powtórzenie własnymi słowami tego, co istotne);
- umiejętnym zadawaniu pytań;
- słuchaniu;
- formułowaniu trafnych stwierdzeń.

Nie będziemy tu po raz setny wałkować znanego wszystkim podziału na pytania zamknięte i otwarte. Jeśli stoi przed nami długa kolejka, to wyczerpująca, opisowa odpowiedź pacjenta nie zawsze jest nam niezbędna. Krótkie pytania mają sens i ułatwiają pacjentowi precyzyjne wypowiadanie się. Nie powiem: „Proszę opowiedzieć o swoich dolegliwościach”, bo poza problemem, z którym pacjent przyszedł, mogę usłyszeć mnóstwo nieistotnych dla tematu kwestii, np. pacjent chce coś przeciwbólowego na kręgosłup, a z pieśni o dolegliwościach dowiem się o odcisku na drugim palcu u nogi oraz o odparzeniach pod piersiami. Nie twierdzę, że te objawy nie wymagają interwencji czy pomocy, niemniej pacjent mówi o tym dla bezpieczeństwa, żeby nie dać mu leku, który mógłby mu zaszkodzić.

Chyba większość farmaceutów preferuje pytania konkretne, bo wywołują one konkretną odpowiedź, np.:

- „Od kiedy odczuwa pan(i) ten ból żołądka?”
- „Czy ma pan(i) inne objawy, takie jak kaszel, katar, gorączka?”

Jak być dobrym szefem?

Fachowość i bycie ekspertem same w sobie jeszcze nikogo nie kwalifikują do objęcia kierowniczego stanowiska. Moja definicja dobrego szefa ogranicza się do dwóch kwestii: dobry szef dba o dobrostan pracowników oraz pilnuje, by zaplanowana praca była wykonana satysfakcjonująco. Jeśli dba tylko o jeden z tych aspektów, to albo jest dobrym wujkiem, który ma silną potrzebę akceptacji wśród załogi, albo realizuje cele za wszelką cenę, nawet kosztem bycia „gestapowcem”. Są też oczywiście tacy przełożeni, którzy nie zachowują się fair wobec podwładnych i w dodatku są na tyle nieudolni, że nie pilnują roboty, ale kariera takich szefów z reguły bywa krótka (chyba że są wyjątkowo uzdolnieni w mydleniu oczu swojemu przełożonemu).

Po pierwsze: co zapewnia dobrostan pracownikowi poza odpowiednim wynagrodzeniem? Według mnie przyjemna atmosfera, nie tylko w relacji z przełożonym, ale i wśród współpracowników. Idealnie byłoby, gdyby wszyscy w zespole się lubili i szanowali – niestety taki komfort nie jest wcale zbyt częsty. Miłej atmosferze sprzyja uczciwa praca, która jest sprawiedliwie podzielona między członków zespołu, oraz stworzenie poczucia, że wszyscy gramy w jednej drużynie. Jeśli szef faworyzuje jedną osobę, a gnębi inną, to na pewno długofalowo nie osiągnie pozytywnych rezultatów. Nie znaczy to, że trzeba każdego pracownika traktować jednakowo. Jeden lubi wymagające zadania i pochwały po ich skrupulatnym wykonaniu, inny woli, żeby wytyczyć mu jasno, odkąd i dokąd ma coś zrobić, bo np. sam nie wykazuje inicjatywy i męczy go podejmowanie jakiegokolwiek odpowiedzialności. Trzeba zróżnicować nasze wymagania

czywistości marnują swój czas na skupianiu się na nieistotnych szczegółach, zamiast zabrać się do wykonywania kolejnego zadania.

Pracoholicy nie są bohaterami. Nie poprawiają sytuacji, tylko pracują cały dzień. Prawdziwy bohater w tym czasie jest już w domu, ponieważ znalazł szybszy sposób na wykonanie swoich obowiązków²³.

Nie zatrzymujmy ludzi w pracy, jeśli naprawdę nie jest to konieczne. Napęd do działania daje poczucie, że to, co robimy, jest dobre i potrzebne, ale i to, że po pracy przychodzi odpoczynek.

Dobry szef mówi krótko, zwięźle i jasno. Sprawdza, czy wszystko zostało zrozumiane. Daje się wypowiedzieć, a jednocześnie słucha cierpliwie, uważnie i dokładnie. Integruje zespół, wciąż zachęca i motywuje, stymuluje i nie szczędzi wysiłku w celu wzbudzenia wspólnotowego poczucia odpowiedzialności. Musi więc też ładować baterie, bo nie jest *perpetuum mobile*. A baterie ładujemy poza pracą, chyba że ktoś jest wielkim wynalazcą, odkrywcą czy geniuszem, dla którego praca jest całym życiem.

Gdy pracownik zgłasza, że chce odejść, bo np. w innej aptece dostanie wyższą pensję, to nie robię mu wyrzutów – ma do tego prawo. Jeśli jest możliwość zatrzymania takiej osoby, próbujemy. Kiedy nie ma – przełknijmy to. Może być nam przykro, ale nie uprzykrzajmy pracownikowi ostatnich dni bądź tygodni, tylko zachowujmy się tak, jakby nic się nie stało. Punktem wyjścia sztuki kierowania ludźmi jest szacunek dla wolności innych. Miał ktoś kiedyś takiego szefa, który uszanował jego decyzję o odejściu i nie strzelił focha jak pięciolatek? Parę rąk w górze widać, więc chyba można zachowywać się po ludzku w tych drapieżnych czasach.

Współpraca

Apteka to placówka tętniąca życiem. Przecinają się w niej szlaki wielu podmiotów i osób. Współpracujemy z dostawcami, z pracownikami przychodni, szpitali, domów pomocy społecznej, z urzędnikami NFZ, inspektorami farmaceutycznymi, pracownikami administracji, księgowość, z innymi aptekami, z przedstawicielami firm farmaceutycznych... Większość tych kontaktów pozostaje w kompetencji kierownika apteki, więc warto poświęcić im nieco uwagi.

Z dostawcami

Hurtownie czy dostawcy bezpośredni oferują rozmaite formy współpracy: od kontaktu przez infolinię, poprzez formularze zgłoszeniowe i gamę możliwości internetowych, aż do spotkań bezpośrednich, np. podczas szkoleń czy konferencji. Niestety nie przoduję w takich kontaktach, bo po pierwsze przez większość mojej drogi zawodowej byłam pracownikiem apteki sieciowej, gdzie kwestia zatowarowania czy zamówień w dużej mierze przejęta była przez centralę, a po drugie nie lubię takich spotkań. Wiem, że współpraca z dostawcami jest kluczowa dla prowadzenia biznesu, ale nie jestem fachowcem w dziedzinie handlu, marketingu czy negocjacji i zwyczajnie pozostaje to poza sferą moich zainteresowań (czytaj: nudzi mnie to niemal tak samo, jak wyniki meczów żużlowych).

Jeśli chodzi o wizyty przedstawicieli firm farmaceutycznych, to w większości przypadków traktowałam je jak stratę czasu. Przedstawi-

świadczenia personel i będą gwarantować warunki, np. wyodrębnione pomieszczenie, wystarczającą obsadę do bieżącego obsługiwanie kolejki itp. Czy ktoś chce mieć dodatkowo płacone za to, że przeprowadzi z pacjentem wywiad farmaceutyczny? Jeśli aptekarz nie zajmuje się doradztwem, bo czuje się niedofinansowany, to naprawdę mi go żal. Inną sprawą jest, że często nie ma czasu na pogłębiony wywiad czy dłuższą rozmowę z pacjentem, bo w aptece jest tylko magister z technikiem, a na obsłużenie czeka kolejka dochodząca aż do drzwi. To przede wszystkim pod tym względem nie ma warunków do OF. Ale odkąd 16 kwietnia 2021 roku weszła w życie Ustawa o zawodzie farmaceuty, pojawiło się też światełko w tunelu wiodącym do pełnowymiarowej opieki farmaceutycznej.

W innych częściach świata, zwłaszcza w Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych, usługi farmaceutyczne wyglądają odmiennie. Stworzono pakiet pojęć, które mają szeregować poszczególne działania aptekarza. Przytoczę kilka, żeby mieć ogłęd na to, czym moglibyśmy się zajmować jako farmaceuci, gdyby w Polsce aptekarstwo zmierzało ku prawdziwej opiece farmaceutycznej. Mam nadzieję, że na fali aktualnych zmian będziemy się tym zajmować.

Podstawowe kognitywne usługi farmaceutyczne:

1. *Adherence support and monitoring* – ocena i monitorowanie stopnia stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych. Czy jesteśmy do tej usługi przygotowani lub czy mamy jakąkolwiek możliwość monitorowania zaleceń?
2. *Generic substitution* – proponowanie i wydawanie odpowiedników. To zasadniczo robimy, wręcz mamy obowiązek pytać pacjenta, czy życzy sobie odpowiednik zaordynowanego leku. Kara za niezapropowanie wynosi 200 zł. Nie bójmy się jednak sankcji wymyślonych przez ustawodawcę, tylko kierujmy się zdrowym rozsądkiem. Jeśli lek ma wąski indeks terapeutyczny lub z innych względów nie powinno się leku zamieniać, to nie proponujemy pacjentowi zamiany. Można natomiast poinformować pacjenta, dlaczego takiej zamiany nie robimy, np.: „Zapisano panu droższy lek, który

nie zawiera laktozy. Tańszy odpowiednik ma w składzie laktozę. Wspomniał pan, że zdarzają się wzdęcia po mleku, co może sugerować, że wykazuje pan nietolerancję tego cukru. Dlatego nie zamieniamy leku na tańszy”.

3. *Prescription renewal* – dotyczy leków stosowanych przewlekle. Jest to odnowienie preskrypcji, czyli farmaceuta wydaje leki kategorii Rx (czyli wszystkich leków na receptę) na podstawie zlecenia lekarskiego, co powoduje, że niepotrzebna jest wizyta lekarska. W Polsce „przedłużenie leków” mogą zapisywać pielęgniarki i położne. Farmaceuci – póki co nie, ale być może już w 2022 roku będziemy mogli to robić.
4. *Prescribing* – recepty farmaceutyczne. Przed kwietniem 2020 mieliśmy możliwość wydania pacjentowi leków na podstawie RF tylko w trybie nagłym i najmniejsze opakowanie w aptece. Był to temat drażliwy dla wielu. Jedni twierdzili, że jak jest SOR, karetka, pomoc doraźna itp., to oni nie będą ryzykowali swojego prawa wykonywania zawodu, wydając lek ratujący życie, bo apteki nie są od tego. Otóż czasami ryzyko, że pacjent nam zejdzie w aptecę, nim przyjedzie pogotowie, jest większe niż to, że ktoś zabierze nam PWZ. Musimy być pewni, że lek, który wydamy, nie zaszkodzi. Musimy wiedzieć, że babcia przyszła do nas z kartonikiem swojego leku, a nie leku, który pożyczyła jej sąsiadka itp. Inni utrzymywali, że recepta farmaceutyczna jest symbolem prestiżu farmaceuty i w zasadzie możemy według swojej wiedzy i doświadczenia ordynować leki niemal na równi z lekarzem. Obie skrajności budziły we mnie sprzeciw. Farmaceuta musi mieć odwagę podejmować stosowne decyzje i odpowiedzialność, jeśli pacjent potrzebuje ratunku, ale nie powinien czynić z możliwości wystawiania RF rutyny, bo nie taki jest jej cel. Odkąd mamy możliwość wystawiania recept farmaceutycznych na większość leków, sytuacja diametralnie się zmieniła. Tak naprawdę korzystają z niej tylko pacjenci, którzy przez pandemię faktycznie nie mogą skontaktować się z lekarzem.

sama. Dla osób, które nie surfują w sieci, dostępne są natomiast literatura fachowa, ulotki leków, poradniki i broszurki.

Wywiad farmaceutyczny

W aptece z reguły przeprowadzamy krótki wywiad farmaceutyczny. Służy on poznaniu potrzeb pacjenta i jest warunkiem prawidłowej porady farmaceutycznej. Gdybyśmy marzyli o wywiadzie jako usłudze farmaceutycznej w ramach refundowanej opieki farmaceutycznej, to musiałby on być bardziej rozbudowany, uporządkowany i sformalizowany.

Dane demograficzne, czyli dane osobowe takie jak imię, nazwisko, wiek, płeć i PESEL mamy z reguły zamieszczone na recepcie, ale już danych kontaktowych, np. numeru telefonu – nie. Ubolewam, że nastąpił RODO. Onegdaj można było wpisywać do karty pacjenta numer kontaktowy – przydawał się, gdy trzeba było poinformować pacjenta o dostępności leku, ale także w przypadku ewentualnych pomyłek w wydaniu. Na recepcie nie ma niestety wymogu zamieszczenia numeru telefonu do pacjenta, a kontakt przez np. przychodnię bywa utrudniony (nie wszystkie podmioty uaktualniają kontakt do świadczeniobiorcy).

Pozostałe dane demograficzne, dotyczące stylu życia, musimy zebrać sami. Gdyby chodziło o pogłębiony wywiad farmaceutyczny, to moglibyśmy zadać następujące pytania:

A. Jakie używki Pan(i) stosuje? (raczej unikajmy sformułowania „czy stosuje?”, bo pacjent może nam się do tego nie przyznać). Jeśli pacjent nie jest pewien, co mamy na myśli, wymieniamy: palenie papierosów, stosowanie substancji psychoaktywnych, napoje z tauryną czy kofeiną (nie chodzi tylko o picie kawy), alkohol – w jakich ilościach i z jaką częstotliwością.

B. Czy stosuje Pan(i) jakąś specjalną dietę, np. uwzględniającą nietolerancje pokarmowe? Czy preferuje Pan(i) kuchnię tradycyjną, czy jada Pan(i) fast foody? Oczywiście z reguły zaznaczamy, że smażone rzeczy nie są zbyt zdrowe, ale częstym błędem żywieniowym są niedobory wa-

rzyw w diecie, a u osób starszych – zwłaszcza u kobiet – niedobory białka. Pozwalam sobie na chwilę rozmowy o żywieniu, gdy pacjent:

- narzeka, że nie może schudnąć, lub gdy narzeka na bóle kręgosłupa czy stawowe, których przyczyną może być otyłość;
- ma „poduszki” pod oczami;
- wykupuje preparat żelaza;
- skarży się, że ma za wysoki poziom cholesterolu lub cukru;
- zgłasza stan zmęczenia lub obniżonej odporności;
- prosi o preparat na zaparcie, wzdęcia lub przeciwbiegunkowy.

Nie wszyscy są skłonni do tego, żeby zmieniać nawyki żywieniowe, niemniej takie rozmowy czasami przynoszą rezultat, a zatem warto je przeprowadzać.

C. Czy wychodzi Pan(i) codziennie na spacer? To naiwne na poły pytanie nieraz jest furtką do dalszej rozmowy o trybie życia. Niektórzy mówią wprost o siedzącej pracy, gdyż nie czują się winni swojego braku aktywności fizycznej. Ale jeśli chory jest już na emeryturze, to raczej nie ma wymówki, by się choć minimalnie poruszać. Ważnym aspektem trybu życia jest obecność stresu. Z reguły każdy ma jakiś, lecz osoby, które słabiej sobie z nim radzą, są narażone na różnorakie schorzenia, o których należy wspomnieć (gorąco zachęcam do lektury *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu* z cyklu *Biblioteka psychologii współczesnej*). Ruch może być metodą na odprężenie i koniecznie o tym przypomnijmy. Jak powiedział Edward Stanley: **„Ci, którzy myślą, że nie mają czasu na uprawianie sportu, prędzej czy później będą musieli znaleźć czas na chorobę”**.

Tyle o danych demograficznych. Do danych medycznych mamy ograniczony dostęp. Jeśli pacjent sam opowie nam o zdiagnozowanych chorobach przewlekłych, hospitalizacjach, operacjach, alergiach itp., to możemy zrobić użytek z tej wiedzy i uwzględnić ją w dalszych poradach.

przed różnymi niebezpieczeństwami. Pokazując wielkość kapsułki, upewniamy się, czy chory nie będzie miał kłopotu z jej połknięciem. Zapewniając pacjentowi właściwe warunki rozmowy, mamy szansę uzyskać od niego więcej informacji, a także przekazać mu więcej niż gdybyśmy się niecierpliwni, że „zabiera nam czas”.

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 białe, 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 do 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 właścicieli 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. Możemy też zaznajamiać się z nowościami w czasopiśmie 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,

że są pozycje, które przypomną, co i jak połączyć, oraz doradzą, jakich błędów unikać.

Mamy pod opieką studentów, praktykantów i stażystów – pewne błędy wyłapujemy, ucząc osoby wkraczające do zawodu. Staż technika trwa dwa lata, a magistra pół roku, więc naprawdę nowy pracownik powinien mieć już doświadczenie w przygotowaniu leków. Błędy obliczeniowe nie zdarzają się wcale tak często, bo arytmetyka apteczna nie wymaga wybujałych zdolności matematycznych. Na co jednak trzeba zwrócić uwagę? Na następujące aspekty recepturowe:

1. **Tzw. przeliczanie witamin.** Na recepcie mamy 2,0 Sol. Vit. A+D3, a w dłoni 10-mililitrową butelkę gotowych kropli witaminowych. Jedni przeliczają masę potrzebnego roztworu z gęstości, inni odczytują z tabel producenta. Grunt, żeby uświadomić młodemu, że np. w zapisie jest gram, a w wycenie mililitr. Żonglowanie przeliczeniami objętości na masę czy na odwrót nie jest takie kłopotliwe.
2. **Uwzględnianie wody hydratacyjnej.** Lekarz zapisuje roztwór chlorku wapnia do jonoforezy. Część farmaceutów opowiada się za tym, by odważyć przepisaną ilość sześciowodnego chlorku wapnia i nie przeliczać z mas molowych, ile tak naprawdę substancji trzeba wziąć. Logika wskazuje, że procent CaCl_2 w roztworze dotyczy czystej soli, a nie hydratu. Jasne, że więcej liczenia, ale warto robić lek prawidłowo i z sensem.
3. **Zamiana wolnych związków (zasad i kwasów) na sole lub estry**
Sztandarowy przykład to zamiana fenobarbitalu na jego sól sodową, gdy mamy uzyskać roztwór i potrzebujemy formy rozpuszczalnej w wodzie. Tu trzeba przeliczyć masy molowe, żeby uzyskać właściwe stężenie.
4. **Prawidłowe użycie unguatora.** Ze wspomnień kombatanta – mnie uczono robić maści w moździerz, a czopki w czopkarce. Te postaci leku wykonywałam w mojej pierwszej aptece tradycyjnymi sposobami. Potem technika stopniowo wkroczyła do pomieszczeń

8. Jeżeli poszkodowany oddycha, układamy go w pozycji bocznej bezpiecznej, sprawdzając oddech co minutę, a co 30 minut odwracając na drugi bok (nigdy nie czekałam na pogotowie dłużej niż 10 minut, ale może pacjenci mieli szczęście). Jeśli pacjent nie oddycha, wymaganym postępowaniem jest rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO). To już z mojej strony teoria, bo nigdy nie byłam przy nieprzytomnym, który by nie oddychał.

Pierwsza pomoc: resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO)

U osoby dorosłej aktualnie obowiązuje schemat rozpoczynający się od 30 uciśnień klatki piersiowej i zrobienia 2 wdechów. Czynności te należy powtarzać do momentu odzyskania oddechu przez poszkodowanego lub przyjazdu pogotowia. Jeśli ratownik nie może kontynuować czynności (wyczerpanie, inne stany zagrożenia), to wyznacza zastępstwo lub przerywa ratunek.

Uciśnięcia: wykonujemy na środku klatki piersiowej, wykorzystując ciężar własnego ciała (dłonie splecione, łokcie zablokowane). 30 uciśnień należy wykonać na głębokość około 5–6 cm (u dorosłego człowieka), z częstotliwością 100–120 uciśnień na minutę.

Wdechy: przez maseczkę należy wdmuchnąć około 0,5 litra powietrza, tak aby uniosła się klatka piersiowa poszkodowanego. Nos ofiary powinien być zatkany, a głowa odchylona do tyłu.

U małego dziecka zaczynamy od 5 wdechów przez nos i usta, a następnie wykonujemy 30 uciśnień klatki piersiowej (dwoma palcami na głębokość około 1,5 cm). Czynności te powtarzamy według schematu: 2 wdechy na 30 uciśnień klatki piersiowej.

Ważne uwagi dotyczące pierwszej pomocy:

1. Podczas zgłoszenia alarmowego podajemy:
— kto wzywa pomoc

- dokładne miejsce wypadku
- rodzaj i opis zdarzenia
- kto został poszkodowany i ile osób potrzebuje pomocy medycznej
- jakie czynności ratunkowe zostały wykonane i czy istnieją jakieś zagrożenia.

Nie należy przerywać rozmowy, dopóki nie zdecyduje o tym dyspozytor.

2. W przypadku urazu (złamanie, krwotok, uszkodzenie kręgosłupa) poszkodowanego nie należy układać w pozycji bocznej.
3. Kobiety w widocznej ciąży należy położyć na lewym boku w celu uniknięcia nacisku na żyłę główną dolną.
4. Osobie poszkodowanej nie podajemy leków. Jeżeli nalega na przyjęcie leku przed przyjazdem pogotowia, powinna zrobić to sama.

Szkolenia/zebrania

Jeśli przedstawiciel oferuje szkolenie o produktach dla personelu, to zapraszam go. Zespół lubi dowiadywać się nowych rzeczy, bo dzięki temu ma poczucie, że się rozwija, a nade wszystko podczas szkolenia może usiąść na chwilę w pomieszczeniu socjalnym i zwyczajnie odpocząć. Korzyść jest obopólna, bo pracownik apteki, znając dobrze produkt i umiając o nim opowiedzieć pacjentowi, najprawdopodobniej sprawnie go sprzeda, a o to przecież chodzi producentowi.

Mikrozebrania organizuję sporadycznie, ponieważ rzadko się zdarza, by w aptece na tyle długo nie było pacjentów, by mieć czas coś omówić. Kiedy jednak trzeba coś zespołowi przekazać, to albo robimy szybką naradę, albo dyskutujemy w dwóch turach.

Jeśli zaś chodzi o zebrania kierowników w dużej sieci, to wyglądają one rozmaicie. Nie jestem wielbicieleką zgromadzeń, więc nie rozkoszu-

Pozostajemy pod wpływem myślenia, percepcji, uczuć i intuicji. W zależności od tego, które z nich dominują w naszym zachowaniu i postrzeganiu świata, rozpoznajemy wśród siebie analityków, wodzów, przyjaciół oraz ludzi impulsywnych.

ANALITYK

Cechują go drobiazgowość, cierpliwość, logika, uprzejmość, dyplomacja i powściągliwość. Osoby kierujące się myśleniem oraz percepcją są uporządkowane i zasadnicze, mogą mieć też charakter refleksyjny.

Pacjent-analityk:

- zwraca uwagę na cenę;
- oczekuje rzeczowych argumentów podczas doradztwa;
- nie spieszy się z podejmowaniem decyzji;
- z reguły ma dużą wiedzę i ważny jest dla niego skład produktu czy pochodzenie surowca;
- ceni u farmaceuty przede wszystkim wiedzę i kompetencje, gdyż sam jest perfekcjonistą;
- zachowuje dystans, woli oficjalny język;
- poszukuje informacji, zgłębia ulotkę.

Jak prowadzić rozmowę z analitykiem – krytycznym słuchaczem?

- rzeczowo podajemy szczegółowe informacje: alternatywy leczenia, cechy produktu, informacje dodatkowe;
- rozważamy wraz z pacjentem możliwe opcje, przedstawiając merytoryczne argumenty;
- dajemy czas do namysłu i nie podejmujemy tematów pobocznych. Analityk nie lubi pustosłowia.

WÓDZ

Jest konkretny, pewny siebie, często nieustępliwy i stanowczy. Szybko podejmuje decyzje, dąży do celu, nie lubi sprzeciwu. Kieruje się logiką.

Pacjent-wódz:

- chętniej mówi, niż słucha (lubi dominować);
- łatwo podejmuje decyzje;
- często jest roszczeniowy;
- mówi tylko to, co uważa za istotne;
- woli konkretne oferty i rzeczową rozmowę;
- ceni wysokie kompetencje;
- nie drąży tematu i oczekuje wyłącznie kluczowych informacji.

Jak prowadzić rozmowę z wodzem – niecierpliwym słuchaczem?

- wypowiadamy się krótko, oficjalnie i na temat;
- unikamy dogłębnego wywiadu, bo taki pacjent czuje się wówczas „odpytywany”;
- podajemy najważniejsze informacje, jakbyśmy rozmawiali z ekspertem, gdyż wódz nie znosi „pouczania”.

PRZYJACIEL

Oczekuje opieki, chętnie wchodzi w relacje, z reguły jest niezdeterminowany, ostrożny, bierny i nie lubi zmian. Jego spokój i pragmatyzm ułatwiają nam rozmowę, a kontaktowość i lojalność zapewniają komfort doradztwa.

Pacjent-przyjaciel:

- wie, czego NIE chce (trudniej mu wybrać, czego CHCE);

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 pantałyku. 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

wątpliwości co do intencji mężczyzny w średnim wieku, na co aptekarka odpowiedziała: „Mięśny jest za rogiem, proszę pana”.

5. **Niezadowolony z ceny** – zadajmy sobie pytanie: czy mamy wpływ na cenę leku? Jeśli tak, to czy stać nas, żeby obniżyć jego cenę i czy warto to zrobić. Jeśli nie mamy wpływu na cenę, to po co się irytować, że pacjent na nią narzeka? Wystarczy powiedzieć, że taką mamy cenę i koniec. Jeśli jest możliwość zaproponowania tańszego odpowiednika, to przedstawiamy taką opcję. Pacjent zdecyduje, czy z niej skorzysta. Nie obwiniamy się za to, że nie możemy spełnić czyichś oczekiwań.
6. **„Obczytany”** – nie muszę pasjonować się wiadomościami z zakresu technologii postaci leku, mogę nie mieć głowy do preparatów homeopatycznych i mam prawo nie wiedzieć, czy ajurwedyjski shilajit będzie lepszym pomysłem terapeutycznym niż *Cerato-stigma willmottianum* w terapii kwiatowej Bacha. Nie mam prawa jednak odmówić pacjentowi odpowiedzi. Przychodzi wszak do fachowca i chce fachowej informacji. Nie deprecjonujemy też tego, co pacjent już wie. Jeśli na to zasługuje, to pochwalmy jego ciekawość albo jego wiedzę. Wydukowany pacjent lepiej bowiem współpracuje z lekarzem i postępowanie lecznicze w jego przypadku przynosi z reguły lepsze rezultaty niż u osób niezaangażowanych w farmakoterapię. Jeśli jednak plecie on androny, to postarajmy się wyprowadzić go z błędu i nakierować na sprawdzone informacje. Przecież internaucie możemy polecić też strony fachowe. Jeśli podoła intelektualnie, to wróci do nas zadowolony, że uwierzyliśmy w jego zdolności poznawcze. Jeśli nie zrozumie naukowego piśmiennictwa, to i tak będzie ukontentowany, że nie zbagatelizowaliśmy jego problemu. Taki pacjent pochłania nasz czas, ale nie powinien nas irytować, bo nie jest to jego intencją.

Możemy spotykać ludzi, których postrzeganie świata bardzo różni się od naszego, możemy w relacjach z innymi kierować się emocjami, czyli nieracjonalnie oceniać czyjeś zachowania, a czasem nawet niesprawiedli-

Co jeszcze przeciąża kierownika? Ciągłe telefony. W naszej firmie w dużej mierze zdjęto z pracowników apteki obowiązek ich odbierania, w momencie gdy uruchomiono ogólnopolską infolinię. Jeśli mamy do odbierania około 50 telefonów w ciągu zmiany (a tak bywało), to warto pomyśleć nad wdrożeniem jakiegoś sensownego rozwiązania. Z jednej strony pacjenci potrzebują kontaktu telefonicznego, z drugiej my mamy masę obowiązków na miejscu. Nie można zaniedbywać żadnego obszaru.

Ciekawie rzecz ujmują założyciele firmy 37signals, Jason Fred i David Heinemeier Hansson:

Jeśli chodzi o obsługę klienta, to prawdopodobnie najważniejsza jest szybka reakcja z Twojej strony. To wprost niewiarygodne, jak łatwo można w ten sposób rozładować napiętą sytuację [...]. Dlatego tak wielu klientów szukających kontaktu z firmą w celu wyjaśnienia jakichś niejasności zaczyna rozmowę w nieprzyjaznym tonie. Niektórzy posuwają się nawet do wyzwisk albo gróźb. Nie bierz tego do siebie. Klienci myślą, że tylko w ten sposób mogą zostać zauważeni. Starają się jak najgłośniej krzyknąć w nadziei, że dzięki temu zwrócą na siebie uwagę. Kiedy tylko szybko zareagujesz na ich problemy, ich nastawienie zmienia się o 180 stopni. Stają się pogodni i niezmiernie uprzejmi. Często wylewnie dziękują za okazaną pomoc³⁵.

Jako kierownik powinieneś mieć więc świętą cierpliwość, być kompetentny, wytrwały, pracowity, entuzjastyczny i pełen energii, sprawiedliwy, odpowiedzialny, pomysłowy, twórczy, zorganizowany, uporządkowany, zdyscyplinowany... Wystarczy? Nigdy. Zawsze ktoś będzie niezadowolony: szef, właściciel apteki, pracownik, pacjent... Pogódź się z tym.

Z przymrużeniem oka

W aptece czasami bywa zabawnie. Nieraz pacjenci dowcipkują i nierzadko śmiejemy się z komicznych sytuacji. Nie wszyscy farmaceuci są poważni i sztywni – zdarzają się też tacy, którzy pozwalają sobie na poczucie humoru. Co nas najczęściej bawi? Chyba lapsusy apteczne. Niektóre są nagminne, inne jednorazowe. Jedne słyszałam osobiście, inne przytaczają koleżanki i koledzy po fachu. Zdarzają się też pacjenci-kawalarze, którzy świadomie przekręcają nazwy, żeby było śmieszniej, albo wykorzystują koncepty z reklam. Obowiązuje zasada – śmiejemy się ze słów i zdarzeń – nigdy z ludzi. Poniżej krótkie zestawienie paru zapamiętanych lapsusów i żartów aptecznych:

Ajaks – Alax

Aspiryna z Bayernu

Ave Maria – Aviomarin

Coś na OSTROporozę

Coś na włoszczyznę w uchu

Czarna, śmierdząca maść na ropień na nodze – maść ichtiolowa

Czarne tabletki dla biegaczy – węgiel leczniczy (przeciw bieguncce)

Czopki na hemoRYBY/chimeroidy

Despasito – Dexapico

Dupalek – Duphalac

Przychodzi mężczyzna w wieku około 50 lat i prosi o Climeę forte. Już miałam podać preparat, ale pytam, czy żona już go stosowała, czy będzie używać go pierwszy raz.

– To nie dla żony, to dla mnie – uśmiecha się.

Facet-żartowniś. Może chodzi mu o to, że żona będzie wyciszona i dlatego on na tym zyska? Coś jednak nie daje mi spokoju:

- A poważnie: czy suplement już był stosowany?
- Nie. Ale słyszałem reklamę, że na uderzenia gorąca pomaga. To prawda?
- Zależy od tego, co jest ich przyczyną. Czy pojawiają się inne objawy, takie jak kłopoty ze snem czy wahania nastroju?
- Nie, tylko mi się tak nagle gorąco robi.

Oho. Czyli na serio preparat miał być dla pana. Wyjaśniłam, że stosuje się go u kobiet na objawy menopauzy. Pan usłyszał w reklamie to, co chciał.

– Aha... Ale pomaga, tak?

Apteka pełniuteńka, czyli sytuacja sprzed pandemii. Wszystkie okienka otwarte. Seniorzy, matki z dziećmi, gwar i kłótnia o to, kto za kim stał. Ponieważ nie można się skupić w takim hałasie, ryczę na cały głos:

– Proszę państwa o ciszę!

Zalega cisza, a przy stolicku dla dzieci rysujący grzecznie pięcioletni chłopczyk śpiewa:

- Buty są, pasek jest, kask też jest! Bob Budowniiczyy. Da-my radę?
- Pewnie, że damy – mówię, a atmosfera w aptece się rozluźnia, więc już spokojnie i z uśmiechem możemy obsługiwać pacjentów.

Do apteki regularnie przychodzi starszy pan, który uwielbia czytać magazyny o zdrowiu. Zaopatrujemy go ochoczo – pan jest zawsze miły i pogodny. Pewnego razu obsługiwałam osiemdziesięcioletnią pacjentkę, podczas gdy pan wszedł tylko zapytać, czy jest nowa prasa. Odparłam, że otrzymałyśmy nowy miesięcznik, wprawdzie głównie dla pań, ale mogę mu podać.

- A co to przeszkadza? Mężczyźni i kobiety nie różnią się tak bardzo: mamy te same serca i wątroby... – zaczął filozoficznie senior.

Na to odezwała się *señorita* ze śmiertelną powagą:

- Ale mózgi macie nie te.

Stały pacjent-kawalarz przychodzi po ziołowy lek, który występuje w różnych wersjach – w zależności od tego, czy ma on być stosowany na uspokojenie w ciągu dnia czy na ułatwienie zasypiania na noc.

- Poproszę Nervomix dla małżonki.
- Żona stosowała już Nervomix Sen i Nervomix forte. To ma być bardziej na kłopoty ze spaniem, czy żeby zmniejszyć stres i napięcie?

Pan wybiera numer do żony i ustawia telefon na głośnomówiący.

- Słuchaj, to ma być dla ciebie na uspokojenie?

W słuchawce słychać wzburzony podniesiony głos małżonki:

- Ja nie chcę na uspokojenie! Jestem spokojna! Ma być na spanie!
- W porządku, kochanie.

Cała apteka już wie, że jesteś spokojna – pan puszcza oczko i przerywa połączenie.

rzenie oraz oceniamy bezpieczeństwo leku w czasie karmienia. Możemy w razie wyraźnej potrzeby dobrać właściwy suplement diety lub rozwiązać proste problemy związane z niedoborem pokarmu, a także zidentyfikować problemy wpływające na zaburzenia laktacji, np. błędy w stylu życia czy dokarmianie mlekiem modyfikowanym.

Mamy dostęp do charakterystyki produktu leczniczego (ChPL) oraz do trzech źródeł zagranicznych:

- e-lactancia.org – hiszpańska strona w wersji anglojęzycznej z bezpłatnym dostępem
- LactMed – twórca bazy to farmaceuta, dr Philips O. Anderson
- HalesMeds.com – dr Thomas Hale opracował kategorie bezpieczeństwa/ryzyka laktacyjnego (dostęp do jego strony jest płatny).

Z ulotek i informacji od producenta można odczytać, że różne preparaty są przeciwwskazane w okresie karmienia piersią. Jeśli jednak zacerpniemy wiadomości z baz danych „laktacyjnych”, okazuje się, że większość substancji jest bezpieczna lub względnie bezpieczna w tym okresie. Z czego to wynika? Niektóre leki są rejestrowane, zanim pojawią się wyniki badań przenikania leku do mleka, a ostrzeżenia bazują tylko na wynikach badań przeprowadzonych na zwierzętach. Być może producenci nie prowadzą badań na szeroką skalę w kwestii bezpieczeństwa laktacyjnego, być może nie chcą brać odpowiedzialności itp., a taka kobieta karmiąca musi przecież otrzymać pomoc. Dobrze byłoby, gdyby udzielił jej farmaceuta. Nie znalazłam kompletnej polskiej strony dotyczącej laktacji i korzystam w sumie z dwóch pierwszych podanych przeze mnie stron.

Pacjentkom karmiącym można przypominać zasady:

- Im młodsze dziecko, tym większe znaczenie ma przenikanie leku do mleka, ponieważ działania uboczne leku są odwrotnie proporcjonalne do wieku dziecka.

- Im mniej pokarmu (np. w późnej fazie laktacji), tym mniej leku dostarczamy do organizmu dziecka.
- Im krótsza terapia lekiem, tym mniejsze ryzyko, np. przy podaniu jednorazowym.
- Lek przyjmujemy bezpośrednio po karmieniu, żeby jak najmniej leku trafiło do mleka podczas następnego karmienia (najwięcej substancji przenika do mleka, kiedy stężenie w osoczu matki jest najwyższe).
- Kobiety karmiące powinny unikać leków, które mają wpływ na ilość pokarmu, np. antykoncepcja dwuskładnikowa, alkaloidy sporyszu, pseudoefedryna czy leki moczopędne.
- Jeśli lek jest stosowany u dzieci, to będzie też bezpieczny, gdy przeniknie do mleka.
- Jeśli można, to ograniczamy się do preparatów do stosowania miejscowego.

Już bez zbędnej dyskusji z pacjentką (chyba że chce o tym rozmawiać) uwzględniamy farmakokinetykę i właściwości substancji leczniczych:

- Jeśli metabolity też są aktywne, to w organizmie dziecka będą działać dłużej.
- Preferowane są leki o krótszym okresie półtrwania.
- *Relative Infant Dose* (RID), czyli stosunek dawki substancji leczniczej, jaką otrzymuje dziecko, do dawki, jaką otrzymuje matka (w przeliczeniu na masę ciała) – RID powinno być mniejsze od 10% (większość leków ma RID <1%), bo wówczas lek jest bezpieczny w okresie laktacji.
- Im większa cząsteczka, tym gorzej przenika do mleka – przyjmuje się, że cząsteczki powyżej 800 Da praktycznie nie przechodzą do pokarmu.

Nie będę sporządzać kolejnego zestawienia rodzajów maści, podłoży itd., ponieważ rynek oferuje szeroką gamę podręczników z zakresu technologii postaci leku i poradników z dziedziny receptury. Wymienimy skrótowo to, co najważniejsze w pielęgnacji chorego leżącego:

1. Oczyszczenie skóry

Na rynku dostępne są pianki oczyszczające skórę (również z pozostałości kału) i neutralizujące nieprzyjemny zapach. Opiekunowie stosują myjki nasączone, chusteczki nawilżane, kremy myjące bez użycia wody, szampony w piance bez użycia wody... Gama produktów jest szeroka – musimy umieć ją pacjentowi przedstawić.

2. Nawilżenie skóry

W recepturze wykorzystujemy substancje wiążące wodę: glicerol (nawilżenie w głębszych warstwach skóry) oraz mocznik (2–10%). W preparatach gotowych pojawia się dodatkowo kwas hialuronowy. Musimy dobrać właściwe podłoże, pamiętając o tym, że wazelina hydrofilowa ma twardszą konsystencję i lepiej nadaje się jako podłoże do maści stosowanych latem, ponieważ nie „płygnie”. Maść cholesterolowa ma miękką konsystencję, a euceryna – bardzo miękką.

Maści o działaniu nawilżającym, zawierające fazę wodną pozbawioną konserwantów, mają krótszy termin przydatności niż np. maści natłuszczające. Ciekawostką jest, że maści z wodą borną właśnie dlatego mają trwałość do trzech tygodni, bo kwas borny konserwuje fazę wodną.

3. Regeneracja bariery ochronnej skóry

Jest ona szczególnie istotna u pacjentów „pieluchowanych”. Do codziennej profilaktyki zaleca się kremy ochronne, które chronią skórę przed powstawaniem stanów zapalnych i przyspieszają jej regenerację. Kremy takie powinny mieć lekką konsystencję, żeby łatwo się rozsmarowały (nie chcemy drażnić i pocierać uszkodzonej skóry) i wchłaniały. Optymalne są kremy lub maści tworzące na skórze przezroczystą warstwę ochronną, która pozwala obserwować stan skóry.

Preparaty regenerujące zawierają:

- argininę, która głęboko nawilża skórę;
- tlenek cynku, który jest zalecany przy zaczerwienieniach (przyspiesza regenerację podrażnionej skóry i chroni przed powstawaniem nowych podrażnień).

Maści z tlenkiem cynku nie są przezroczyste, tworzą białą warstwę ochronną, izolującą skórę od wilgoci i neutralizują nieprzyjemny zapach.

4. Odbudowa płaszczka lipidowego

W maściach robionych wykorzystuje się składniki lipidowe: oleje roślinne, cholesterol, dimetykon 350 (silol) i witaminy, których rola w pielęgnacji skóry jest nie do przecenienia. Należy przypominać o właściwym przechowywaniu maści z witaminami, które mogą jełczeć. Natłuszczająco, ale i wygładzająco działa masło kakaowe.

W pielęgnacji skóry stosuje się rozmaite dodatki takie jak:

- mentol i kamforę – działające odkażająco, ale też zwiększające ukrwienie skóry;
- wodę borną – działającą przeciwzapalnie (uwaga: bor kumuluje się i nie można go stosować na uszkodzoną skórę).

Odleżyny, owrzodzenia kończyn dolnych, zespół stopy cukrzycowej

Pierwszą sprawą jest zapobieganie odleżynom. Spytajmy, czy chory jest zaopatrzony w materac przeciwodleżynowy. Dzieci czy wnuki chorych z reguły radzą sobie z takimi sprawami, a w dobie Internetu łatwo znaleźć potrzebne w załatwianiu informacje, ale mimo wszystko służmy radą i pomocą. Podpowiedzmy, że można postarać się o refundację materaca lub skorzystać z wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego. Dzielimy się nawet tym, co oczywiste – że pościel powinna być przewiewna (najlepiej bawełniana), starannie rozłożona (bez zagnieceń), że chorego trzeba masować, oklepywać, zmieniać jego pozycję, pobudzać mikrokrążenie.

68. Patrick M. Malone, Meghan J. Malone, Sharon K. Park: Drug Information: A Guide for Pharmacists. McGraw-Hill, 2006.

Aspektów prawnych i etycznych:

69. Praca zbiorowa pod red. Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego: Medyczne, etyczne i prawne aspekty sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej, Komisja Bioetyczna BIL Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz 2015.
70. Prawo Farmaceutyczne.
71. Kodeks Etyki Aptekarza.
72. Jan Kaczkowski: Samarytanin, kapelusznice i kot czyli Jak skutecznie pomagać?, Wydawnictwo RTCK, 2016.
73. Jan Kaczkowski: Szału nie ma, jest rak, Biblioteka „Więzi”, 2013.
74. Agnieszka Zimmermann: Apteka jako ośrodek świadczący opiekę farmaceutyczną, Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa 2010.

Historii farmacji i medycyny:

75. Jürgen Thorwald: Stulecie chirurgów: Według zapisków mojego dziadka, chirurga H. St. Hartmanna, Wydawnictwo Literackie, 1989.
76. Praca zbiorowa pod red. Heinza Schotta: Kronika medycyny, Wydawnictwo Kronika, 1994.
77. Robert Rembieliński, Barbara Kuźnicka: Historia farmacji, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987.
78. Zbigniew Bela: „O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji”, Medycyna Praktyczna, 2013.
79. Kurt Pollak: Uczniowie Hipokratesa, Wiedza Powszechna, 1970.

Dotychczas ukazały się:

Leki pierwszego wyboru (wyd. II)

Zdrowie kobiety z perspektywy farmaceuty

Leki 2022

Vademecum Farmaceutyczne:

Leki i ciąża. Bezpieczna farmakoterapia i suplementacja kobiety ciężarnej

Choroby dróg oddechowych. Leki, wytyczne leczenia, inhalatory i edukacja pacjenta (wyd. II)

Leki oczne i schorzenia okulistyczne. Zasady leczenia, receptura i suplementacja

Opieka farmaceutyczna nad pacjentem geriatrycznym. Choroby wieku podeszłego, leki i wytyczne (wyd. II)

Układ sercowo-naczyniowy. Leki układu krążenia, choroby, wytyczne i suplementacja (wyd. II)

Psychiatria okiem farmaceuty. Leki psychotropowe, uzależnienia, choroby i zaburzenia psychiczne

Schorzenia układu pokarmowego. Farmakoterapia dolegliwości i chorób przewlekłych (wyd. II)

Cukrzyca i otyłość. Opieka farmaceutyczna, wytyczne, leki i suplementacja (wyd. II)

Probiotyki i prebiotyki. Kompendium wiedzy dla farmaceutów i lekarzy

Pediatria okiem farmaceuty. Tom I: Leki i problemy wieku dziecięcego

Pediatria okiem farmaceuty. Tom II: Dobór bezpiecznego preparatu na powszechne dolegliwości

Problemy dermatologiczne. Opieka farmaceutyczna, zasady rozpoznania i leczenia, przegląd leków i kosmetyków (wyd. II)

Pierwsza pomoc okiem farmaceuty. Antyseptyka ran, plastry i opatrunki oraz zatrucia i inne stany nagłe

Monografie i Repetytoria Farmaceutyczne:

Ocena bezpieczeństwa stosowania leku w czasie karmienia piersią

Antybiotyki i chemioterapeutyki

Nadciśnienie tętnicze

Rzucanie palenia

Zespół suchego oka

Choroby tarczycy

Choroby zakaźne, którym można zapobiegać poprzez szczepienia

Witaminy i składniki mineralne

Zeszyty Apteczne:

Ból z perspektywy farmaceuty

Choroby pasożytnicze z perspektywy farmaceuty

Przeziębienie i grypa z perspektywy farmaceuty (wyd. II)

Choroby zakaźne i szczepienia ochronne

Alergia z perspektywy farmaceuty

Intymne problemy kobiet z perspektywy farmaceuty

Fiszki Farmaceutyczne:

Bezpieczeństwo stosowania leków w czasie karmienia piersią

Nebulizacja i inhalatory (wyd. II)

Pacjent z cukrzycą w aptece

Pacjent z problemem skórny w aptece

Pacjent z problemem pasożytniczym w aptece

Pacjent z przeziębieniem w aptece

Pacjent geriatryczny w aptece

Pacjent g/Głuchy w aptece

Zamówienia indywidualne oraz dla firm: www.wydawnictwo.farm

Aleksandra Parucka – zdobywczyni nagrody Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego dla najlepszego Absolwenta Wydziału Farmaceutycznego Rocznika 2000-2005. Od 2011 kierownik apteki w Bydgoszczy, gdzie z przyjemnością opiekuje się pacjentami i kształci adeptów zawodu. W 2016 ukończyła specjalizację w dziedzinie farmacji aptecznej. Dba o work-life balance, lubi podróżować, gotować i biegać. Miłośniczka książek, laureatka III miejsca Olimpiady Literatury i Języka Polskiego (2000) oraz recenzent na Biblionetka.pl – serwisu dla czytelników.

