

Paweł Konrad Tuszyński

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM W APTECE

Praktyczny poradnik



Wydanie I
(2026)

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM W APTECE

Praktyczny poradnik



Wydanie I
(2026)

Redakcja: Paweł Konrad Tuszyński

 wydawnictwo
farmaceutyczne

Jesteśmy częścią 3PG.



3pg.pl

Sprawdź nasze projekty.



opieka.farm



wydawnictwo.farm

Zeszyty
Apteczne

wydawnictwo.farm/zeszyty-apteczne/



korkizfarmy.pl



farmaceuta.pro

Komunikacja z pacjentem w aptece
Praktyczny poradnik

Autorzy:

mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński

Dyrektor ds. naukowych 3PG

Konsultacja:

mgr farm. Effiom Uman-Ntuk

Skład DTP, ilustracje i okładka:

Natalia Janeczko

Koordynator projektu:

Kinga Milczarska

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych lub odmienne opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, 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. Dzieło w całości jest chronione prawem autorskim. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej zgody Wydawcy.

Wydawca:

Wydawnictwo Farmaceutyczne sp. z o.o.

z siedzibą pod adresem

ul. Lipowa 3/217

30-702 Kraków

Zamówienia hurtowe i detaliczne:

www.wydawnictwo.farm

ISBN: 978-83-66756-93-9

Wydanie I, Kraków, 2026



 wydawnictwo
farmaceutyczne

Spis treści

Przedmowa	9
Podstawy komunikacji w aptece	10
Cel rozmowy.....	13
Zadawanie pytań i kolejność ich zadawania.....	16
Domykanie konsultacji.....	18
Bariery w komunikacji w aptece	22
Presja czasu i kolejka.....	25
Brak prywatności.....	25
Silne emocje pacjenta.....	29
Język fachowy.....	30
Założenia i uprzedzenia farmaceuty.....	32
Udzielanie porad w aptece	33
Instrukcja stosowania.....	36
Domykanie porady.....	38
Typy pacjentów w aptece	40
Pacjent analityk.....	41
Pacjent wódz.....	42
Pacjent przyjaciel.....	44
Osoba impulsywna.....	45
Kierowanie do lekarza	47
Kiedy kierowanie do lekarza jest konieczne.....	48
Najczęstsze błędy przy kierowaniu do lekarza.....	51
Struktura skutecznego skierowania do lekarza.....	52
Reakcje pacjentów na skierowanie do lekarza.....	53
Co farmaceuta może zrobić mimo skierowania do lekarza.....	55
ABC obsługi pacjenta	57
Formułowanie porad w aptece i budowanie swojego autorytetu	59
Jeśli rada, której udzielasz, mogłaby równie dobrze wyjść z ust laika, prawdopodobnie nie jest to porada farmaceutyczna.....	61
Porady mają inicjować konsultację, a nie być streszczeniem ChPL.....	61
Mów co za lek wydajesz i w czym pomoże.....	62

Nie strasz pacjenta, tylko zadbaj o compliance	63
Udzielaj porad, nie cytuj ulotek	64
Nie ostrzegaj przed interakcją bez wskazania, czym ona grozi	65
Uzasadniaj swoje rekomendacje	65
Zwracaj się bezpośrednio do pacjenta	67
Nie sygnalizuj problemu, jeśli nie masz na niego rozwiązania	67
Rozwiąż problem lekowy	68
Jesteś ekspertem – mów jak ekspert	68
Skuteczna rekomendacja w aptece	70
Czym rekomendacja różni się od informacji	70
Warunki skutecznej rekomendacji	71
Język rekomendacji	73
Rekomendacja a obiekcje pacjenta	73
Rekomendacja a domknięcie rozmowy	74
Wykorzystanie języka korzyści w praktyce aptecznej	75
Istotność aktywnej rekomendacji	82
Bierne wydanie leku a aktywna rekomendacja	83
Rekomendacja komplementarna	88
Rekomendacja komplementarna a „wciskanie” preparatów	89
Zasadność rekomendacji komplementarnej	90
Jak komunikować rekomendację komplementarną	95
Trudne sytuacje w aptece	97
„Trudny pacjent”	97
Agresja u chorego	104
Krytyka	105
Brak leku na stanie	106
Pretensje o wysokie ceny	107
Elementy opieki farmaceutycznej	109
Praca z materiałami edukacyjnymi	109
Zapraszanie na badania diagnostyczne	110
Zapraszanie na przegląd lekowy	111
Prowadzenie instruktażu obsługi sprzętu medycznego	112
Komunikowanie działań niepożądanych	113
Komunikowanie interakcji	114

Wywiad farmaceutyczny w praktyce	116
Szybki i sprawny wywiad farmaceutyczny	118
Wywiad nie musi być długi – musi do czegoś prowadzić	119
Dlaczego klasyczne schematy wywiadu często nie działają w aptece	119
Prośba o konkretny produkt to często wołanie o pomoc	120
Pytania otwarte i zamknięte – jak używać ich mądrze	121
Logika szybkiego wywiadu – właściwa kolejność ma znaczenie	122
Wywiad zorientowany na problem, a nie na checklistę	123
Przekazywanie zaleceń – mniej informacji, większa skuteczność	123
Zamykanie wywiadu – siatka bezpieczeństwa	126
Szybki wywiad jako narzędzie budowania relacji	126
Umiejętna substytucja apteczna	127
Dlaczego w ogóle dokonujesz substytucji	128
Substytucja nie zaczyna się od recepty, tylko od rozmowy	129
„Zamiennik” jako niefortunne słowo...	129
Czym realnie różnią się leki – na co zwracać uwagę przy substytucji	130
Nie pytaj pacjenta o decyzje, których nie jest w stanie podjąć	132
Skup się na korzyściach z zamiany, nie tylko na cenie	132
Najczęstsze obawy pacjentów przy substytucji i jak na nie reagować	133
Kiedy zachować szczególną ostrożność lub nie zamieniać	134
Substytucja jako element opieki farmaceutycznej	134
Asertywność w praktyce aptecznej	135
Odmowa wydania leku bez recepty	136
Odmowa realizacji recepty	139
Konsultacja przy wystawianiu recepty farmaceutycznej	140
Wywiad celem wystawienia recepty farmaceutycznej	141
Jak otwierać rozmowę, żeby nie brzmiała jak „załatwianie”	143
Weryfikacja zasadności wystawienia recepty farmaceutycznej w ramach kontynuacji leczenia	144
Odmowa wystawienia recepty farmaceutycznej	145
Jak odmawiać bez zarzucania kłamstwa	146
Alternatywy po odmowie, które realnie rozwiązują problem pacjenta	147
Dokumentowanie decyzji i uzasadnienie w systemie	148
Krótki wzorzec rozmowy „od prośby do decyzji”	149
Indeks	151

Przedmowa

Szanowne Czytelniczki, Szanowni Czytelnicy!

Celem niniejszej publikacji jest dostarczenie Państwu możliwie najbardziej użytecznych informacji na temat skutecznej komunikacji z pacjentem w aptece – od pierwszego kontaktu i przywitania, przez wywiad farmaceutyczny, aż po pożegnanie. Chciałem stworzyć podręcznik, który będzie swoistym kompendium dobrych praktyk porozumiewania się z pacjentem, pozbawionym naukowego żargonu i rozbudowanych rozważań psychologicznych. Nie dlatego, że uważam je za pozbawione wartości, lecz dlatego, że pozostają realistą – większość farmaceutów i techników zwyczajnie nie ma czasu na akademickie dywagacje i potrzebuje raczej praktycznego poradnika, pokazującego, jak komunikować się z pacjentem w sposób skuteczny. Tak, aby pacjent opuszczał aptekę z przekonaniem, że leczy się bezpiecznie i efektywnie, a farmaceuta miał pewność, że rzeczywiście tak się stało.

W podręczniku zebrałem wskazówki, które najsilniej rezonowały ze słuchaczami szkoleń i wykładów, jakie miałem przyjemność prowadzić w ciągu ostatnich dziesięciu lat mojej działalności edukacyjnej. Wywodzą się one zarówno z mojej własnej praktyki farmaceutycznej, doświadczeń zdobytych podczas pracy na stanowisku kierownika apteki, jak i z dostępnej literatury przedmiotu. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że literatura dotycząca komunikacji w aptece i pracy farmaceuty jest stosunkowo skromna – istnieje wiele opracowań skierowanych do lekarzy, znacznie mniej natomiast do aptekarzy. Starałem się więc korzystać z dorobku komunikacji medycznej i adaptować zawartą w nim wiedzę do realiów codziennej pracy w aptece.

Dla kogo jest ta książka?

Publikacja została napisana z myślą o wszystkich pracownikach fachowych apteki ogólnodostępnej – zarówno farmaceutach, jak i technikach farmaceutycznych. Choć niewątpliwie są osoby obdarzone naturalnymi umiejętnościami komunikacyjnymi, którym z łatwością przychodzi nawiązywanie relacji z pacjentem, nie zawsze oznacza to automatycznie zbudowanie zaufania do ich wiedzy farmaceutycznej i przekazywanych zaleceń. Jeżeli naszym rzeczywistym celem jest zadbanie o to, aby pacjent opuszczał aptekę z najlepiej dobranym preparatem lub właściwym zaleceniem, obsługa nie może ograniczać się wyłącznie do uprzejmej rozmowy i podania leku z szuflady.

Każdy z nas zna – z własnego doświadczenia lub obserwacji – sytuacje, w których farmaceuta rezygnował z edukowania pacjenta czy korygowania jego niewłaściwych nawyków dotyczących stylu życia lub stosowania leków, jedynie po to, aby nie „zepsuć atmosfery”. Piszę o tym, aby podkreślić, że niniejsza książka nie jest przeznaczona wyłącznie dla osób mających trudności komunikacyjne ani dla aptek obsługujących dużą liczbę tak zwanych „trudnych pacjentów” – bo, bądź co bądź, w naszym zawodzie ani jedno, ani drugie nie występuje szczególnie często. Jest to pozycja dla każdego, komu zależy na świadomym rozwijaniu umiejętności miękkich – własnych lub swojego zespołu – aby w pełni wykorzystał swoją wiedzę i kompetencje i nie ograniczył go tzw. czynnik ludzki.

Na koniec chciałbym serdecznie podziękować mgr. farm. Effiomowi Uman-Ntuk za konsultację treści, a także za wiele lat wspólnych rozmów i refleksji na temat tego, jak powinna wyglądać współpraca pacjenta z farmaceutą (i ogólnie rola farmaceuty w systemie ochrony zdrowia). Gdyby nie one, nie byłoby tej książki.

*mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński
Dyrektor ds. naukowych 3PG
Kraków, 05.01.2026*

Zamiast	Lepiej powiedzieć	Uzasadnienie
„Czy bierze Pan jakieś leki?”	„Zanim coś dobierzemy, muszę wiedzieć, czy bierze Pan leki na stałe – niektóre połączenia bywają groźne.”	Pacjent rzadziej pominie „tabletki na ciśnienie”, gdy zrozumie, że pytamy o jego bezpieczeństwo, a nie z ciekawości.
„Od kiedy te objawy?”	„Czy ten ból pojawił się nagle, po jakimś wysiłku, czy narastał powoli od kilku dni?”	Dajemy pacjentowi punkty odniesienia. Pomaga nam to szybciej odróżnić uraz od stanu zapalnego czy infekcji.
„Dla kogo to ma być?”	„Czy przygotowujemy ten lek dla osoby dorosłej, dziecka, czy może dla kogoś starszego, kto bierze inne leki?”	Skraca to proces. Od razu wiemy, czy szukamy dawki pediatrycznej, czy musimy uważać na polipragmazję u seniora.
„Czy jest Pani w ciąży?”	„Czy to lek dla osoby w ciąży?”	To akurat sposób, żeby przypadkowo nie wziąć osoby otyłej za ciężarną. Jeśli jest w ciąży, odpowie „tak, dla mnie”, lub „nie”.
„Czy choruje Pan na coś?”	„To silny lek na zatoki. Czy ma Pan dobrze kontrolowane ciśnienie? To kluczowe przy tym składzie.”	Pytanie „czy Pan choruje” jest zbyt szerokie. Pytając o konkret (serce/ciśnienie) przy pseudoefedrynie, trafiamy prosto w przeciwwskazanie.
„Co Pan już stosował?”	„Szkoda by było kupować coś, co już u Pana nie zadziało. Czym próbował Pan się leczyć do tej pory?”	Budujemy sojusz z pacjentem. Pokazujemy, że nie chcemy go naciągnąć na kolejny zbędny produkt.

WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Zanim zadasz pytanie, upewnij się, że wiesz, jak odpowiedź wpłynie na Twoją rekomendację. Jeżeli nie potrafisz tego określić, pytanie prawdopodobnie nie jest potrzebne.

X *Zamiast*

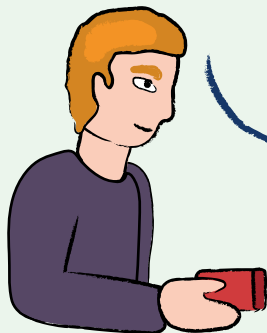
„Aha.”



Proszę zachować ostrożność.

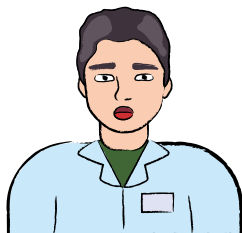


✓ *Lepiej powiedzieć*



Jeżeli ból nie zmniejszy się w ciągu trzech dni lub się nasili, proszę zgłosić się do lekarza.

✓ *Dlaczego to działa*



Wyjaśnia zakres działania i buduje realistyczne oczekiwania.

Reagowanie na brak prywatności

Zamiast

„Proszę mówić śmiało, nikt nie słucha.”

Lepiej powiedzieć

„Jeżeli woli Pan mówić ogólnie, spróbujemy dobrać bezpieczne rozwiązanie na podstawie najważniejszych objawów.”

Uzasadnienie

Obniżasz napięcie. Zdejmujemy z pacjenta przymus szczegółowej spowiedzi, co paradoksalnie często otwiera go na dalszą rozmowę.

„Muszę znać szczegóły, żeby pomóc.”

„Te informacje pomagają mi dobrać bezpieczny lek, ale to Pan decyduje, o czym czuje się komfortowo teraz porozmawiać.”

To budowanie autonomii. Pacjent, który czuje, że ma kontrolę nad tym, co ujawni, staje się bardziej ufny i skłonny do współpracy.

„Czy to na hemoroidy / grzybicę?”

„Czy problem dotyczy sfery intymnej? Wystarczy, że Pan przytaknie, a ja dobiórę odpowiednią formę preparatu.”

To ochrona godności. Pozwalamy pacjentowi potwierdzić rozpoznanie bez konieczności wypowiedziania krępujących nazw przy obcych ludziach.

„Proszę podejść bliżej, bo nic nie słyszę.”

„Możemy podejść na koniec pierwszego stołu, tam jest nieco ciszej i spokojniej, żebyśmy mogli ustalić dawkowanie.”

Stworzenie przestrzeni na konsultację pomaga. Aktywne wyjście z inicjatywą zmiany miejsca (nawet o metr) pokazuje pacjentowi, że dbamy o jego dyskrecję.

„Wszyscy biorą ten lek na takie dolegliwości.”

„Wiele osób czuje skrępowanie przy tym temacie, ale dla nas to codzienna praktyka zawodowa. Chcę tylko upewnić się, czy...”

Jest to normalizacja problemu. Zdejmujemy z pacjenta poczucie „wyjątkowości” jego problemu, co ułatwia mu przyznanie się do objawów.

Zamiast	Lepiej powiedzieć	Uzasadnienie
„Proszę o tym przeczytać w ulotce.”	„Przygotowałem dla Pani krótką notatkę. Jeśli w domu pojawią się pytania, o które trudno spytać przy kolejce, proszę do nas zadzwonić.”	To edukacja odroczo- na. Dajemy pacjentowi „bezpieczne wyjście” – możliwość dopytania w warunkach pełnej pry- watności (telefon).

W naszej praktyce warto operować nazwami, które sugerują proces biologiczny, a nie zaniedbanie czy brak higieny. Stąd dobrze jest uważać na słowa. Zebrałem przykłady alternatywnych określeń, które mogą się przydać w aptece:

Nazwa krępująca dla pacjenta	Propozycja	Dlaczego to pomaga?
Zaburzenia erekcji	Wsparcie kondycji seksualnej	Przenosimy akcent z zaburzenia na ogólną sprawność organizmu.
Grzybica pochwy	Infekcja intymna lub zaburzenia równowagi flory bakteryjnej.	Unikamy słowa „grzybica”, które pacjentom często kojarzy się z brakiem higieny. Niestety „infekcja intymna” jest określeniem mało precyzyjnym i nie unikniemy konieczności doprecyzowania.
Hemoroidy	Żyłaki odbytu lub problem z naczyniami w okolicy końcowego odcinka jelita.	„Żyłaki” brzmią jak problem medyczny znany z nóg, co normalizuje dolegliwość.
Wszawica	Pasożyty we włosach.	Usuujemy piętno społeczne związane z „wszami”. Pasożyty też nie brzmią dobrze, jednak „wszawica” może pacjenta „zablokować”.

Nazwa krępująca dla pacjenta	Propozycja	Dlaczego to pomaga?
Nietrzymanie moczu	Osłabienie mięśni pęcherza lub problem z kontrolą oddawania moczu.	Skupiamy się na aspekcie mechanicznym i mięśniowym, co odejmuje sytuacji dramatyzmu.
Grzybica stóp i paznokci	Przebarwienia czy zmiany skórne o podłożu infekcyjnym.	Brzmi bardziej jak opis diagnostyczny niż wyrok o „brudnych stopach”.
Biegunka	Przyspieszony pasaż jelitowy czy rozluźnienie stolca.	Brzmi profesjonalnie i mniej obrazowo niż nazwa potoczna. Nie-mniej obecnie „biegunka” wydaje się najmniej problematycznym słowem z tej mojej listy.
Nadpotliwość stóp	Nadaktywność gruczołów potowych.	Zamieniamy „śmierdzący problem” na kwestię fizjologiczną, na którą pacjent nie ma wpływu.
Suchość pochwy	Atrofia czy spadek nawilżenia okolic intymnych.	„Suchość” brzmi jak defekt, „atrofia” lub „brak nawilżenia” jak proces medyczny (np. menopauzalny).

 **WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA**

Określenia alternatywne mogą być nieprecyzyjne, ale jeśli pacjent zacznie negować pytania o grzybicę czy wszawicę, do niczego nie dojdziemy, stąd lepiej pytać bardziej ogólnie. Dlatego pacjent nie ma „zaburzeń erekcji”, tylko chce wesprzeć swoją kondycję seksualną i być jeszcze bardziej aktywny w sferze intymnej – to zupełnie inaczej brzmi niż określenie, że „ma problem”.

Zamiast	Lepiej powiedzieć	Dlaczego?
„Zachodzi tu poważna interakcja.”	„Te dwa leki 'kłócą się' ze sobą. Jeden sprawia, że drugi przestaje działać, więc musimy zachować 4 godziny odstępu.”	Dbamy o skuteczność terapii. Obrazowe przedstawienie konfliktu między lekami motywuje pacjenta do pilnowania godzin przyjmowania dawek.
„Lek ma właściwości fototoksyczne.”	„Ten lek sprawia, że skóra reaguje na słońce bardzo silnym poparzeniem. Proszę unikać słońca i stosować kremy z filtrem.”	Przekładamy termin naukowy na realne zagrożenie, które pacjent potrafi sobie wyobrazić.
„To jest dawka podtrzymująca.”	„Tę dawkę bierzemy każdego dnia, żeby utrzymać efekt leczenia i nie pozwolić na powrót choroby.”	Zapobiegasz przerwaniu terapii. Wyjaśniamy, że brak objawów to zasługa leku, a nie moment na jego odstawienie.
„Niska biodostępność po posiłku.”	„Jedzenie blokuje ten lek. Jeśli weźmie go Pan po obiedzie, to on po prostu nie zadziała.”	Powiązanie błędu „dietetycznego” z brakiem efektu leczniczego najskuteczniej wymusza dyscyplinę.

WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Jeżeli nie potrafisz wyjaśnić działania leku jednym zdaniem bez użycia terminów fachowych, pacjent prawdopodobnie również go nie zrozumie.

Zauważ jednak, że są też pacjenci bardzo wyedukowani – onkologiczni, chorujący na różne schorzenia psychiatryczne czy cierpiący na zaburzenia takie jak ADHD – mogący oczekiwać wyższego poziomu rozmowy. Jeśli zauważysz, że pacjent mówi „benzodiazepiny”, podaje nazwy międzynarodowe zamiast handlowych (mówi np. „poproszę o coś z ibuprofenem

i pseudoefedryną”) czy wprost mówi o swoim wykształceniu okołomedycznym, wiesz, że możesz mówić inaczej.

Założenia i uprzedzenia farmaceuty

Założenia wnoszone przez farmaceutę do rozmowy są jedną z najtrudniejszych do zauważenia barier. Przekonania dotyczące motywacji pacjenta, jego wiedzy lub chęci współpracy wpływają na ton rozmowy i zakres udzielanej porady. Skutkiem jest obniżenie jakości komunikacji i ryzyko błędnych decyzji terapeutycznych.

Praca z własnymi założeniami

Zamiast myśleć

„On i tak nie zastosuje się do zaleceń.”

„Pacjent chce tylko konkretny lek.”

Lepiej stwierdzić

„Sprawdzę, czy zalecenia są dla niego zrozumiałe i realne.”

„Upewnię się, czy ten wybór będzie bezpieczny w tej sytuacji.”

Uzasadnienie

Farmaceuta zachowuje odpowiedzialność za komunikację.

Oddziela intencje pacjenta od decyzji terapeutycznej.

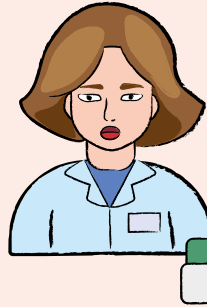
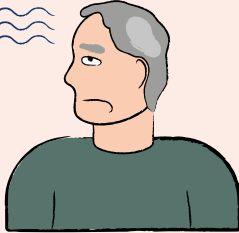
WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Jeżeli zauważysz u siebie gotową interpretację zachowania pacjenta, potraktuj to jako sygnał do zwolnienia tempa rozmowy i zadania jednego dodatkowego pytania.

Barierzy komunikacyjne w aptece są nieodłącznym elementem codziennej pracy, ale nie muszą prowadzić do obniżenia jakości opieki. Farmaceuta, który potrafi je rozpoznać i uwzględnić w rozmowie, zachowuje wpływ na decyzje pacjenta nawet w trudnych warunkach organizacyjnych i emocjonalnych.

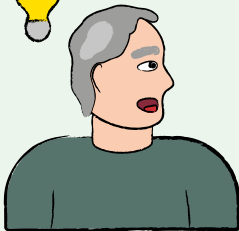
Notatki:

X *Zamiast*



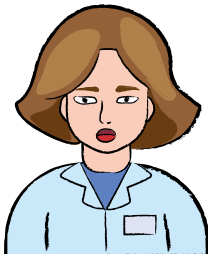
Czy bierze Pan jakieś leki?

✓ *Lepiej powiedzieć*



Muszę zapytać o inne leki, bo to wpływa na bezpieczeństwo tego preparatu.

✓ *Dlaczego to działa*



Pacjent rozumie sens pytania i chętniej odpowiada.

Element	Co to oznacza dla nas w praktyce?	Przykład wypowiedzi (Komunikat celowy)
Odniesienie do objawów	Pokazujemy pacjentowi, że go słuchaliśmy. To buduje fundament rozmowy. Pokazujemy pacjentowi, że go słuchaliśmy. To buduje fundament rozmowy.	„Skoro ten kaszel najbardziej męczy Pana wieczorem i utrudnia zasypianie, proponuję preparat, który wyciszy odruch kaszlowy na noc.”
Uzasadnienie wyboru	Wyjaśniamy unikalną korzyść. Dlaczego ten lek, a nie dziesięć innych na półce?	„Wybrałem ten produkt, ponieważ zawiera wyższą dawkę substancji czynnej, co pozwoli nam szybciej opanować ten stan zapalny.”
Jasność komunikatu	Unikamy domysłów. Pacjent musi wiedzieć, co dokładnie ma zrobić po powrocie do domu.	„Proszę stosować jedną tabletkę dwa razy dziennie, najlepiej po jedzeniu, żeby nie podrażnić żołądka.”
Realność stosowania	Sprawdzamy, czy pacjent fizycznie i ekonomicznie podoła terapii (np. wielkość tabletki, cena).	„Ten syrop ma przyjemny, truskawkowy smak, więc podanie go dziecku nie będzie dla Państwa walką w domu.”
Uwzględnienie bezpieczeństwa	Eliminujemy lęk przed skutkami ubocznymi lub interakcjami.	„Ten preparat jest bezpieczny, bo nie wchodzi w interakcje z lekami na nadciśnienie, które Pan już przyjmuje.”

 **WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA**

Jeżeli nie potrafisz jednym zdaniem uzasadnić, dlaczego rekomendujesz dany preparat właśnie temu pacjentowi, rekomendacja wymaga doprecyzowania.

Poziom komunikatu	Jak to brzmi
I. Cecha	„Ma szybkie wchłanianie.”
II. Zaleta	„Zaczyna działać szybciej.”
III. Korzyść	„Szybciej przestanie Pana boleć głowa.”

WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Jeżeli po Twojej wypowiedzi pacjent nadal musi się zastanowić, co to dla niego oznacza w praktyce, to znaczy, że nie doszedłeś jeszcze do poziomu korzyści.

Przejdźmy teraz do przykładów.

Leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe

W przypadku bólu pacjent oczekuje przede wszystkim **ulgi i szybkości działania**. Opisywanie mechanizmu działania rzadko wnosi cokolwiek do decyzji.

Poniższa tabela pokazuje, jak mówić o lekach przeciwbólowych językiem korzyści.

Cecha	Zaleta	Korzyść
Szybkie wchłanianie / miękka kapsułka	Substancja uwalnia się szybciej niż z twardej tabletki (nawet w 15-20 min).	„Poczujecie Pan ulgę znacznie szybciej niż przy zwykłej tabletkie.”
Przedłużone uwalnianie (SR/XR)	Utrzymuje stałe stężenie leku we krwi przez 8-12 godzin.	„Prześpi Pan całą noc bez budzenia się z bólu i sięgania po kolejne tabletki.”
Forma ODT (rozpadająca się w ustach)	Rozpada się na języku bez użycia wody.	„Może Pan zażyć lek w każdej chwili – w samochodzie czy w pracy, bez szukania wody do popicia.”

Cecha	Zaleta	Korzyść
Działanie miejscowe (np. symetykon)	Działa fizycznie tylko w jelitach, nie wchłania się do krwi.	„Jest to całkowicie bezpieczne dla organizmu, bo lek działa tylko tam, gdzie jest problem i zostaje wydalony.”
Postać płynna / Zawiesina (na zgagę)	Powleka błonę śluzową przełyku i żołądka niemal natychmiast.	„Poczujecie Pani ulgę i chłód w przełyku już w chwilę po połknięciu, jakby zgasła Pani pożar.”
Kapsułki dojelitowe	Rozpuszczają się dopiero w jelitach, omijając żołądek.	„Nie podrażni Pan żołądka, a lek zadziała dokładnie tam, gdzie powinien.”
Szczep drożdżowy (np. <i>S. boulardii</i>)	Jest naturalnie odporny na działanie antybiotyków.	„Może Pan to brać razem z antybiotykiem, bez pilnowania odstępów czasowych. To duża wygoda.”
Dodatek elektrolitów (w leku na biegunkę)	Uzupełnia poziom wody i minerałów traconych podczas choroby.	„Szybciej odzyska Pan siły i uniknie osłabienia organizmu po chorobie.”
Ziołowy skład (np. krople żołądkowe)	Działa wielokierunkowo: rozkurczowo, wiatropędnie i uspokajająco.	„Poczujecie Pan ulgę w tym ‚ciężarze’ na żołądku w naturalny i łagodny sposób.”
Mała tabletki / Kapsułka łatwa do połknięcia	Łatwa do połknięcia nawet przy odruchu wymiotnym.	„Nawet przy mdłościach bez problemu ją Pani połknie.”
Mechanizm wiążący (adsorpcja)	Wiąże bakterie i toksyny, usuwając je z organizmu (zamiast tylko blokować jelita).	„Nie tylko zatrzyma objawy, ale też ‚posprząta’ przyczynę zatrucia, więc szybciej Pan wyzdrowieje.”

Agresja u chorego

Agresja pacjenta bywa różna: od podniesionego głosu po obrażanie i poniżanie. Twoim zadaniem nie jest „wygasić” pacjenta za wszelką cenę. Twoim zadaniem jest chronić własną godność i bezpieczeństwo pracy, a jednocześnie – o ile to możliwe – utrzymać rozmowę w trybie rozwiązywania problemu.

W praktyce sprawdza się podejście etapowe: najpierw stawiasz granicę, potem powtarzasz ją mocniej, a na końcu komunikujesz konsekwencję, którą jesteś gotów realnie zastosować.

Poniższa tabela pokazuje czterostopniową sekwencję reakcji na eskalację.

Etap	Zamiast	Lepiej powiedzieć	Uzasadnienie
1 Wyznaczenie granicy + wyrażenie chęci pomocy	„Niech Pan przestanie!”	„Chcę pomóc, ale proszę mówić spokojnie.”	Utrzymujesz relację i normę rozmowy.
2 Bezpośrednie postawienie granicy	„Nie będę z Panem rozmawiać.”	„Proszę mnie nie obrażać i nie podnosić głosu.”	Jasno nazywasz naruszenie.
3 Zapowiedź konsekwencji	„Zaraz Pana wyrzucę.”	„Jeżeli to się powtórzy, zakończę rozmowę i poproszę Pana o opuszczenie apteki.”	Konsekwencja jest konkretna i proporcjonalna.
4 Realizacja konsekwencji	„No to proszę wyjść!”	„Kończę rozmowę. Proszę opuścić aptekę.”	Kończysz eskalację działaniem, nie dyskusją.

WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Nie zapowiadaj konsekwencji, których nie zamierzasz zrealizować, bo pacjent natychmiast to wyczuje i sytuacja stanie się trudniejsza.

Brak leku na stanie to codzienność i należy opanować skuteczne sposoby na "zatrzymanie" pacjenta w aptece.

Pretensje o wysokie ceny

Możesz pracować w najtańszej aptece, a i tak wiele razy w ciągu dnia usłyszysz: "dlaczego tak drogo?"

WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Pamiętaj, że prawo zabrania zwrotów produktów leczniczych do apteki!

Przyczyny i przykładowe postępowanie wyjaśniono w tabeli poniżej. Dla czego preparat, który pacjent kupuje, okazuje się "drogi"?

Przyczyna

Cena rynkowa preparatu mogła po prostu wzrosnąć.

Skończył się rabat producenta na preparat i apteka kupuje go od teraz w wyższej cenie.

Apteka kupiła preparat specjalnie dla pacjenta, a nie z pakietu (czyli wielu sztuk w niższej cenie zakupu).

Konkurencja sprzedaje preparat po cenie dumpingowej, czyli taniej niż go kupuje.

Postępowanie

Wyjaśnij, że pacjent zapewne lek kupował dawno temu, a wszystko drożeje. W innych aptekach lek również będzie droższy.

Wyjaśnij, że niska cena, z jaką pacjent wcześniej kupował, była wynikiem promocji organizowanej przez producenta, a ta się skończyła.

Wyjaśnij, że lek był sprowadzony specjalnie dla niego i jeśli poczeka na pakiet, cena będzie podobna jak u konkurencji. Zamówienia pakietowe są oczywiście ustalane z kierownikiem lub działem zakupów.

To się zdarza, ale argument, że konkurencja prowadzi nieuczciwą konkurencję niespecjalnie trafia do pacjentów. Najważniejsze, żeby pacjent nie podejrzewał, że wysoka cena jest efektem wysokiej marży, bo wtedy czuje się oszukany.

WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Pacjent lepiej radzi sobie z działaniem niepożądanym, o którym został uprzedzony, niż z takim, które go zaskoczyło.

Kolejna bardzo ważna sprawa to sposób komunikowania częstości działań niepożądanych. W ulotkach „częste” działanie niepożądane oznacza, że może wystąpić **u 1 do 10 osób na 100**, czyli **u 1-10% pacjentów**. Zastanówmy się jednak, czy pacjent naprawdę rozumie tę skalę, gdy usłyszy, że lek „często powoduje biegunkę”. Zwykle nie – dlatego warto odwołać się do liczb albo przełożyć je na prosty komunikat.

Na przykład można powiedzieć: „U większości pacjentów biegunka nie wystąpi. Jeśli już się pojawia, dotyczy to zwykle od 1 do 10 osób na 100.” Albo krócej: „To działanie może wystąpić u maksymalnie 1 na 10 pacjentów, a często znacznie rzadziej — dlatego większość osób tego nie odczuje”.

Komunikowanie interakcji

Interakcje lekowe są jednym z najbardziej newralgicznych elementów opieki farmaceutycznej. Sposób ich komunikowania decyduje o tym, czy pacjent zrozumie zagrożenie, czy tylko się przestraszy. Celem nie jest straszenie, lecz **uświadomienie i ukierunkowanie postępowania**.

Poniższa tabela pokazuje, jak mówić o interakcjach w sposób zrozumiały i konstruktywny.

Jak mówić o interakcjach

Zamiast	Lepiej powiedzieć	Uzasadnienie
„Ten lek wchodzi w interakcję.”	„Te leki razem mogą osłabić swoje działanie.”	Tłumaczysz sens.
„Nie wolno łączyć.”	„Lepiej przyjmować je o innej porze.”	Dajesz rozwiązanie.
„To niebezpieczne.”	„Dlatego ważne jest, żeby zachować odstęp.”	Zmniejszasz lęk.



Farmaceutka:

Ale czy na chorobę wieńcową, niewydolność serca czy arytmie?



Pacjent:

Na nadciśnienie.



Farmaceutka:

Czy coś Pan już stosował?



Pacjent:

Zwykle biorę Ranigast ... (famotydyna).



Farmaceutka:

To może Ranigast.



Pacjent:

A po ile macie?

To przykład tego, co nazywam przesłuchaniem pacjenta. Unikaj prowadzenia przesłuchania i zadawania niepotrzebnych pytań. Przyjmij prostą zasadę. Jeśli zadajesz pytanie, wyjaśnij, dlaczego pytasz! Na przykład:

- Jak długo utrzymują się objawy? Jeśli problem utrzymuje się całą dobę, polecę lek, który działa dłużej.

Zamiast argumentu cenowego

„Jest tańszy.”

„Kosztuje mniej.”

„Ten sam lek, ale taniej.”

Powiedz w języku korzyści

„Będzie Panu łatwiej połknąć tabletkę.”

„Zmniejsza ryzyko pomyłki w dawkowaniu.”

„Nie zawiera laktozy, więc jest bezpieczniejszy przy nietolerancji.”

**WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA**

Jeśli jedyną przewagą leku jest cena, to znaczy, że trzeba się na niej skupić.

Najczęstsze obawy pacjentów przy substytucji i jak na nie reagować

Pacjent, który nie chce zamiany, rzadko jest „uparty bez powodu”. Najczęściej stoi za tym konkretna obawa, którą trzeba nazwać i zaadresować.

Obawa pacjenta

„Oryginał jest lepszy.”

„Źle się czułem po zamienniku.”

„Lekarz mówił, żeby nie zamieniać.”

„Pogubię się w lekach.”

Jak odpowiedzieć

„Lekarz zapisał już odpowiednik, ja wydaję inny o tym samym działaniu. (jeśli tak jest)”

„To inny lek, dlatego warto sprawdzić, co dokładnie było przyczyną.”

„Gdyby zamiana była wykluczona, byłoby oznaczenie ‘NZ.’”

„Dlatego proponuję zostać przy jednym preparacie.”

**WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA**

Największym ryzykiem substytucji nie jest biorównoważność, tylko dezorientacja pacjenta.

Rozważ też takie wypowiedzi:

Zamiast

„Mogę wydać lek bez recepty, jeśli przeprowadzę wywiad.”

„To jest lek na receptę.”

„Dlaczego nie ma Pan recepty?”

Lepiej powiedzieć

„Mogę rozważyć wystawienie recepty farmaceutycznej, ale najpierw muszę zebrać informacje w wywiadzie.”

„Ten lek jest wydawany na receptę, natomiast w określonych sytuacjach mogę wystawić receptę farmaceutyczną po wywiadzie.”

„Proszę powiedzieć, jak Pan go stosuje i kiedy była ostatnia dawka.”

Uzasadnienie

Pacjent słyszy, że to procedura, a nie przysługa.

Nie zamykasz rozmowy w pierwszej sekundzie.

Unikasz pytania oceniającego, które prowokuje kłamstwo.



WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Nie pytaj pacjenta „dlaczego nie ma recepty”, bo to pytanie robi z niego oskarżonego i zachęca do tłumaczeń zamiast do faktów.

Weryfikacja zasadności wystawienia recepty farmaceutycznej w ramach kontynuacji leczenia

Najczęściej pacjent przychodzi po lek „do kontynuacji”. I tu pojawia się błąd myślenia: farmaceuta skupia się na tym, czy pacjent „na pewno lek brał”, zamiast na tym, czy pacjent **powinien lek brać teraz** i czy przerwa w leczeniu **realnie zagraża zdrowiu**.

Zanim przejdziesz do tabeli, przyjmij prostą definicję roboczą: kontynuacja leczenia to taka sytuacja, w której **przerwa w terapii może spowodować pogorszenie zdrowia**, na przykład przez efekt odstawienny,

Indeks

A

ADHD, 31
 agresja, 104
 aktywna rekomendacja, 82, 83, 87
 alergia, 93
 alkohol, 69
 amlodypina, 49
 amoksylicyna, 62
 antybiotyki, 55, 62, 65, 93, 129
 antybiotyki, 18, 94
 antybiotykoterapia, 49, 93
 antykoncepcja, 64
 antyseptyk, 92
Aphthin, 68
 apteka
 – indywidualna, 108
 asertywność, 135, 136, 137
 astma, 22, 121, 122
 astma oskrzelowa, 18
 atrofia, 28

B

badania diagnostyczne, 110
 bariera komunikacyjna, 30
 bariery komunikacyjne, 22, 32
 benzodiazepina, 62
 biegunka, 28, 90, 93
 ból
 – gardła, 49
 – głowy, 48
 – w klatce piersiowej, 48
 bóle
 – mięśniowe, 49
 brak prywatności, 23

C

cel, 13
 – behawioralny, 14
 – merytoryczny, 14
 cena rynkowa, 107
 choroby
 – przewlekłe, 25, 63, 119, 121, 123
 ciśnieniomierz, 112
Coaxil, 66
 cyprofloksacyna, 50, 67
 czopek, 79

D

dekstrometofan, 18, 22, 121, 136
 diazepam, 62
 dociekliwy badacz, 98, 99, 100
 doksepina, 62
 domknięcie, 34
 domknięcie porady, 38
Doxepin, 62

E

elektrolyty, 78
 emocje, 23, 29, 45
 empatia, 23, 45
 erotoman, 99
 erotoman-gawędziarz, 98

F

flora jelitowa, 94
 fluorochinolon, 67
 fluorochinolony, 50
 forma
 – ODT, 76

G

gbur, 98, 99
 glin, 65
 glukometr, 112
 grzybica
 – pochwy, 27
 – stóp i paznokci, 28

H

hemoroidy, 23, 27
 hiperkaliemia, 62

I

ibuprofen, 31
 informowanie, 13
 inhalator, 81, 112
 inhalatory, 18, 19, 134
 inhibitor, 24
 inhibitory
 – konwertazy angiotensynowej, 49
 – konwertazy angiotensyny, 24
 – pompy protonowej, 49, 65
 – wychwytu zwrotnego noreadrenaliny i serotoniny, 50
 instrukcja, 34
 – stosowania, 36
 instruktaż, 113
 interakcje, 81
 – lekowe, 114
 internauta, 100

J

jaskra, 48
 język
 – korzyści, 73, 76, 112
 – specjalistyczny, 30

 wydawnictwo
farmaceutyczne

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM W APTECE

Praktyczny poradnik



Zeskanuj kod QR
i zamów podręcznik



WYDAWNICTWO.FARM