

starostlivosti läkemedelsvård gofal
s cuidado farmacéutico pharmazeut
svård pharmaceutical care opieka
es **Opieka farmaceutyczna od** pharm
svård **zdefiniowania pojęcia do** opi
zeutische **mechanizmów realizacji**
yllol **na przykładzie** pharmaceutical
es **Wielkiej Brytanii.** pharmazeutisc
svård gofal fferyllol pharmaceutica
maceutiques cuidado farmacéutico
svård gofal fferyllol care opieka far
o opieka farmaceutyczna pharmaze
svård gofal fferyllol pharmaceutica
s cuidado farmacéutico pharmazeut
svård fferyllol pharmaceutical care
zeutische pflege pharmaceutickei sta

**Opieka farmaceutyczna od zdefiniowania
pojęcia do mechanizmów realizacji
na przykładzie Wielkiej Brytanii.**

Autor

Dr n. farm. Piotr Merks

Wydane przez:



Książka powstała na podstawie pracy doktorskiej zatytułowanej: Zakres i jakość usług farmaceutycznych w opinii pacjentów w Polsce i Wielkiej Brytanii.

Promotor pracy doktorskiej

prof. dr n. farm. Małgorzata Sznitowska

Recenzja

Prof. nadzw. dr. hab. n. farm. Agnieszka Skowron

Prof. zwyczaj. dr. hab. n. farm. Janusz Pluta

Wydanie 1

© Copyright by Dr n. farm. Piotr Merks oraz Katedra Technologii Postaci Leku Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu. Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna z części niniejszej publikacji nie może być rozpowszechniana, przechowywana w jakimkolwiek systemie wyszukiwania danych ani przesyłana w jakiegokolwiek postaci bądź przy użyciu jakiegokolwiek środków elektronicznych czy też mechanicznych, a w szczególności poprzez kserowanie, nagrywanie lub kopiowanie na jakiegokolwiek nośnikach danych bez wyraźnej zgody wydawcy.

Wydane przez:

Związek Zawodowy Pracowników Farmacji (ZZPF) Gen. Meriana Coopera 6b/10, 01-315 Warszawa

NIP : 5223098180

KRS: 0000690692

E-mail: zzpf@zzpf.org.pl, www.zzpf.org.pl

Projekt i skład: Adam Miklaszewski, Akademia Sztuk Pięknych, Warszawa

PRZEDMOWA

Gdy jako młody farmaceuta rozpocząłem pracę za granicami kraju, wielokrotnie koledzy po fachu wspominali o opiece farmaceutycznej. Jednak osobiście nie do końca to pojęcie rozumiałem, gdyż w Polsce, owa opieka po prostu nie funkcjonowała w systemie edukacji. Rok 2005 był dla mojej aptekarskiej kariery przełomowy, gdyż udało mi się obserwować od początku wdrażanie usług opieki farmaceutycznej w Wielkiej Brytanii i zrozumieć mechanizmy pomiaru jej skuteczności. Drugim powodem wydania tego opracowania, jest brak polskich źródeł teoretycznych do nauki wyjaśniających temat opieki farmaceutycznej dla studentów na wydziałach farmaceutycznych.

Niedosyt wiedzy, kolejne pytania rodzące się w mojej głowie, zmotywowały mnie, aby kilka lat później rozpocząć badania w ramach pracy doktorskiej, nad oczekiwaniami polskich pacjentów względem usług jakie są oferowane pacjentom w Wielkiej Brytanii. Pomyślałem wtedy, że warto by było zapytać, czy Polacy chcieli, aby apteka w Polsce dawała tak duże wsparcie pacjentom jak apteki w Zjednoczonym Królestwie. Głównym celem moich badań było przyjrzenie się różnicom w oczekiwaniach pacjentów wobec wybranych usług farmaceutycznych w Polsce i w Wielkiej Brytanii, dzięki czemu możliwe będzie lepsze zrozumienie potrzeb polskiego społeczeństwa oraz wsparcie dla stworzenia nowych usług w ramach szeroko rozumianej reakcji opieki farmaceutycznej.

Obserwując ekspansję brytyjskich doświadczeń do Australii, Austrii, Norwegii, Niemiec, Portugalii, Hiszpanii i Włoch, wydaje się, że system ten, jest optymalnym wzorem rozwiązań i uregulowań, jakie należy zastosować w celu wdrożenia nowych usług opieki farmaceutycznej do polskich aptek. Obowiązujący w Polsce system opieki zdrowotnej nie zawiera żadnych narzędzi ani systemów, które umożliwiłyby wyeliminowanie problemów lekowych, poprawę zdrowia publicznego oraz obniżenie kosztów ponoszonych na sprawowanie opieki medycznej nad pacjentem. Co więcej, system zdrowia jest absolutnie niewydolny z uwagi na bardzo złe zarządzanie sektorem ochrony zdrowia, a także na bardzo duże upolitycznienie urzędów oraz stanowisk zarządzających oraz niedopuszczanie farmaceutów do sprawowania ich roli w oparciu o uznane modele pracy w krajach, gdzie opieka farmaceutyczna działa od lat. Brak spójnych pomysłów, brak ekspertów w Polsce, zastymulowało mnie do przygotowania konkretnej analizy, którą postanowiłem opublikować w postaci tej książki.

Wielka Brytania jest krajem o szczególnie wysokim standardzie sprawowania opieki farmaceutycznej, dzięki czemu apteki stają się centrami pierwszej pomocy zdrowotnej dla lokalnej społeczności. Z kolei w odniesieniu do Polski można się pokusić o stwierdzenie, że opieka farmaceutyczna praktycznie nie istnieje, mimo prób jej wdrożenia. Co więcej, pojęcie opieki farmaceutycznej w Polsce często jest niepoprawnie rozumiane oraz negatywnie postrzegane, a spora część środowiska farmaceutycznego nie wykazuje chęci wprowadzenia zmian. Gdy obserwuje się aktualny stan zarządzania lekiem w polskich aptekach, staje się jasne, że wdrożenie zasad opieki farmaceutycznej, wraz z działaniami zmierzającymi do minimalizacji strat lekowych, jest

absolutną koniecznością. Znaczna część polskich farmaceutów nie zna nawet najogólniejszych zasad świadczenia usług farmaceutycznych, niewłaściwy jest system dyspensowania i ordynacji leków (np. wydawanie całych opakowań zamiast odliczonej ilości terapeutyku), brakuje jakichkolwiek działań zmierzających do wprowadzenia standardowych procedur operacyjnych. Natomiast w Wielkiej Brytanii minimalizacja strat lekowych są przedmiotem podstawowych usług farmaceutycznych świadczonych przez każdą aptekę zakontraktowaną przez NHS. Aptekarz to osoba zakontraktowana przez Państwo, szukająca oszczędności w systemie zdrowotnym ograniczająca marnotrawstwo i błędy w przepisywaniu leków.

Mam nadzieję, że dzięki mojej książce zmotywuje kolejne pokolenia młodych farmaceutów do umacnianie naszej roli jako ekspertów od leków w oczach polskiego społeczeństwa.

Dr n. farm. Piotr Merks

SKRÓTY

1. AIDS (ang. acquired immune deficiency syndrome) – zespół nabytego niedoboru odporności
2. AUR (ang. appliance use review) – przegląd wykorzystywanych urządzeń
3. BNF – British National Formulary
4. DOTS (ang. directly observed therapy schemes) – schemat terapii podlegający bezpośrednio obserwacji
5. FIP (ang. International Pharmacy Federation) – Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna
6. FH (ang. family history) – wywiad rodzinny
7. GSL (ang. general sale list) – ogólna lista sprzedaży (obejmuje produkty, które mogą być dostarczone nie tylko przez farmaceutę)
8. HPI (ang. history of present illness) – historia chorób pacjenta
9. MHRA (ang. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) – Agencja Regulacyjna ds. Leków i Produktów Medycznych
10. MUR (ang. medicine use review) – przegląd stosowanych leków
11. MZiOS – minister zdrowia i opieki społecznej
12. NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
13. NHS (ang. National Health Service) – Narodowa Służba Zdrowia
14. NIA – Naczelna Izba Aptekarska
15. NICE (ang. National Institute for Health and Clinical Excellence) – Krajowy Instytut Zdrowia i Doskonalenia Klinicznego
16. NMS (ang. the new medicine service) – usługa nowego leku
17. NPSA (ang. National Patients Safety Agency) – Krajowa Agencja ds. Bezpieczeństwa Pacjentów
18. OTC (ang. over-the-counter drug) – leki dostępne bez recepty
19. P (ang. pharmacy medicines) – produkty, które mogą być dostarczane tylko przez apteki i innych przedstawicieli medycznych
20. PCO (ang. primary care organization) – organizacje opieki podstawowej
21. PCT (ang. primary care trust) – Organizacja Opieki Podstawowej Nadzorująca Dostarczanie Usług Farmaceutycznych w Aptekach Ogólnodostępnych w Wielkiej Brytanii
22. PMR (ang. patient medical record) – dokumentacja medyczna pacjenta
23. PSNC (ang. Pharmaceutical Services Negotiating Committee) – Komitet Negocyjacyjny ds. Usług Farmaceutycznych
24. POM (ang. prescription only medicines) – leki dostępne tylko na receptę
25. PTF – Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne
26. RAP (ang. research ethical approval) – zgoda komisji bioetycznej
27. Rp. – lek wydawany z przepisu lekarza
28. SAC (ang. stoma appliance customisation) – dopasowanie urządzeń stomijnych
29. SIPL – system indywidualnego pakowania leków
30. SOP (ang. standard operating procedures) – standardowe procedury operacyjne
31. WHO (ang. World Health Organization) – Światowa Organizacja Zdrowia
32. USF – usługa farmaceutyczna

Uwaga! Autor stosuje termin „leki” na określenie produktów leczniczych o kategorii dostępności Rp., OTC („bez recepty”) i suplementów diety.

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA.....	3
SKRÓTY	5
1. OPIEKA FARMACEUTYCZNA ANALIZA POJĘCIA	7
1.1. WPROWADZENIE	7
1.1.1. Opieka farmaceutyczna – charakterystyka zagadnienia i rys historyczny	9
1.1.2. Modelowa opieka farmaceutyczna	11
1.2. USŁUGI OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W WIELKIEJ BRYTANII	16
1.2.1. Usługi podstawowe	17
1.2.2. Usługi zaawansowane	24
1.2.3. Usługi rozszerzone	27
1.2.4. Prywatne usługi farmaceutyczne	35
1.3. USŁUGI OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE	35
1.3.1. Usługi farmaceutyczne w Polsce	35
1.3.2. Regulacje prawne opieki farmaceutycznej w Polsce	40
1.4. PORÓWNANIE OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE I WIELKIEJ BRYTANII	49
2. BADANIE ZAPOTRZEBOWANIA PACJENTÓW NA USŁUGI OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ	54
2.1. Zakres aktualnego profilu korzystania z usług farmaceutycznych	57
2.2. Stopień zainteresowania pacjenta usługami farmaceutycznymi	61
2.3. Zakres postaw pacjentów odnoszących się do korzystania z usług farmaceutycznych	71
3. PODSUMOWANIE	95
4. WNIOSKI	103
5. PIŚMIENNICTWO	104z

1. OPIEKA FARMACEUTYCZNA ANALIZA POJĘCIA

1.1. WPROWADZENIE

Opieka farmaceutyczna stanowi integralną część opieki medycznej nad pacjentem w większości krajów wysoko uprzemysłowionych [1, 2]. Obecnie przyjmuje się, że jest to „(...) odpowiedzialne działanie farmaceuty, którego celem jest zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii i podniesienie zależnej od zdrowia jakości życia pacjenta” (ang. health-related quality of life) [3]. Warto chyba wspomnieć o silnej ewolucji pojęcia opieki farmaceutycznej. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń w terapii jest niestosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich, w tym nieprawidłowe przyjmowanie zaleconych leków (ang. non-adherence). Już wiele lat temu stwierdzono, że to dzięki zaangażowaniu farmaceutów w kliniczne aspekty opieki nad pacjentami można najefektywniej dotrzeć do ich najszerszego grona. To właśnie personel apteki (magistrowie farmacji), przez zapewnienie pacjentowi profesjonalnej pomocy i wsparcia w leczeniu, w istotnym stopniu wpływa m.in. na lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, dzięki czemu maleją koszty ponoszone przez państwo na opiekę medyczną oraz wskaźniki chorobowości i śmiertelności. Niestety w Polsce farmaceuta nadal jest przede wszystkim odpowiedzialny za sprzedaż, dyspensowanie produktów leczniczych i zarządzanie magazynem leków, choć obserwuje się indywidualne próby wdrażania opieki farmaceutycznej do konkretnych aptek. Przeszkodą jest m.in. brak precyzyjnych uregulowań prawnych, które umożliwiłyby farmaceutom sprawowanie opieki farmaceutycznej nad pacjentem, np. odnośnie gromadzenia poufnych danych pacjentów w stopniu koniecznym do prawidłowego prowadzenia wspomnianej opieki. Pewnym krokiem naprzód wydaje się opublikowany w 2011 roku w „Gazecie Polskiej” i przedrukowany w „Aptekarzu Polskim” artykuł ukazujący dwugłos lekarza i farmaceuty [4, 5].

Dla dobra pacjenta kluczowa jest świadomość, że może się udać do apteki w celu skorzystania z pomocy farmaceuty zarówno w zakresie zaordynowanej przez lekarza farmakoterapii, jak i profilaktyki.

Należy zaznaczyć, że opieka farmaceutyczna nie powinna być traktowana jako pojedyncza usługa, jak to się dzieje obecnie w polskim prawie farmaceutycznym czy ustawie o izbach aptekarskich, lecz jako kompleksowa opieka nad pacjentem, na którą powinny się składać określone usługi, począwszy od podstawowych, czyli wydawania leków na receptę, po usługi zaawansowane, służące edukacji pacjenta i optymalizacji farmakoterapii. Taki podział wpisuje się w dobrze znane w literaturze przedmiotu rozróżnienie na kognitywne usługi farmaceutyczne (np. pojedynczą poradę farmaceuty, której głównym celem jest optymalizacja farmakoterapii) oraz opiekę farmaceutyczną (rozumianą jako proces) [6].

Właściwa opieka farmaceutyczna powinna obejmować: zebranie wywiadu, a następnie proces jego ciągłej weryfikacji obejmującej dotychczas prowadzoną u danego pacjenta farmakoterapię; ocenę stanu zdrowia i wszystkich informacji medycznych odnoszących się do danego pacjenta;

opracowanie indywidualnego planu leczenia we współpracy z pacjentem i lekarzem prowadzącym (zwłaszcza u chorego stosującego leki kategorii Rp.); prowadzenie dokumentacji medycznej po uzyskaniu zgody pacjenta; nadzór nad całością terapii lekowej i jej skutecznością; monitorowanie stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez chorego; opracowanie ewentualnych alternatyw farmakologicznych; każdorazowe informowanie pacjenta o sposobie dawkowania przepisanych leków; udzielanie pomocy i wsparcia w wyborze leków OTC; racjonalizację stosowanej farmakoterapii; identyfikację potencjalnych lub rzeczywistych problemów lekowych; prowadzenie akcji profilaktycznych obniżających ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych; edukację pacjenta dotyczącą jego choroby/chorób.

Dzięki wdrożeniu opieki farmaceutycznej do aptek powinny się poprawić parametry bezpieczeństwa i skuteczności terapii, zwłaszcza wskaźniki adherence (przestrzeganie zaleceń). Pod pojęciem non-adherence kryje się nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. To farmaceuci mogą obiektywnie ocenić wartość owego parametru. W Polsce przeciętna wartość wskaźnika adherence wynosi 50%, a w przypadku niektórych jednostek chorobowych (np. nadciśnienie tętnicze) jest zdecydowanie niższa [7]. Obserwowane zjawisko w dużej mierze wynika z ograniczeń organizacyjnych opieki medycznej. Rolą farmaceuty jest przekonanie pacjenta o konieczności wdrożenia terapii lekowej i monitorowanie prawidłowości jej przebiegu.

W krajach, w których opieka farmaceutyczna funkcjonuje w praktyce, np. w Wielkiej Brytanii, pacjent ma świadomość, że magistrowie farmacji w aptekach ogólnodostępnych służą mu radą w przypadku różnych dolegliwości zdrowotnych i najczęściej są dla niego pomocą pierwszego kontaktu. Niestety pojęcie opieki farmaceutycznej jest praktycznie obce większości społeczeństwa w Polsce.

W 2010 roku Sektor Badań Rynku Medycznego TNS OBOP przeprowadził badanie dotyczące świadomości Polaków odnoszącej się do opieki farmaceutycznej [8]. Prawie 90% ankietowanych nie było świadomych faktu, że farmaceuta powinien przekazywać wiedzę dotyczącą dawkowania danego leku, czasu jego stosowania czy ewentualnych przeciwwskazań. Pacjenci z chorobami przewlekłymi, stanowiący główną grupę docelową realizowania opieki farmaceutycznej, byli również mało świadomi jej istnienia co pozostali ankietowani.

Z wyników analizy płynie również inny istotny wniosek – polscy pacjenci są pozytywnie nastawieni do idei opieki farmaceutycznej i z chęcią skorzystaliby z oferowanych w jej ramach usług (57% ankietowanych). Niestety wdrożenie tej opieki w Polsce napotyka liczne przeszkody. Polska jest jednym z krajów dopiero przygotowujących się do wdrażania idei opieki farmaceutycznej. Celowe wydaje się więc korzystanie z doświadczeń państw, którym się to udało w ramach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jednym z krajów charakteryzujących się wysokim poziomem świadczonych usług realizujących założenia opieki farmaceutycznej jest właśnie Wielka Brytania, gdzie funkcjonuje podział na podstawową i rozszerzoną opiekę zdrowotną (ang. primary care i secondary care).

W Wielkiej Brytanii w 2005 roku zaczęła obowiązywać nowa umowa apteczna (ang. new pharmacy contract), dzięki której Narodowa Służba Zdrowia (ang. National Health Service, NHS) płaci

za usługi wchodzące w skład opieki farmaceutycznej. Farmaceuta przejął pewną część zadań pozostających do tej pory domeną podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy medycyny rodzinnej. Finansowanie danej apteki zależy od tego, czy farmaceuci zatrudnieni w danej placówce świadczą pacjentom usługi farmaceutyczne wysokiej jakości. Im więcej pacjentów wybiera określoną aptekę, tym więcej funduszy jest przesyłanych do tej placówki. Usługi farmaceutyczne stały się dla apteki źródłem dodatkowych dochodów, a w wymiarze społecznym główną korzyścią z wprowadzenia opieki farmaceutycznej jest zwiększenie udziału farmaceuty w procesie leczenia pacjenta.

Wdrożenie opieki farmaceutycznej w formie zdefiniowanego katalogu usług farmaceutycznych w Wielkiej Brytanii przyniosło liczne korzyści zarówno pacjentom, jak i farmaceutom. Poprawiła się jakość życia pacjentów, którzy dzięki edukacji przez farmaceutów zaczęli się aktywniej włączać w proces leczenia. Dzięki licznym programom i akcjom profilaktycznym wzrosła również świadomość społeczeństwa angielskiego dotycząca profilaktyki czy zachowań prozdrowotnych. Z kolei farmaceuci, w zakresie znacznie większym niż uprzednio, mogą realizować najważniejsze powołanie swojego zawodu – pomoc pacjentowi – z wykorzystaniem zdobytej w trakcie edukacji wiedzy [9, 10].

1.1.1. Opieka farmaceutyczna – charakterystyka zagadnienia i rys historyczny

Opieka farmaceutyczna jest szczególną misją farmaceuty. Jej celem pozostaje nie tylko zapewnienie pacjentom profesjonalnej opieki w aptece, lecz także pełniejsze wykorzystanie potencjału farmaceutów. Rozwój i komercjalizacja rynku farmaceutycznego doprowadziły w Polsce do degradacji znaczenia farmaceuty (pauperyzacji zawodu) i sprowadzenia go w rzeczywistości do roli sprzedawcy leków. Przez lata, w trakcie błyskawicznego postępu na rynku farmaceutycznym, zmieniła się również charakterystyka przeciętnego pacjenta apteki. Chorzy mają sporą wiedzę odnośnie aktualności medycznych, a poziom ich świadomości zdrowotnej w porównaniu z sytuacją sprzed kilkudziesięciu lat jest nieporównywalnie większy. W coraz większym stopniu pacjent chce współdecydować o procesie swojego leczenia i podejmuje dyskusję na temat stosowanych produktów leczniczych i możliwych alternatyw terapeutycznych.

Mimo niewątpliwego rozwoju nauki, dostępu do coraz nowszych leków oraz rosnącej wiedzy i świadomości pacjentów, do dziś nie osiągnięto spodziewanego postępu w leczeniu wielu chorób. Uważa się, że jedną z głównych przyczyn tej sytuacji są działania niepożądane leków i niepowodzenia terapeutyczne [11–15]. Mimo coraz głębszej wiedzy pacjenci nie przestrzegają ustalonej dawki, sposobu i pory przyjmowania leku. Brak adherence uważa się za najważniejszą przyczynę niepowodzeń w terapii. Problem jest nasilony zwłaszcza w terapii chorób przewlekłych [16–22]. To właśnie odpowiednia pomoc farmaceuty może stać się głównym czynnikiem wpływającym na poprawę stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich [23, 24].

Szacuje się, że nieprawidłowe przyjmowanie leków dotyczy ponad 60% pacjentów, a liczba związanych z tym działań niepożądanych oscyluje w granicach 0,5–50%. Wydaje się, że pacjenci po-

strzegają leki OTC (szczególnie te w obrocie pozaaptecznym) jako całkowicie bezpieczne i nie przywiązują wagi do ich właściwego dawkowania. Jako że coraz większa część produktów leczniczych jest dostępna bez recepty, to takie podejście wiąże się z realnym i pogłębiającym się ryzykiem zwiększonej śmiertelności [22, 25–27].

Uznawana do dziś koncepcja opieki farmaceutycznej powstała w 1990 roku i była wspólnym dziełem Heplera i Strand [3]. Zespół ten opublikował w *American Journal of Hospital Pharmacy* rozważania dotyczące nieprawidłowego stosowania leków wraz z propozycjami potencjalnych rozwiązań tego problemu. Z definicji tej wyłania się obraz opieki farmaceutycznej nie jako wyłącznego obowiązku farmaceuty, ale jako realnej współpracy między aptekarzem, pacjentem i pozostałymi członkami zespołu opieki zdrowotnej. Takie multidyscyplinarne postępowanie ma doprowadzić do opracowania, faktycznego wdrożenia i systematycznego monitorowania postępów stosowanej farmakoterapii [28–32]. W świetle tej definicji opieka farmaceutyczna staje się integralną i nieodłączną częścią systemu ochrony zdrowia, a jeśli jest prawidłowo prowadzona, to pacjent i farmaceuta oddziałują na siebie wzajemnie. Chory musi bowiem zaufać farmaceucie, udzielając mu swoistego pełnomocnictwa, natomiast farmaceuta jest zobowiązany do jak najefektywniejszego wykorzystania swojej wiedzy dla dobra pacjenta. Taka postawa farmaceuty to klucz do poprawy skuteczności stosowanej przez chorego terapii, przy jednoczesnym obniżeniu jej kosztów i zminimalizowaniu ewentualnych działań niepożądanych.

Podana przez zespół Hepler i Strand opisana wyżej definicja opieki farmaceutycznej została w 1998 roku uznana przez Międzynarodową Federację Farmaceutyczną (ang. International Pharmacy Federation, FIP). Ostatecznie przyjętą definicję wzbogacono o twierdzenie, że „(...) celem opieki farmaceutycznej jest (...) uzyskanie określonych efektów poprawiających lub utrzymujących określony poziom jakości życia pacjenta”. Jest to cel bardzo ważny, zwłaszcza w odniesieniu do chorych przewlekle. Takim przykładem może być cukrzyca, w której już samo utrzymanie jakości życia na niezmiennym poziomie jest wielkim osiągnięciem. W konsekwencji uznania słuszności postulatów wspomnianych badaczy w Europie, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, Szwajcarii, Austrii, Niemczech, Portugalii i Holandii, rozpoczęto wdrażanie pierwszych programów opieki farmaceutycznej. Brytyjska opieka farmaceutyczna coraz intensywniej ewoluuje w kierunku kompleksowego zarządzania lekiem. Obserwuje się wręcz tendencję do rezygnacji z terminu „opieka farmaceutyczna” na rzecz pojęcia „optymalizacja farmakoterapii” (ang. medicine optimisation) Należy tu zacytować wypowiedź Alastaira Buxtona, byłego szefa Komitetu Negocyjnego ds. Usług Farmaceutycznych (ang. Pharmaceutical Services Negotiating Committee, PSNC) finansowanych przez NHS. Informacja ta trafiła do autora niniejszej pracy w odpowiedzi na prośbę o charakterystykę funkcjonowania opieki farmaceutycznej w Anglii: „(...) W Wielkiej Brytanii w celu opisanego wszelkich usług świadczonych w aptece, które realizują idee szeroko rozumianej opieki farmaceutycznej, preferuje się stosowanie terminu ‘usługi farmaceutyczne’. Odchodzimy od stosowania hasła ‘opieka farmaceutyczna’, ale jeśli już mamy je zdefiniować, to jest ono najbliższe definicji podanej przez Heplera i Strand. Narodowy Departament Zdrowia i Usług Zdrowotnych (DH) coraz częściej posiłkuje się terminem ‘optymalizacja stosowanych leków’ przez

usługi farmaceutyczne, takie jak przeglądy lekowe, usługa nowy lek i inne, które zostaną opisane poniżej. Jest to szerokie pojęcie, obejmujące znaczną liczbę usług związanych z przepisywaniem, wydawaniem i przygotowywaniem leków dla pacjenta”.

W Polsce dopiero w 2000 roku NRA przyjęła strategię opieki farmaceutycznej, co zaowocowało wprowadzeniem tego zagadnienia do programów kształcenia dla farmaceutów. Kolejnym krokiem była nowelizacja ustawy o izbach aptekarskich z 10 stycznia z 2008 roku, w której wprowadzono definicję opieki farmaceutycznej do polskiego ustawodawstwa. Zażycia z zakresu opieki farmaceutycznej oficjalnie wprowadzono do programów nauczania wydziałów farmaceutycznych [33, 34].

1.1.2. Modelowa opieka farmaceutyczna

1.1.2.1. Cechy modelowej opieki farmaceutycznej

Prawidłowo prowadzona opieka farmaceutyczna powinna obejmować następujące elementy [35–44]:

- edukacja pacjenta – działania szkoleniowe muszą być prowadzone możliwie systematycznie,
- systematyczna kontrola wszystkich leków przyjmowanych przez pacjenta,
- systematyczna kontrola parametrów klinicznych, umożliwiająca prawidłową ocenę skuteczności farmakoterapii stosowanej przez pacjenta,
- opracowywanie indywidualnego schematu opieki terapeutycznej dla pacjenta (np. przez coroczne przeglądy lekowe).

Aby opieka ta była sprawowana właściwie, należy uwzględnić specyfikę pacjenta. Wskazuje się, że szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów z astmą, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami krzepliwości, chorobami reumatycznymi, chorobą Parkinsona, migrenami, bólem, chorobami nowotworowymi, zespołem nabytego niedoboru odporności (ang. acquired immune deficiency syndrome, AIDS) [45–50].

Z kolei, jeśli się weźmie pod uwagę specyfikę osoby pacjenta, opiekę farmaceutyczną ukierunkowuje się w szczególności na: matki z małymi dziećmi, pacjentów w podeszłym wieku, pacjentów szczególnie narażonych na działania niepożądane (np. osoby z alergiami), osoby nadużywające substancji psychoaktywnych i osoby nadużywające leków, nałogowych palaczy tytoniu, pacjentów po transplantacjach, pacjentów ze sztucznymi przetokami.

Należy podkreślić, że usługi świadczone przez farmaceutę w ramach opieki farmaceutycznej powinny zmierzać do poprawy nie tylko zdrowia danego pacjenta, lecz również jakości jego życia [51–59]. Niewłaściwe stosowanie leków przez pacjenta (ang. non-adherence) – zjawisko już wcześniej wspomniane – to jeden z podstawowych problemów w farmakoterapii, zwanych problemami lekowymi [60]. Zapobieganie ich występowaniu jest właściwym zadaniem opieki farmaceutycznej. Do takich problemów należy również zaliczyć wykupywanie zaleconych leków, lecz niestosowanie się do ustalonego sposobu ich stosowania, a także rezygnację z wykupienia części przepisanych leków ze względu na kwestie finansowe.

Rola farmaceuty polega na dostrzeżeniu każdego z wymienionych zachowań i jego korekcie. W tym celu konieczna jest interpretacja danych z przeprowadzonego z pacjentem wywiadu w celu oszacowania ryzyka wystąpienia problemu lekowego. Farmaceuta musi uświadomić pacjentowi, że wykupienie przepisanych mu leków jest konieczne, zaś rezygnacja z nich może się zakończyć istotnym pogorszeniem stanu zdrowia, a w skrajnych przypadkach nawet zgonem. Poinformowanie chorego o prawdopodobnych skutkach sporadycznej terapii również zwiększa wartość adherence. Farmaceuta sprawujący opiekę nad chorym powinien rzetelnie gromadzić informacje na temat jego dolegliwości i przyjmowanych leków, a następnie wykorzystywać tę wiedzę do uzyskania jak najlepszych efektów stosowanej terapii [61, 62].

Aby świadczona opieka farmaceutyczna była prawidłowa, konieczna jest modyfikacja sposobu komunikacji farmaceuty z pacjentem. Aby ta relacja mogła spełniać swoją rolę, musi być oparta na wzajemnym zaufaniu i otwartości. Opieka farmaceutyczna nie powinna się odbywać w obecności innych pacjentów – do tego celu jest potrzebne specjalne pomieszczenie zapewniające komfort i prywatność. W optymalnym modelu opieki farmaceutycznej powinno się również uwzględnić stały kontakt farmaceuty z lekarzem [63-65], ponieważ dzięki temu, że farmaceuta utrzymuje systematyczny kontakt z pacjentem i udziela mu wskazówek, lekarz może zmodyfikować wdrożone leczenie.

Do prowadzenia opieki farmaceutycznej niezbędna jest dokumentacja medyczna, w której znajdują się informacje na temat historii przyjmowanych leków. W celu jej zebrania farmaceuta musi zapytać o: alergie, działania niepożądane, aktualnie przyjmowane leki, wcześniej przyjmowane leki, leki dostępne bez recepty, inne leki, doświadczenia odnośnie terapii lekowej, przestrzeganie zaleceń odnośnie terapii.

Udzielanie porad farmaceutycznych oraz konsultowanie pacjenta polega na:

- przedstawieniu najbardziej optymalnego sposobu rozwiązania jego problemów medycznych,
- doradztwie w wyborze optymalnego wyrobu medycznego/produktu,
- uzupełnieniu i wzbogaceniu wiedzy pacjenta dotyczącej danego problemu medycznego,
- rozwiązywaniu wątpliwości medycznych pacjenta,
- przewidywaniu problemów lekowych i zapobieganiu im,
- podjęciu próby wyjaśnienia, czy obserwowany u pacjenta problem zdrowotny nie wynika z problemu lekowego.

Systematyczna ocena i monitorowanie przyjmowanej przez pacjenta farmakoterapii polega na podjęciu próby maksymalizacji efektów danego leczenia przy jednoczesnej minimalizacji możliwych działań niepożądanych terapii oraz poprawie zależnej od zdrowia jakości życia pacjenta

1.1.2.2. Dokumentacja etapów planu opieki farmaceutycznej

Wymogiem niezbędnym do spełnienia wytycznych co do opieki farmaceutycznej jest prowadze-

nie pełnej i dokładnej dokumentacji medycznej każdego pacjenta korzystającego z usług farmaceutycznych [43, 66]. Pełna dokumentacja, opisująca przebieg realizacji recept, zakupów leków OTC, suplementów, počawszy od pierwszej wizyty, jest niezbędna do przygotowania i realizacji planu tej opieki. Uważa się, że właściwie prowadzona dokumentacja jest swoistą wizytówką odpowiednio prowadzonej opieki farmaceutycznej.

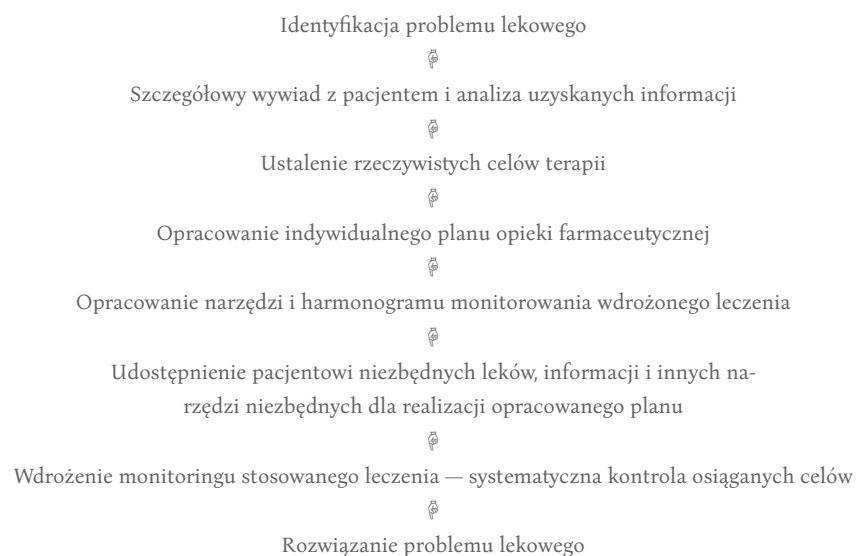
Powinna ona zawierać następujące informacje [34]:

- imię i nazwisko pacjenta,
- dane demograficzne pacjenta (płeć, wiek, wykonywany zawód),
- dane kontaktowe pacjenta (adres, nr telefonu),
- dane dotyczące choroby podstawowej pacjenta:
- stopień zaawansowania choroby,
- przyjmowane leki,
- dotychczasowy przebieg choroby i leczenia,
- dotychczasowe pobyty w szpitalach,
- dane kontaktowe lekarza prowadzącego,
- aktualne wyniki badań diagnostycznych,
- stosowana farmakoterapia (zarówno aktualnie, jak i w przeszłości),
- ewentualnie występujące alergie, nadwrażliwości, nietolerancje,
- styl życia i stan fizyczny pacjenta,
- posiadane ubezpieczenie oraz realne możliwości finansowe pacjenta, wpływające na wybór strategii leczenia farmakologicznego.
- Z kolei dokumentacja przebiegu każdej kolejnej wizyty powinna uwzględniać:
- zmiany parametrów stanu zdrowia umożliwiające realną i obiektywną ocenę przebiegu opieki farmaceutycznej,
- stopień realizacji przyjętego planu opieki farmaceutycznej,
- przeprowadzone oraz planowane typy interwencji,
- przeprowadzone i planowane działania edukacyjne oraz realne wykorzystanie wiadomości zdobytych przez pacjenta.
- W dokumentacji muszą się znaleźć zarówno cele do realizacji, jak i mechanizmy oraz narzędzia do pomiaru uzyskiwanych wyników.

1.1.2.3. Schemat postępowania w trakcie świadczenia opieki farmaceutycznej

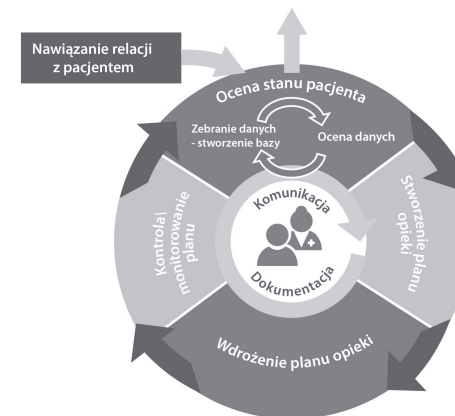
Po opracowaniu planu opieki farmaceutycznej pacjent we współpracy z farmaceutą rozpoczyna etap wdrożenia ustaleń. Rolą farmaceuty jest udzielenie pacjentowi wszelkich wskazówek, informacji i środków niezbędnych do praktycznej realizacji zamierzeń. Pożądanym zakończeniem ustalonego planu opieki farmaceutycznej jest pozytywne rozwiązanie występującego u danego pacjenta problemu lekowego. Jeśli występującego problemu nie uda się

wyeliminować lub pojawi się nowy problem lekowy, należy przystąpić do opracowania nowego schematu opieki farmaceutycznej. Prawidłowo sprawowana opieka służy przede wszystkim identyfikacji i realizowaniu rzeczywistych potrzeb pacjenta oraz wychodzeniu naprzeciw jego oczekiwaniom. Plan opieki farmaceutycznej musi więc uwzględniać nie tylko jednostkę chorobową występującą u danego pacjenta, lecz także jego rzeczywiste chęci i możliwości realizacji poszczególnych etapów tego planu. Kolejne etapy planu opieki farmaceutycznej według Heplera przedstawiono na rycinie 1 [67].



Rycina 1. Etapy sprawowania opieki farmaceutycznej według Heplera [3].

Z kolei Strand zaznacza [3], że sam proces opieki farmaceutycznej musi się opierać na identycznych, jednolitych wytycznych, bez względu na kraj, miejsce pracy osoby sprawującej opiekę czy problem danego pacjenta. Oczywiście, w zależności od wymienionych różnic zmieniają się narzędzia wykorzystywane do realizacji procesu, ale jego istota musi pozostać niezmienna (ryc. 2).



Rycina 2. Schemat przebiegu prawidłowo prowadzonej opieki farmaceutycznej nad pacjentem (opracowanie własne na podstawie: Patient Care Process, Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences University of Alberta) [68].

Wdrożenie schematów działań (np. w postaci standardowych procedur operacyjnych [ang. standard operating procedures, SOP]) lub receptariuszy narodowych zawierających centralne wytyczne narodowe (np. British National Formulary, BNF) znacznie systematyzuje i ułatwia zadanie również samemu farmaceucie, dając mu pewność, że realizacja kolejnych etapów planu umożliwi uniknięcie wszelkich błędów i niedopatrzeń oraz otoczenie pacjenta jak najlepszą opieką.

Jedną z zasadniczych cech prawidłowo sprawowanej opieki farmaceutycznej jest przykładanie należytej wagi do każdego etapu procesu leczenia. Zbieranie od pacjenta niezbędnych informacji musi być prowadzone sumiennie, a uzyskane dane farmaceuta powinien interpretować w świetle posiadanej wiedzy i wykorzystać do opracowania planu efektywnej opieki.

Prowadzona opieka musi być dokumentowana na każdym etapie, a uzyskane dane powinny być wnikliwie interpretowane w odniesieniu do wytyczonych celów. Strand słusznie zaznacza, że prawidłowo prowadzona opieka farmaceutyczna jest działaniem ciągłym, nie zaś jednorazowo udzieloną poradą apteczną [3, 69, 70].

1.2. USŁUGI OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W WIELKIEJ BRYTANII

Wielka Brytania jest jednym z głównych producentów leków na świecie – zajmuje czwarte miejsce za Niemcami, Szwajcarią i USA. Leki są dostarczane od producentów przez hurtownie do aptek, a od pewnego czasu rozprowadzane także drogą internetową. Leki mogą być również dostarczane przez importerów równoległych, sprowadzających je z krajów, w których ceny są niższe (w obrębie krajów Unii Europejskiej). Ustawą o lekach z 1968 roku wprowadzono trzy typy produktów farmaceutycznych dostępnych w Wielkiej Brytanii: 1) produkty z ogólnej listy sprzedaży (ang. general sale list, GSL), które mogą być wydawane przez inny podmiot niż apteka, np. supermarkety czy stacje benzynowe; 2) produkty, które mogą być dostarczane tylko przez apteki (ang. pharmacy, P) i sprzedawane pod nadzorem farmaceuty. W Wielkiej Brytanii leki z kategorii P (BTC) są sprzedawane wyłącznie przez farmaceutę, a nie przez techników farmaceutycznych [71]. Kategorie dostępności leków nadają unikatowy charakter roli farmaceuty oraz są doskonałym narzędziem opieki farmaceutycznej, która jest wymuszona przez system dzięki rozwiązaniom prawnym i technicznym [72].

Wszystkie OTC switch – leki które zmieniły kategorię dostępności z Rp. na P – muszą być sprzedawane pod nadzorem farmaceuty. Niektóre sieci apteczne, w celu wymuszenia na personelu aptecznym wzywania farmaceuty, instalują w swoim oprogramowaniu funkcję pharmacist override, która nakazuje wezwanie farmaceuty w celu udzielenia porady, co następuje po wprowadzeniu numeru prawa wykonywania zawodu; 3) leki dostępne tylko na receptę (ang. prescription only medicines, POM).

Dwie pierwsze kategorie są to leki dostępne bez recepty – OTC. Wydanie zezwolenia w procesie rejestracji jest niezbędnym warunkiem wprowadzenia danego produktu na rynek i odbywa się zgodnie z prawem Wielkiej Brytanii oraz legislacjami obowiązującymi w Unii Europejskiej. Nadawaniem zezwolenia i kontrolą prawidłowości procesów zajmuje się Agencja Regulacyjna ds. Leków i Produktów Medycznych (ang. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, MHRA). Agencja ta autoryzuje także badania kliniczne nowych leków w Wielkiej Brytanii oraz odpowiada za proces monitorowania bezpieczeństwa farmakoterapii (ang. pharmacovigilance). Nadaje również rejestracje nowym postaciom już istniejących leków, nowym zastosowaniom i reklasyfikuje leki z kategorii POM do OTC [73].

Stosowanie standardów wywiadu i wytycznych przez lata przyczyniło się do podniesienia rangi zawodu farmaceuty. Sam proces doradzania przez farmaceutę w samoleczeniu nabrał charakteru klinicznego przez zwiększenie kontroli aptekarza nad lekami o podwyższonym ryzyku, co m.in. dotyczy omeprazolu czy klotrimazolu oraz innych substancji aktywnych, będących poprzednio preparatami na receptę, które trafiły do powszechnej sprzedaży odręcznej [74].

Zwiększanie roli farmaceutów w systemie ochrony zdrowia rozpoczęło się wraz z dążeniami Ministerstwa Zdrowia służącymi włączeniu apteki do tak zwanej opieki podstawowej [75, 76]. Schematy sprawowania opieki zdrowotnej przygotowywano razem z lekarzami, zwłaszcza pierwszego

kontakty. Celem miało być przygotowanie farmaceutów do sprawowania opieki nad pacjentem (np. prowadzenie pacjenta, u którego konieczne jest leczenie przewlekłe [77]) oraz podejmowania samodzielnych decyzji klinicznych [78, 79]. Pierwsze kroki w kierunku rozwinięcia idei opieki farmaceutycznej poczyniono w 1986 roku na kongresie farmaceutycznym w Nuffield, na którym na prośbę ówczesnego ministra zdrowia próbowano ustalić przyszłą rolę i kierunek edukacji w zawodzie farmaceutycznym [80]. Ustalono, że usługi świadczone w ogólnodostępnych aptekach powinny być przede wszystkim ukierunkowane na większy współdziałanie farmaceutów w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej, a w konsekwencji – udział społeczności farmaceutów w poprawie zdrowia publicznego [81, 82]. Konceptcję poprawy zdrowia publicznego przez farmaceutów należy traktować jako ewolucję opieki farmaceutycznej. Ideę tę wielokrotnie podnoszono i nad nią dyskutowano w środowisku farmaceutycznym [83–88]. Rzeczywistym urealnieniem zasad opieki farmaceutycznej w brytyjskich aptekach, skutkującym wzrostem znaczenia i udziału farmaceutów w sprawowaniu opieki nad pacjentem, było wprowadzenie nowej umowy aptecznej (ang. new pharmacy contract). Jest ona bezpośrednią odpowiedzią rządu na obniżającą się rangę roli aptekarza oraz obniżenie jakości polityki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii. Reorganizacja aptek i zmiana roli samych farmaceutów na gruncie prawnym oraz wprowadzenie nowych zasad finansowania aptek uczyniły z tych placówek realnego partnera w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad pacjentem. Nowa umowa apteczna była wyrazem stanowiska Departamentu Zdrowia, które wskazywało, że umiejętności kliniczne i szeroka wiedza farmaceutów muszą zostać lepiej spożytkowane w systemie ochrony zdrowia. Dokument wszedł w życie 1 kwietnia 2005 roku, zastępując tym samym regulacje NHS z 1992 roku [89]. Zakres usług opracowano na podstawie danych z PSNC [90].

Angielskie apteki mogą realizować usługi farmaceutyczne na trzech poziomach:

1. podstawowym (ang. essentials services),
2. zaawansowanym (ang. advanced services),
3. rozszerzonym (ang. enhanced services).

Uważa się, że opieka farmaceutyczna powinna się rozwijać w kierunku tzw. zarządzania lekiem (ang. medicine management) [91, 92].

1.2.1. Usługi podstawowe

Usługi podstawowe muszą być świadczone przez wszystkie apteki związane kontraktem z NHS. Należą do nich: dostarczanie pacjentom leków, wyrobów oraz urządzeń medycznych; ponowne wydawanie leków w systemie recept powtarzanych; gospodarowanie odpadami medycznymi; promocja zdrowego trybu życia; informowanie pacjentów o źródłach dodatkowych usług; wsparcie pacjenta w samoleczeniu; poprawa standardów klinicznych.

W tabeli 1 wymieniono cele poszczególnych usług, natomiast w dalszej części pracy przedstawi-

no ich niektóre aspekty.

Tabela 1. Usługi podstawowe świadczone w Wielkiej Brytanii (na podstawie danych z *Pharmaceutical Services Negotiating Committee, PSNC*)

Nazwa usługi	Efekty i zakres czynności
Dostarczanie pacjentom leków i wyrobów oraz urządzeń medycznych (<i>ang. dispensing of medicines and appliances</i>)	<p>Efekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> zapewnienie pacjentowi otrzymania zamówionych leków i ich właściwego stosowania <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> korzystanie ze standardowych procedur obsługi pacjenta zgodnych z wymogami nadzoru klinicznego udzielanie wszelkich informacji i porad co do bezpiecznego stosowania przepisanych leków, wyrobów lub urządzeń medycznych dostarczanie szerszych informacji o stosowanych lekach, włącznie z opisem możliwych interakcji z innymi lekami i możliwymi działaniami niepożądanymi etykietowanie leków, czyli przygotowanie indywidualnych imiennych etykiet na opakowania produktów leczniczych dla pacjenta
Ponowne wydawanie leków (<i>ang. repeat dispensing</i>)	<p>Efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> umożliwienie pacjentowi kontynuacji terapii bez konieczności wizyty u lekarza zminimalizowanie strat przez zmniejszenie liczby leków i urządzeń – farmaceuta wydaje tylko te, które są niezbędne ograniczenie liczby wizyt u lekarza, szczególnie podstawowej opieki zdrowotnej, służących jedynie powtórnemu wypisaniu recepty <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> farmaceuta zaznacza w systemie komputerowym pozycje potrzebne pacjentowi i zamawia recepty bezpośrednio z przychodni. Istnieje kilka wariantów: automatyczny, w którym system sam „zamawia” receptę z przychodni, a pacjent sam przychodzi do apteki i prosi o przedłużenie recepty, oraz wariant, w którym pacjent otrzymuje komplet sześciu recept od lekarza, dostarcza je do swojej apteki i realizuje w miesięcznych odstępach
Gospodarka odpadami medycznymi (<i>ang. disposal of unwanted medicines</i>)	<p>Efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> zapewnienie społeczeństwu łatwego dostępu do utylizacji leków zmniejszenie liczby zbędnych leków przechowywanych w domach, co automatycznie ograniczy liczbę epizodów zatruc czy przypadków przekazywania leków innym osobom nieuprawnionym do ich posiadania ograniczenie negatywnego wpływu niewłaściwego usuwania leków na środowisko naturalne <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> odbieranie leków z gospodarstw domowych i od poszczególnych osób w celu ich bezpiecznego zutylizowania przyjmowanie do utylizacji

Zdrowie publiczne – promocja zdrowego trybu życia (<i>ang. pharmaceutical public health</i>)	<p>Efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> pomoc w prowadzeniu zdrowego trybu życia dzięki udzielaniu porad zdrowotnych pacjentom realizującym recepty dotarcie do trudno dostępnych grup pacjentów, którzy nie są odbiorcami tradycyjnych akcji promujących zdrowie <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> prowadzenie przez ogólnodostępne apteki kampanii reklamujących usługi za pomocą ulotek, plakatów, zachęcenia pacjentów do udziału w nich przez personel apteczny
Informowanie pacjentów o źródłach dodatkowych usług (<i>ang. signposting</i>)	<p>Efekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> skierowanie do odpowiedniej placówki pacjentów wymagających dodatkowej pomocy, wsparcia, porady lub leczenia – niemożliwych do uzyskania w aptece <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> wskazanie właściwej organizacji lub wystawienie odpowiedniego skierowania apteki o sprecyzowanych usługach przeznaczonych dla pacjentów z rozpoznaniem określonych chorób, np. z zakresu chorób układu sercowo-naczyniowego
Wsparcie w samoleczeniu pacjenta (<i>ang. 26support for self-care</i>)	<p>Efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> zwiększenie dostępu i wyboru leków OTC dla pacjentów stosujących samoleczenie lepsze przygotowanie pacjentów oraz ich opiekunów do sprawowania opieki nad sobą lub podopiecznym minimalizacja strat wynikających z nieefektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> porada dla pacjentów oraz ich opiekunów umożliwiająca samoleczenie krótkotrwałych lub przewlekłych chorób porada z zakresu promocji zdrowia i zachowań prozdrowotnych dla pacjentów oraz ich opiekunów

<p>Poprawa standardów klinicznych (ang. <i>Clinical governance</i>)</p>	<p>Efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwiększenie poziomu bezpieczeństwa w procesie wydawania leków • optymalizacja farmakoterapii pod względem niewłaściwie przepisanych leków oraz przepisywania zbyt dużej liczby jednostkowych opakowań <ul style="list-style-type: none"> • oszczędności wynikające z refundacji <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ogólnodostępna apteka oferująca usługi podstawowe i zaawansowane – ma obowiązek umieszczenia w witrynie apteki informacji o ich finansowaniu przez NHS • obowiązek publikacji wyników corocznej oceny satysfakcji pacjenta ze świadczonych usług • obowiązek zgłaszania do Krajowej Agencji ds. Bezpieczeństwa Pacjentów (ang. National Patients Safety Agency, NPSA) wszelkich incydentów, odnotowanych przez farmaceutę, dotyczących bezpieczeństwa zdrowia pacjenta w trakcie terapii lekowej z uwzględnieniem wszelkich błędów w przepisywaniu leków oraz ordynowanej farmkoterapii; • obowiązek prowadzenia księgi wszelkich działań niepożądanych i incydentów zdrowotnych przez farmaceutę • powinność posiadania przez aptekę standardowych procedur operacyjnych i polityki alarmowej na wypadek wystąpienia niepożądanych incydentów • powinność zapewnienia przez aptekę określonych warunków lokalowych – wyraźne oddzielenie przestrzeni do świadczenia opieki farmaceutycznej
---	---

Dostarczanie pacjentom leków i wyrobów oraz urządzeń medycznych (ang. Dispensing of medicines and appliances) polega na przekazaniu pacjentom leków zgodnie ze wskazaniami na receptce NHS wraz z udzieleniem odpowiedniej informacji, koniecznej do przeprowadzenia bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii, a także zapewnieniu wymaganych prawnie warunków kontroli procesu. Dzięki tej usłudze pacjent potrafi właściwie stosować otrzymane leki i wdrożyć skuteczne leczenie.

Bardzo ważnymi elementami tej usługi podstawowej są: zamawianie leków i urządzeń refundowanych przez NHS oraz dostarczanie ich pacjentom w rozsądnych ramach czasowych; sporządzanie rejestru wszelkich dostaw lekowych; edukacja pacjenta, przekazywanie pacjentowi odpowiednich rad i wskazówek dotyczących utylizacji niewykorzystanych leków czy urządzeń; udzielanie pacjentowi odpowiednich rad i wskazówek dotyczących bezpieczeństwa stosowania leków; udzielenie odpowiedniej porady lub interwencji klinicznej w sytuacji, gdy takie postępowanie jest uzasadnione.

Pacjent otrzymuje pisemną notatkę do każdego leku, który kupuje, oraz zostaje poinformowany, kiedy dany lek będzie gotowy do odbioru. Spis otrzymywanych leków jest każdorazowo umieszczany w dokumentacji medycznej pacjenta (ang. Patient medical record, PMR) [93]. Apteka musi posiadać odpowiednie systemy komputerowe do prowadzenia rejestru przyjmowanych przez pacjenta leków, które w przyszłości mogą być wykorzystane w ramach opieki nad pacjentem. W aptece muszą być również prowadzone odpowiednie rejestry wszelkich udzielonych porad i interwencji, zgodnych z posiadaną przez farmaceutę wiedzą kliniczną.

Ponowne wydawanie leków (ang. Repeat dispensing). Jeśli dalsze przyjmowanie leku jest konieczne, to farmaceuta może systematycznie przedłużać okres wydawania go pacjentowi. Jeżeli farmaceuta jest przekonany, że ponowna wizyta pacjenta u lekarza rodzinnego nie jest konieczna, to może powtórnie wydać lek na podstawie elektronicznej prośby wysłanej przez aptekę do przychodni, w której pracuje lekarz prowadzący. Fakt ten jednak musi zostać odnotowany w systemie komputerowym, a odnośna informacja musi być dostępna dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w czasie rzeczywistym. Apteka ma obowiązek prowadzenia szczegółowego rejestru wydawanych powtórnie recept, wraz z datą i liczbą wydanych leków. Każda wydana ponownie recepta także musi być odnotowana w kartotece danego pacjenta, którego dotyczyła usługa. Farmaceuci świadczący daną usługę muszą odbyć gruntowne szkolenie, dające pewność, że mogą prowadzić usługę ponownego wydawania leków. Personel apteki powinien udzielić pacjentowi wszelkich informacji dotyczących systemu ponownego wydawania leków.

Powtórzone recepty są przechowywane w danej aptece z zachowaniem wszelkich standardów bezpieczeństwa. Apteki ogólnodostępne wydają leki pacjentowi zgodnie z wytycznymi umieszczonymi na receptce. Jeśli na receptce nie podano konkretnego dawkowania, to farmaceuta, zgodnie z posiadaną wiedzą, decyduje o terapii lekowej i informuje o tym lekarza. Powtarzane recepty NHS muszą zostać zrealizowane w ciągu 6 miesięcy od pierwszego wypisania i mogą być ponawiane nie dłużej niż przez rok. Przed każdym ponownym wydaniem leku farmaceuta powinien się upewnić, że u pacjenta nie wystąpiły żadne działania niepożądane w wyniku stosowanej farmakoterapii i że leczenie można kontynuować. Farmaceuta powinien się także upewnić, że leki są przyjmowane we właściwy sposób, a stan zdrowia pacjenta nie pogorszył się od momentu wystawienia pierwszej recepty. Jeśli farmaceuta ma uzasadnione obawy, że dany lek nie powinien być dłużej stosowany ze względu na pogorszenie stanu pacjenta, to może w trybie natychmiastowych skierować pacjenta do lekarza w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących stosowanej farmakoterapii. Apteka ma obowiązek poinformować lekarza wypisującego pierwszą receptę, jeśli zaistnieją jakiegokolwiek epizody o znaczeniu klinicznym.

Gospodarka odpadami medycznymi (ang. disposal of unwanted medicines). Apteki otwarte mają obowiązek przyjmowania niewykorzystanych leków od pacjentów. Jeśli wymaga tego Organizacja Opieki Podstawowej Nadzorująca Dostarczanie Usług Farmaceutycznych w Aptekach Ogólnodostępnych w Wielkiej Brytanii (ang. primary care trust, PCT) lub odbiorca odpadów, to personel apteki musi również odpowiednio posortować zwrócone przez pacjentów produkty lecznicze i wyroby medyczne na substancje stałe, aerozole oraz płyny. Płyny muszą być przechowywane w specjalnych pojemnikach, natomiast leki w postaci aerozoli – składowane oddzielnie od pozostałych odpadów lekowych. Obecnie w Wielkiej Brytanii obowiązuje ustawa o bezpiecznej gospodarce odpadami opublikowana przez Departament Zdrowia w 2001 roku i uaktualniona w 2011 roku. Organizacje opieki podstawowej (ang. primary care organization, PCO) są zobligowane do poczynienia stosownych ustaleń, aby zapewnić aptekom warunki do składowania i usu-

wania leków z apteki.

Apteka pełni zatem funkcję punktu zbiórki niepotrzebnych i niewykorzystanych leków. Leki są przyjmowane z domów starości oraz od pacjentów, którzy przynoszą niepotrzebne leki do apteki. Należy zaznaczyć, że leki nie mogą być przyjmowane z domów opieki, które muszą je utylizować we własnym zakresie. Otrzymane leki muszą być przechowywane i przekazywane w specjalnych pojemnikach dostarczonych przez firmę odbierającą odpady medyczne.

Odpady należy oddzielić od pozostałych leków i składować zgodnie z obowiązującymi wytycznymi aż do momentu przekazania do utylizacji. Odpady produkowane w trakcie pracy apteki powinny być przechowywane w oddzielnych kontenerach. Odpadów różnej kategorii nie wolno mieszać (zgodnie z regulacją dotyczącą odpadów specjalnych z 1996 roku).

Przechowywanie odpadów medycznych, które trafiły do apteki z domów pacjentów, nie może trwać dłużej niż pół roku, a odpady nie mogą zajmować więcej niż 5 m³. Dokumenty dotyczące odbioru odpadów przechowuje się nie krócej niż 3 lata. W aptece powszechnie dostępne muszą być środki ochrony, np. rękawiczki. Pracownicy apteki muszą zapewnić sobie bezpieczeństwo przez stosowanie SOP i znajomość oraz uwzględnianie ryzyka związanego z gospodarką odpadami medycznymi, a także przez spełnianie w pracy wszelkich norm bezpieczeństwa.

Zdrowie publiczne – promocja zdrowego trybu życia (ang. pharmaceutical public health) służy zwiększeniu wiedzy i świadomości na poziomie pacjenta oraz całego społeczeństwa w aspekcie kluczowych elementów zdrowego stylu życia. Corocznie apteki kontraktowane przez NHS mają obowiązek uczestniczyć w co najmniej sześciu kampaniach promujących zdrowie, organizowanych na wniosek lokalnych PCT, a liczba pacjentów, która skorzystała z danego programu, musi zostać odnotowana. Akcje takie wiążą się z promocją i dystrybucją ulotek dostarczanych przez PCT. Dodatkowo apteki są zobowiązane do interwencji, połączonych z wypisywaniem odpowiednich recept aptecznych, w zakresie głównych obszarów zdrowia publicznego, między innymi w promocji rzucania palenia [94-100].

Jednym z elementów tej usługi są wszelkie działania podejmowane przez farmaceutę i personel podczas realizacji recept, takie jak udzielanie dodatkowych porad zdrowotnych dotyczących promocji zdrowego trybu życia. W konsekwencji ma to służyć ograniczeniu czynników sprzyjających rozwojowi choroby w grupach pacjentów przewlekle chorych, np. na cukrzycę, chorobę niedokrwienną serca, czy z nadciśnieniem tętniczym oraz u osób palących i z nadwagą.

Rady i wskazówki są z reguły przekazywane ustnie, lecz mogą być również spisane i uzupełnione materiałami drukowanymi, np. ulotkami. Zapis z porad udzielonych pacjentowi musi być włączony do historii medycznej prowadzonej w aptece, a kontraktorzy apteki powinni dysponować systemem do oceny adekwatności udzielanych porad.

Cały personel apteki jest zobowiązany do aktywnego uczestnictwa i współdziałania w krajowych oraz lokalnych kampaniach dla pacjentów. Kampanie mogą być przedstawiane na monitorach informacyjnych apteki czy w postaci plakatów i innych informacji drukowanych. Lokalne PCO są z kolei zobowiązane do wyboru tematu przewodniego kampanii i dostarczenia aptece niezbęd-

nych materiałów do jej sprawnego przeprowadzenia, np. literatury dla pacjentów.

Informowanie pacjentów o źródłach dodatkowych usług farmaceutycznych (ang. signposting). Pacjenci aptek są kierowani do odpowiednich instytucji, jeśli kompetencje farmaceuty nie wystarczają do udzielenia wymaganego wsparcia. Szczegółowy spis wszystkich organizacji opieki społecznej, zdrowotnej oraz grup wsparcia na danym obszarze dostarczają farmaceutom PCO. Personel apteki przekazuje pacjentom informacje na temat pozostałych specjalistycznych ośrodków, usług socjalnych czy organizacji wspierających, np. grup wsparcia, a farmaceuta może też wystawić pisemne skierowanie do danej instytucji. Jeżeli pracownicy apteki znają pacjenta i jest prowadzona jego dokumentacja medyczna, to informacja o skierowaniu do dodatkowych grup wsparcia może być dołączona do jego akt.

Wsparcie w samoleczeniu pacjenta (ang. support for self-care). Farmaceuci pomagają w leczeniu drobnych dolegliwości, udzielając stosownych porad i sprzedając odpowiednie leki. Realizacja tego zadania wynika ze zwiększenia wiedzy na temat istniejących opcji terapeutycznych. Dokumenty dotyczące tego typu pomocy są przechowywane, jeśli farmaceuta uzna, że w danym przypadku jest to celowe lub konieczne postępowanie [101-106].

Pracownicy apteki, pod nadzorem farmaceuty, przekazują pacjentom i opiekunom chorych informacje dotyczące leczenia drobnych dolegliwości i chorób przewlekłych. Udzielają informacji o właściwym stosowaniu szerokiego zakresu leków dostępnych bez recepty oraz zachęcają do działań prozdrowotnych, tak jak w przypadku usługi promocji zdrowia publicznego, a w razie potrzeby kierują pacjenta do innych instytucji świadczących usługi z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej.

Poprawa standardów klinicznych (ang. clinical governance). W 2011 roku NHS i PSNC ogłosiły nową listę usług farmaceutycznych ustaloną w porozumieniu z Departamentem Zdrowia. Celem była zmiana sposobu finansowania aptek w Wielkiej Brytanii. Ciągłe malejące marże i coraz większe obniżanie kosztów leków oraz zastąpienie leków oryginalnych generycznymi sprawiły, że apteki nie były w stanie utrzymać się na rynku. Jedynie duże sieci mogły kupować leki na tyle tanio, aby móc się utrzymać. Jednym z dodatkowych źródeł dochodu aptek stały się nowe usługi farmaceutyczne. Przedstawiono również zmiany standardów pracy aptek, mające na celu wzmocnienie parametrów klinicznych i rozbudowanie już istniejącego systemu zarządzania.

Wszelkie dane dotyczące bezpieczeństwa pacjenta, działań alarmowych i innych aktywności zwiększających bezpieczeństwo pacjenta powinny być w odpowiednim czasie rozpatrywane przez MHRA, Krajową Agencję ds. Bezpieczeństwa Pacjentów (ang. National Patients Safety Agency, NPSA) oraz Departament Zdrowia.

1.2.2. Usługi zaawansowane

W ramach usług zaawansowanych (ang. advanced services) wprowadzono ich cztery rodzaje finansowane przez NHS: 1) przegląd leków i interwencje lekowe; 2) przegląd stosowanych wyrobów medycznych; 3) dopasowanie urządzeń stomijnych; 4) usługę nowego leku.

Apteki kontraktowane przez NHS, które oferują usługi zaawansowane, muszą spełnić odpowiednie wymogi określone w wytycznych, m.in. specjalne pokoje do konsultacji [107]. W tabeli 2 wymieniono cele poszczególnych usług, natomiast w dalszej części pracy przedstawiono ich niektóre aspekty.

Tabela 2. Usługi zaawansowane świadczone w Wielkiej Brytanii

Nazwa usługi	Efekty i zakres czynności
Przegląd leków (ang. <i>medicine use review</i> , MUR) i interwencje	<p>Efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwiększenie wiedzy pacjenta na temat stosowanej przez niego terapii lekowej • stworzenie przez farmaceutę warunków do rzeczywistego zrozumienia przez pacjenta charakterystyki przyjmowanych leków i praktycznego wykorzystania zdobytej wiedzy • określenie, omówienie i wyeliminowanie zachowań prowadzących do niewłaściwego stosowania farmakoterapii • wskazanie potencjalnych działań niepożądanych stosowanej terapii i możliwych interakcji z pozostałymi stosowanymi lekami • umożliwienie pacjentom bardziej efektywnego stosowania przyjmowanych leków • zwiększenie szansy na poprawę parametrów klinicznych u danego pacjenta • wpłynięcie na wzrost efektywności kosztowej leczenia dzięki zmniejszeniu liczby leków wydawanych na receptę oraz ograniczenie kosztochłonnych powikłań lekowych <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ustalenie sposobu stosowania danego leku oraz doświadczenia pacjenta w jego zażywaniu • identyfikacja, omówienie i pomoc w ustaleniu przyczyny niewielkiej skuteczności leku • doradztwo w zakresie bezpieczeństwa i właściwego przechowywania leku • doradztwo w zakresie bezpiecznej utylizacji niepotrzebnych i niewykorzystywanych już leków

Przegląd wykorzystywanych urządzeń (ang. <i>appliance use review</i> , AUR)	<ul style="list-style-type: none"> • Efekt: • zwiększenie wiedzy pacjenta na temat wyrobów i urządzeń medycznych stosowanych do celów terapeutycznych • Zakres czynności: • ustalenie sposobu stosowania danego wyrobu i urządzenia medycznego oraz doświadczenia pacjenta w jego obsłudze • identyfikacja, omówienie i pomoc w ustaleniu przyczyny niewielkiej lub braku skuteczności wyrobu i urządzenia medycznego • doradztwo w zakresie bezpieczeństwa i właściwego przechowywania wyrobów i urządzeń medycznych • doradztwo w zakresie bezpiecznej utylizacji niepotrzebnego i niewykorzystywanego już wyrobu i urządzenia medycznego
Dopasowanie urządzeń stomijnych (ang. <i>stoma appliance customisation</i> , SAC)	<ul style="list-style-type: none"> • Efekt: • jak najlepsze dopasowanie stomii dla danego pacjenta • zapewnienie wygody i właściwego użytkowania stomii • przedłużenie czasu wykorzystywania stomii i w konsekwencji ograniczenie strat • Zakres czynności: • dokładny pomiar chorego lub wykorzystanie szablonu
Usługa nowego leku (ang. <i>the new medicine service</i> , NMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Efekt: • poprawa przestrzegania zaleceń w terapii lekowej (ogólna poprawa wyników zdrowotnych) • poprawa stopnia zaangażowania pacjenta w stosowaną terapię i poprawę stanu własnego zdrowia (dzięki wspieraniu go w decyzjach dotyczących leczenia i samoleczenia) • Zakres czynności: • zmniejszenie strat lekowych • zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala z powodu działań niepożądanych farmakoterapii • zwiększenie bezpieczeństwa farmakoterapii dzięki raportowaniu większej liczby działań niepożądanych

Przegląd leków (ang. *medicine use review*, MUR) i interwencje lekowe jest to usługa wykonywana przez akredytowanych farmaceutów, którzy przeprowadzają wywiad z pacjentami ze zidentyfikowaną polipragmatą przez dłuższy czas. Kryterium włączenia do skorzystania z usługi MUR jest przyjmowanie przynajmniej trzech leków przez co najmniej 3 miesiące. Wyróżnia się dwa typy usługi MUR – coroczny przegląd leków oraz MUR interwencyjny, przeprowadzany w momencie identyfikacji problemów lekowych u danego pacjenta. Dzięki MUR uzyskuje się pełen obraz farmakoterapii stosowanej przez pacjenta – zarówno w odniesieniu do leków dostępnych na receptę, jak i OTC. Pacjent może szerzej zrozumieć aspekty stosowanej terapii, a jeśli pojawią się kwestie zdrowotne do rozwiązania, to wypełniony formularz MUR trafia do lekarza rodzinnego prowadzącego danego pacjenta.

Jeżeli to możliwe, usługa powinna być świadczona w ciągu 2 dni od wstępnego ustalenia z pacjentem. Farmaceuta oferujący usługę musi uzyskać pisemną zgodę pacjenta przed jej wykonaniem. Raport z przeprowadzonej usługi musi zawierać datę wywiadu, nazwisko osoby świadczącej

usługę, nazwisko i adres pacjenta oraz adres miejsca, w którym usługa była świadczona, dane każdej dodatkowej osoby obecnej podczas świadczenia usługi oraz jej powiązanie z pacjentem, powód przeprowadzenia usługi, opis wszelkich wykonanych czynności. Pacjent musi zostać poinformowany, że sporządzony raport zostanie udostępniony PCT i lekarzowi prowadzącemu. Zapis wywiadu MUR musi być przechowywany w archiwum apteki przez 12 miesięcy lub dłużej, jeśli wymaga tego lokalny oddział PCT.

Liczba świadczonych miesięcznie usług MUR powinna być zgłaszana każdego miesiąca w celu uzyskania refundacji, a dopuszczalna liczba usług rocznie nie może przekraczać 400.

Przegląd wykorzystywanych urządzeń (ang. appliance use review, AUR) jest to druga zaawansowana usługa farmaceutyczna, świadczona przez farmaceutów (lub specjalnie przeszkolone pielęgniarki). Dotyczy urządzeń oraz wyrobów medycznych, takich jak: cewniki (w tym akcesoria dodatkowe), urządzenia do laryngektomii lub tracheostomii, system do irygacji odbytu, pompa próżniowa lub pierścien na zaburzenia erekcji, a także wyroby stosowane do drenażu rany. Aby realizować usługę AUR, apteka musi spełniać następujące wymagania: poinformować lokalny Oddział Usług Biznesowych NHS (ang. NHS Business Services Authority) o chęci świadczenia usługi oraz określić, gdzie będzie ona realizowana (dom pacjenta, apteka), a także dostarczyć do lokalnego oddziału PCT wybrane informacje dotyczące osoby przeprowadzającej usługę (imię i nazwisko, dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje). Apteka musi również wprowadzić system zarządzania klinicznego oraz SOP.

Jeśli usługa AUR jest świadczona w aptece, to niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego, odosobnionego miejsca do jej przeprowadzenia, z dala od pozostałych pacjentów przebywających w ogólnie dostępnej części apteki. Takie pomieszczenie musi być zaprojektowane do prowadzenia konsultacji z pacjentem, tak aby wszystkie osoby uczestniczące w realizowaniu usługi miały możliwość prywatnej rozmowy. W pomieszczeniu tym musi być wystarczająco dużo miejsca, by pacjent mógł zaprezentować sposób użytkowania danego urządzenia. Z uwagi na specyficzny charakter usługi niekiedy demonstracja sposobu korzystania ze sprzętu wymaga pomieszczenia umożliwiającego zachowanie większej dyskrecji niż w przypadku usługi MUR.

Liczba przeprowadzanych miesięcznie usług AUR powinna być zgłaszana każdego miesiąca, a dopuszczalna liczba usług rocznie nie może przekraczać 135.

Dopasowanie urządzeń stomijnych (ang. stoma appliance customisation, SAC) jest to trzeci typ usługi zaawansowanej, kontraktowanej przez NHS, skierowanej do osób ze stomią. Jest to bardzo ważna usługa polegająca na indywidualnym dopasowaniu stomii, dzięki czemu poprawia się komfort używania urządzenia stomijnego oraz jego trwałość.

Jeżeli w momencie realizacji recepty na urządzenie stomijne dana apteka nie jest w stanie zrealizować usługi SAC (ponieważ przekracza to standardowy zakres działalności farmaceutycznej), to farmaceuta, po uzyskaniu zgody pacjenta, kieruje go do innej apteki. Jeśli pacjent nie wyraża na to zgody, to farmaceuta musi podać mu dane kontaktowe do co najmniej dwu aptek lub pro-

ducenta danego urządzenia. Jeśli dana apteka nie jest w posiadaniu takich danych, dostarcza je lokalny PCT.

Nie ma konieczności uzyskania akceptacji czy akredytacji PCT przed wdrożeniem usługi SAC. Aby świadczyć tę usługę, apteka musi dysponować pomieszczeniem zapewniającym najwyższe normy prywatności i wyposażonym w odpowiedni sprzęt. Apteka musi zatrudniać odpowiednio przeszkolony personel z wymaganymi kwalifikacjami (wiedza dotycząca rodzaju stosowanych urządzeń, sposobu dopasowania, montażu, higieny itp.).

Każda usługa dopasowania urządzenia stomijnego musi być podsumowana w raporcie pisemnym, obejmującym: szczegóły udzielonych porad, rodzaj urządzenia stomijnego, wymiary wykorzystane do modyfikacji urządzenia i wymiary pacjenta. Dokumentacja z przeprowadzonej usługi musi być przechowywana w aptece przez 12 miesięcy (lub dłużej, jeśli takie są ustalenia lokalnych PCT). Kopia dokumentacji musi być dostarczona pacjentowi oraz, na jego życzenie, innym przedstawicielom opieki medycznej. Jeśli apteka chce zrezygnować ze świadczenia usługi, to musi o tym poinformować organizacje finansujące, z minimum 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia.

Usługa nowego leku (ang. the new medicine service, NMS) została włączona do grupy usług zaawansowanych w 2011 roku. Jest to usługa testowa, kierowana do określonych grup pacjentów przyjmujących określone typy leków, mająca na celu zapewnienie wsparcia osobom chorym przewlekle, którym przepisano leki wcześniej niestosowane. Celem takiego działania jest zwiększenie prawidłowości przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem lekarza. Roczna wysokość nakładów wyniosła 55 milionów funtów (w latach 2011/2012 i 2012/2013). NHS zdecydowało o utrzymaniu usługi, gdyż przyniosła ona założone efekty opieki farmaceutycznej.

1.2.3. Usługi rozszerzone

Usługi rozszerzone (ang. enhanced services) jest to typ usług zlecany i w dużej mierze przygotowywany przez lokalne komitety zdrowia. Specyfikację poszczególnych działań świadczonych w ramach rozszerzonych usług farmaceutycznych opracowywano na podstawie doświadczeń lokalnych samorządów aptekarskich. Aktualne wymagania dotyczące świadczenia rozszerzonych usług farmaceutycznych przez konkretną aptekę są zawarte w dokumencie The Pharmaceutical Services (Advanced and Enhanced Services) (Wales) Directions 2005 [108].

Wdrożenie rozszerzonych usług farmaceutycznych było niezwykle istotnym krokiem w rozwoju opieki farmaceutycznej, przynoszącym liczne korzyści dla lokalnego społeczeństwa, ponieważ w ramach przygotowywania i wdrażania owych usług podjęto działania zapewniające dostępność usług farmaceutycznych, na które występowało rzeczywiste zapotrzebowanie na danym obszarze. Świadczenie poszczególnych usług rozszerzonych ustalano w sposób stosunkowo elastyczny, odzwierciedlający lokalne potrzeby pacjentów. Co więcej, istnieje możliwość rozwoju i modyfikacji świadczonych usług rozszerzonych, jeśli zaistnieje taka potrzeba. Wytyczne dotyczące świadcze-

nia analizowanych usług farmaceutycznych opracowano przy współpracy NHS, PSNC oraz Departamentu Zdrowia.

Obecnie rozszerzone usługi farmaceutyczne obejmują: podaż nadzorowaną, wymianę igieł i strzykawek, zapewnienie dostępności leków specjalistycznych na żądanie (w medycynie paliatywnej), opiekę domową (pomoc w dostarczaniu, przyjmowaniu i przechowywaniu leków oraz w wykorzystaniu specjalistycznych urządzeń medycznych), ocenę farmakoterapii i wspieranie pacjentów w przyjmowaniu leków zgodnie z zaleceniami, przegląd leków (pełny przegląd kliniczny), doradztwo w zakresie drobnych dolegliwości, usługę „po godzinach” (farmaceuta dostępny po godzinach pracy apteki), wtórne przepisywanie leków przez farmaceutę (dzięki specjalistycznemu szkoleniu farmaceuta może przepisać lek, gdy lekarz jest niedostępny), antykoncepcję awaryjną, sezonowe szczepienia na grype, stosowanie leku w danej grupie pacjentów zgodnie z wytycznymi, badania w kierunku zakażenia Chlamydia i odpowiednie leczenie (apteki współpracują z lokalnymi laboratoriami, a farmaceuci mogą przepisać antybiotyki) oraz kontrolę stanu zdrowia.

W tabeli 3 wymieniono cele wybranych usług rozszerzonych, natomiast w dalszej części pracy przedstawiono ich niektóre aspekty.

Tabela 3. Usługi rozszerzone świadczone w Wielkiej Brytanii

Nazwa usługi	Efekty i zakres czynności
<p>Podaż nadzorowana – przyjmowanie lub przepisywanie leków (<i>ang. consumption of prescribed medicines</i>)</p>	<p>Efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie odpowiedniej adherence – zgodności stosowanej terapii z ustalonym planem leczenia • ograniczenie czynników ryzyka związanych z farmakoterapią w danej społeczności, takich jak przedawkowanie lub zbyt małe dawkowanie leków, przekazanie leków na rynek nielegalnych narkotyków, niepożądana ekspozycja na leki <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wydawanie leków w ściśle ustalonych ratach • dbanie o prawidłowe przyjmowanie każdej dawki leku przez pacjenta • umożliwienie pacjentom korzystającym z danej usługi systematycznego kontaktu z pracownikami służby zdrowia oraz zapewnienie im pomocy w dostępie do specjalistycznej porady lub pomocy medycznej

<p>Pomoc w rzucaniu palenia (<i>ang. stop smoking</i>)</p>	<p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przeprowadzenie testu z tlenkiem węgla w celu motywacyjnym • przedstawienie wpływu palenia na biernych palaczy • przedstawienie korzyści płynących z rzucenia palenia • opisanie cech zespołu odstawienia tytoniu i najczęstszych przeszkód w skutecznym rzuceniu nałogu • przedstawienie skutecznych opcji leczniczych • opisanie typowego programu walki z nałogiem tytoniowym: jego celów, przewidywanego czasu trwania, przebiegu oraz korzyści, które może przynieść • ustalenie wiążącej daty rzucenia nałogu • zastosowanie odpowiednich terapii behawioralnych w celu wsparcia osoby walczącej z nałogiem
<p>Opieka nad domami starości (<i>ang. care home services – support and advice on storage, supply and administration of drugs and appliances</i>)</p>	<p>Efekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie właściwych warunków przechowywania leków i urządzeń oraz właściwej podaży leków • Zakres czynności: • przeprowadzenie wstępnej oceny stosowania leków w danym domu opieki pod kątem klinicznym i ekonomicznym • przeprowadzenie oceny systemu zarządzania lekiem • wydanie odpowiednich wytycznych dla konkretnego domu opieki • upewnienie się, że w danym domu opieki istnieje odpowiedni system właściwego zamawiania, przechowywania, podaży i usuwania leków i urządzeń oraz dokumentowania uprzednio wymienionych działań, a także odpowiedni system umożliwiający sprawne przekazywanie informacji medycznej o danym pacjencie, gdy jest on kierowany do innego ośrodka opieki • odbywanie wizyt kontrolnych w domu opieki (przynajmniej co 6 miesięcy) • prowadzenie szkoleń (przynajmniej raz w roku) zwiększających wiedzę i edukacja pracowników domu opieki w zakresie zamawiania, przechowywania, zarządzania, utylizacji i sporządzania rejestru posiadanych leków

<p>Udzielanie porad w przypadku drobnych dolegliwości (<i>ang. minor ailment services</i>)</p>	<p>Efekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwiększenie możliwości wyboru produktu leczniczego bez recepty przez pacjentów podczas leczenia mniej „poważnych” chorób • promocja samoleczenia z pomocą apteki, włącznie z dostępem do niezbędnych leków i wyrobów medycznych, a w konsekwencji odciążenie pozostałych elementów służby zdrowia, przede wszystkim lekarzy rodzinnych <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doradzanie pacjentom cierpiącym na następujące dolegliwości: bóle kręgosłupa, naciągnięcia, skręcenia, przeziębienie, zapalenie spojówek, zaparcie, kaszel, biegunkę, hemoroidy, ból ucha, katar sienny, wszawicę, ból głowy i podwyższona temperatura, nadkwasotę i niestrawność, ukąszenia komarów i innych insektów, łagodny wyprysk atopowy i zapalenie skóry, infekcje grzybicze skóry o niewielkim nasileniu, owrzodzenia jamy ustnej, ból gardła, pieluszkowe zapalenie skóry, ząbkowanie, owsiki, pleśniawki • promocja usługi przez lokalne gabinety lekarskie lub innych dostawców usług medycznych • dostarczanie pacjentom odpowiednich leków i sprzętów medycznych finansowanych przez NHS
<p>Interwencja w przypadku nadużywania alkoholu (<i>ang. alcohol brief interventions service</i>)</p>	<p>Efekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie szkodliwości spożywania alkoholu <p>Zakres czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • krótka interwencja pomocnicza uświadamiająca pacjentowi szkodliwość spożywania alkoholu • skierowanie do ośrodków udzielających pomocy w przypadku problemu alkoholowego (<i>ang. signposting</i>) • przepisywanie leków pacjentom uzależnionym od określonych substancji

Podaż nadzorowana – przyjmowanie lub przepisywanie leków (*ang. consumption of prescribed medicines*) ma na celu przede wszystkim kontrolowaną podaż leków z określonych grup. Do leków, które powinny być przyjmowane w obecności pracownika służby zdrowia, należą metadon oraz inne leki stosowane w leczeniu uzależnień od opiatów, jak również leki stosowane w leczeniu chorób o podłożu psychicznym i gruźlicy. Farmaceuta nadzoruje przyjmowanie przepisanych leków przez pacjenta w miejscu ich wydawania (aptece), co gwarantuje ich właściwe przyjęcie, w odpowiedniej dawce, przez osobę, dla której były przeznaczone. Apteki są zobowiązane do świadczenia tej usługi w sposób jak najbardziej przyjazny pacjentowi, co wyklucza przyjmowanie przez farmaceutę oceniającej i krytycznej postawy względem pacjenta. Apteki świadczące usługę mają obowiązek zapewnić pacjentom wsparcie, włącznie z kierowaniem ich do ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej lub, w razie potrzeby, do odpowiednich ośrodków specjalistycznych. Ponadto leki powinny zostać wydane na okres, w którym apteka jest zamknięta. Warunki współpracy przy realizacji tej usługi zostają ustalone pomiędzy osobą przepisującą leki, farmaceutą a pacjentem (tzw. umowa trójstronna). Dotyczy to sposobu świadczenia usługi oraz

dopuszczalnych działań i zachowań pacjenta oraz działań farmaceuty i lekarza prowadzącego w przypadku niewypełnienia warunków porozumienia przez pacjenta. Możliwe jest również zawarcie umowy pomiędzy czterema stronami, z uwzględnieniem specjalistycznego centrum medycznego. Jako instytucja nadzorująca jakość oferowanych usług PCO ma obowiązek sprawdzić, czy farmaceuta oraz pracujący w aptece personel ma odpowiednie kwalifikacje i wiedzę do świadczenia usługi, czy został zapoznany z obowiązującymi lokalnie protokołami odnośnie jej świadczenia oraz – jeśli jest to konieczne – czy personel apteki przebył odpowiednie przeszkolenie. Wydzielona część apteki, przeznaczona do świadczenia usługi, powinna zapewniać wysoki poziom prywatności, bezpieczeństwa oraz spełniać lokalnie ustalone kryteria. Apteka musi dostarczyć pacjentowi konkretny lek w odpowiednim, przeznaczonym do tego celu, w pojemniku oraz zapewnić wystarczającą porcję wody do jego przyjęcia. Apteka jest również zobowiązana do przechowywania dokumentacji odnośnie zrealizowanych usług. Lokalne PCO są zobowiązane do zapewnienia przynajmniej jednego spotkania rocznie w celu odpowiedniej promocji danej usługi oraz poprawy i uaktualnienia wiedzy świadczącego ją personelu. Ponadto PCO musi zapewnić aptece informacje o odpowiednich ośrodkach, do których mogą być skierowani pacjenci wymagający dodatkowej pomocy. Farmaceuci świadczący daną usługę powinni w razie konieczności dzielić się uzyskanymi informacjami z innymi przedstawicielami zawodów medycznych, uwzględniając jednak wszelkie lokalne uzgodnienia i obowiązujące zasady poufności. W obowiązujących wytycznych zaleca się, aby każda farmakoterapia uzależnienia od opiatów podlegała nadzorowi przez pierwsze 3 miesiące lub okres uznany za wystarczający w przypadku danego pacjenta [109]. Wdrożenie kontrolowanej podaży leków w znacznym stopniu redukuje prawdopodobieństwo ryzykownych oraz chaotycznych zachowań pacjenta i zwiększa szansę zarówno powodzenia terapii, jak i jej bezpieczeństwa. Należy zaznaczyć, że ze względu na wysokie wskaźniki śmiertelności spowodowanej przedawkowaniem heroiny i innych opiatów oferowana usługa farmaceutyczna ma szczególnie istotne znaczenie [110, 111]. Niezwykle korzystnym rozwiązaniem jest również kontrolowana terapia lekowa w grupie pacjentów z chorobami psychicznymi, u których istnieje wysokie ryzyko niewłaściwych i niebezpiecznych zachowań podczas terapii farmakologicznej. Regularny kontakt chorego z farmaceutą czy pozostałym personelem apteki pomaga również ograniczyć poczucie społecznego wyobcowania, często dotykającego pacjentów z chorobą psychiczną. Co więcej, farmaceuci i pozostali personel apteki, świadczący usługę kontrolowanej podaży, są odpowiednio przygotowani do wykrycia pierwszych objawów pogorszenia się stanu psychicznego, dzięki czemu personel medyczny prowadzący terapię danego pacjenta jest odpowiednio szybko powiadomiony o konieczności udzielenia pomocy. Kolejną grupą osób objętych usługą nadzorowanej podaży leków są chorzy na gruźlicę. Choroba ta staje się istotnym problemem w Wielkiej Brytanii, zwłaszcza w pewnych kręgach społeczno-ekonomicznych (np. osoby bezdomne). Skuteczność terapii przeciwgruźliczej zależy od restrykcyjnego przestrzegania zaleceń. Takie postępowanie obniża również ryzyko wystąpienia oporności na My-

cobacterium tuberculosis. W celu poprawy wyników leczenia gruźlicy wdrożono schemat terapii polegający bezpośrednio na obserwacji (ang. directly observed therapy schemes, DOTS) [112].

Pomoc w rzucaniu palenia (ang. stop smoking) jest to usługa, która ma zwiększyć świadomość społeczeństwa i poprawić dostęp do profesjonalnej pomocy w rzucaniu nałogu. Program jest kierowany szczególnie do problematycznych grup społecznych, np. palących matek i młodych osób. Wdrożenie omawianej usługi skutkuje realnym wzrostem liczby skutecznych prób rzucania nałogu [113–121].

Apteka powinna zapewnić specjalistyczne wsparcie i porady odbiorcom usługi, a jeśli zajdzie taka potrzeba, kierować ich do pozostałych ośrodków specjalistycznej pomocy medycznej oraz zagwarantować dostęp do odpowiednich leków i innych środków pomocnych w rzucaniu palenia. Apteka oferująca pacjentom pomoc w rzucaniu palenia musi zapewnić odpowiednią prywatność, natomiast PCO podpisujący kontrakt z apteką musi zapewnić wykonywanie usługi przez osoby z odpowiednią wiedzą i przeszkolenych w sposób niezbędny do właściwego świadczenia pomocy. Dostęp do omawianej usługi regulują lokalne ustalenia zgodnie z lokalnymi potrzebami.

Apteka musi potwierdzić, że u danego pacjenta istnieją wskazania do udostępnienia omawianej usługi rozszerzonej, zgodnie z lokalnymi wytycznymi. Wstępna ocena danego pacjenta przed rozpoczęciem usługi powinna się opierać na ocenie gotowości do podjęcia próby rzucenia nałogu i ocenie chęci do korzystania z dodatkowych metod terapeutycznych. Sposób oferowania pacjentowi pomocy w rzucaniu palenia oraz prowadzenia omawianej usługi jest zgodny z wytycznymi NHS. W skrócie świadczenie usługi obejmuje 3 etapy: 1) zapytanie pacjenta, czy pali papierosy; 2) jeśli tak – doradzenie, aby podjął próbę zerwania z nałogiem; 3) jeśli pacjent jest zdecydowany na porzucenie nałogu, zaproponowanie mu pomocy zgodnie z wytycznymi usługi „pomoc w rzucaniu palenia”. Jeśli pacjent rezygnuje z oferowanej pomocy, to należy zaproponować alternatywną drogę rzucenia palenia.

Końcowym krokiem jest uzyskanie porozumienia co do przebiegu terapii, wsparcia z udziałem farmaceuty i upewnienie się, że pacjent rozumie zasady udzielanej mu pomocy i ustalenia dotyczące monitorowania efektów terapii [122–126]. Jeśli farmaceuta uzna takie postępowanie za celowe, to może przekazać pacjentowi leki pomocne w rzucaniu palenia i poinformować go o zasadach ich przyjmowania. W przypadku świadczenia danej usługi farmaceuta może się wspomóc bezpośrednim dostarczaniem leków pacjentowi czy też usługą przepisywania leków przez farmaceutę. Wszelkie dostarczone pacjentowi leki muszą zostać dokładnie zarejestrowane w jego dokumentacji medycznej. W uzasadnionym przypadku celowość stosowania leków powinna zostać omówiona z lekarzem prowadzącym pacjenta. Celem kolejnych konsultacji jest ocena postępów w rzucaniu palenia. Spotkania te powinny być uprzednio ustalone z pacjentem i obejmować cykliczne przeprowadzanie testu z zastosowaniem tlenu węgla. Podczas tych spotkań pacjent powinien również otrzymać dalsze wskazówki i wsparcie w porzuceniu nałogu. Ocena po 4 tygodniach od rozpoczęcia terapii powinna się opierać na samoocenie pacjenta w zakresie rzucenia nałogu oraz przeprowadzeniu testu z tlenkiem węgla. Pacjenci, którym nie udało się przekonać

do uczestniczenia w programie, oraz ci, którym nie udało się go ukończyć z sukcesem, powinni otrzymać odpowiednią literaturę promującą zachowania prozdrowotne jako alternatywny sposób zerwania z nałogiem.

Wytyczne dotyczące skutecznego rzucenia nałogu znajdują się w standardach opracowanych przez Departament Zdrowia. Wszelkie interwencje z wykorzystaniem opisywanej usługi powinny zostać odnotowane w aktach apteki. Wszelkie sprzęty i materiały niezbędne do prowadzenia opisywanej usługi (monitory stężenia tlenu węgla, jednorazowe ustniki) musi bezpłatnie dostarczyć lokalne PCO. Ponoszą one również odpowiedzialność za promocję danej usługi w regionie (m.in. druk materiałów promocyjnych na użytek danej apteki), a także muszą dostarczyć do aptek listę punktów referencyjnych świadczących określone usługi medyczne, do których pacjenci mogą być kierowani w razie potrzeby.

W przypadku braku świadczenia omawianej usługi w danej aptece farmaceuta powinien przekazać pacjentowi kartę z wykazem ośrodków zajmujących się świadczeniem pomocy w rzucaniu palenia.

Opieka nad domami starości (ang. care home services – support and advice on storage, supply and administration of drugs and appliances) jest to usługa, która obejmuje pomoc dotyczącą przechowywania, dostarczania i dozowania leków/stosowania urządzeń medycznych u pacjenta w domu opieki. Apteka oraz wydelegowany farmaceuta po specjalnym przeszkoleniu zapewniają porady i wsparcie zarówno personelowi, jak i pacjentom domów opieki, uzupełniające podstawową usługę apteczną, którą stanowi wydawanie leków.

Wiedza dotycząca problemów lekowych w domach opieki jest niewielka [127–130]. Ustalono, że ponad 30% pacjentów domów opieki jest narażonych na błędy medyczne, najczęściej podczas przygotowywania i podaży leków. Z tego względu niezwykle istotną kwestią jest wprowadzenie kompleksowej opieki nad tymi pacjentami, włącznie ze szkoleniami personelu, prowadzonymi przez wykwalifikowanego farmaceutę.

W ramach rozszerzonych usług farmaceuta po odpowiednim szkoleniu przejmuje opiekę, w zakresie swoich kompetencji zawodowych, nad domami spokojnej starości. Farmaceuta zapewnia optymalny schemat farmakoterapii, właściwy dla danej choroby, wieku pacjenta i działania określonych leków, co zwiększa bezpieczeństwo terapii pacjentów w tych instytucjach [131]. Dom opieki musi wyrazić zgodę na prowadzenie danej usługi przez aptekę. Ośrodek opieki, który podpisuje kontrakt z apteką, ma obowiązek się upewnić, że usługę świadczą wykwalifikowani farmaceuci i personel pomocniczy. Farmaceuta oferujący omawianą usługę musi być pewny, że zna wszelkie problemy i wydarzenia związane z farmakoterapią, które miały miejsce w domu opieki korzystającym z danej usługi. Interwencje i porady udzielone tam przez farmaceutę w trakcie każdej wizyty powinny być odnotowywane, a wgląd do nich musi być możliwy przed każdą kolejną wizytą.

Udzielanie porad dotyczących drobnych dolegliwości (ang. minor ailment services). Apteka

jest idealnym miejscem, w którym można oddziaływać na społeczeństwo, gdyż trafiają do niej nie tylko chorzy, lecz także względnie zdrowe osoby. Każdego roku NHS ponosi coraz wyższe koszty związane ze sprawowaniem opieki medycznej nad pacjentem. Coraz większa częstość występowania otyłości i związanych z nią chorób cywilizacyjnych powoduje zwiększenia kosztów ponoszonych przez NHS. Usługa pomocy w zakresie drobnych dolegliwości pozwoliła zaoszczędzić znaczną część środków finansowych rządu w odniesieniu do usług, które musiałyby być alternatywnie świadczone przez NHS [132, 133].

W ramach świadczenia usługi dana apteka jest zobowiązana do pomocy i doradzania pacjentowi w zakresie mniej poważnych chorób, a także wydania odpowiedniego leku wraz ze wskazówkami dotyczącymi jego właściwego stosowania, dzięki czemu chory nie musi się zgłaszać do lekarza rodzinnego po receptę. Omawiana usługa obejmuje również pomoc farmaceuty w jak najlepszym dobraniu leków dostępnych bez recepty. Świadczenie usługi wymaga opracowania systemu sprawnej selekcji pacjentów na tych, którym pomocy można udzielić w aptece, oraz tych, którzy muszą zostać skierowani do innego ośrodka medycznego lub socjalnego.

Apteka jest zobowiązana do posiadania odpowiedniego miejsca dającego poczucie prywatności i bezpieczeństwa w trakcie udzielanej porady, a PCO musi zapewnić odpowiednio przeszkolonych farmaceutów z wiedzą pozwalającą na realizację usługi. W tym celu stosuje się właściwe formularze zaakceptowane przez lokalne ośrodki decyzyjne. Organizacje opieki podstawowej identyfikują grupy osób zakwalifikowanych do leczenia z pomocą farmaceuty na następujących zasadach: dostęp lokalny – każdy pacjent zarejestrowany u lekarza rodzinnego w obszarze podlegającym pod konkretny ośrodek PCO jest kwalifikowany do świadczenia usługi; dostęp za pomocą talonu – zasady przyznawania tzw. vouchera są ustalane lokalnie; dostęp przez skierowanie – pacjent zyskuje prawo do usługi dzięki skierowaniu od innego pracownika opieki medycznej. Apteka jest zobowiązana do przechowywania wszelkich danych dotyczących pacjenta łącznie z informacją o stosowanych lekach, a także jest wyposażona w system umożliwiający skontrolowanie, czy danej osobie przysługuje prawo do omawianej usługi albo zniżki na leki. Lokalne PCO ponoszą odpowiedzialność za promocję omawianej usługi w aptekach, z dostarczaniem materiałów promocyjnych dla pacjentów włącznie. Pożądanym rozwiązaniem, praktykowanym przez część PCO, jest dostarczanie do aptek materiałów wspomagających samoleczenie drobniejszych dolegliwości. Ponadto PCO muszą dostarczyć aptekom listę ośrodków referencyjnych świadczących usługi medyczne. Personel apteki powinien przekazywać pacjentom ulotki dotyczące leczenia poszczególnych chorób i upowszechniać świadczoną usługę.

Interwencja w przypadku nadużywania alkoholu (ang. alcohol brief interventions service). W celu zapewnienia pacjentom najbardziej kompleksowej i łatwo dostępnej pomocy postanowiono wprowadzić uzupełniające konsultacje z odpowiednim przedstawicielem opieki medycznej. Do usługi farmaceutycznej kwalifikują się pacjenci uzależnieni, lecz pozostający w stanie stabilnym [134–136]. Usługa farmaceutyczna polegająca na pomocy osobom uzależnionym jest niezbędna, gdyż istnieje

jąca w Wielkiej Brytanii zapotrzebowanie na omawiane usługi znacznie przekracza możliwości ich realizacji przez przychodnie lekarskie. Farmaceuci posiadający uprawnienia do przepisywania leków oraz odpowiednią wiedzę są grupą zawodową, której potencjał powinien być lepiej wykorzystany w terapii osób uzależnionych. Aby zapewnić sprawne funkcjonowanie wszystkich ogniw opisywanej usługi, PCO może przeprowadzić dodatkowe szkolenia z wytycznych do jej realizacji. Jednym z celów tej usługi jest uzyskanie aprobaty lekarzy co do współpracy.

1.2.4. Prywatne usługi farmaceutyczne

W Wielkiej Brytanii dostępne są również tzw. prywatne usługi farmaceutyczne (ang. private services), za które pacjent musi uiścić opłatę ustaloną przez aptekę lub sieć apteczną, której przyznano zezwolenie na wprowadzenie takiej usługi [137].

Do usług prywatnych należą między innymi: napełnianie w systemie indywidualnego pakowania leków, automaty do wydawania leków, profilaktyka malarii, testy na *Helicobacter pylori* oraz wiele innych, które otrzymują certyfikaty komitetu klinicznego, w którego skład wchodzi lekarze i farmaceuci.

Gdy apteka bądź sieć aptek ma pomysł na nową usługę i chce ją wprowadzić oraz pobierać opłatę od pacjenta, musi zostać złożony wniosek do wspomnianej wyżej komisji. Jeśli sieć aptek bądź apteka wykaże zarówno zapotrzebowanie na taką usługę lokalnie, jak i bardzo dobre standardy jej prowadzenia, to, mając na względzie dobro pacjenta, komisja może wydać zezwolenie na jej wykonywanie w aptekach za odpłatnością ponoszoną przez pacjenta.

1.3. USŁUGI OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE

1.3.1. Usługi farmaceutyczne w Polsce

Obecnie w polskiej aptece opieka farmaceutyczna jest realizowana przede wszystkim na podstawie wytycznych ustawy o izbach aptekarskich oraz ustawy Prawo farmaceutyczne, z których wynika zakres obowiązków farmaceuty pracującego w aptece otwartej, jak również zakres usług realizowanych w aptekach ogólnodostępnych oraz szpitalnych. Obejmują one m.in.: realizację recept wypisywanych przez lekarzy z zachowaniem prawidłowości wydawania leków (ze szczególną starannością powinny być wydawane leki odurzające i psychotropowe); przygotowywanie leków recepturowych; wydawanie pacjentom leków z kategorii OTC; systematyczne podnoszenie posiadanych kwalifikacji niezbędne do pełnienia zawodu farmaceuty; przekazywanie działań niepożądanych terapii farmakologicznej do URPL; szeroko pojętą organizację pracy w aptece i sprawnego funkcjonowania placówki (dotyczy kierownika apteki) [61, 138].

Głównym obowiązkiem polskiego farmaceuty jest wydawanie leków dostępnych z przepisu lekarza. Jak wynika z ustawy Prawo farmaceutyczne, apteka jest jedynym miejscem sprzedaży większości produktów leczniczych w Polsce. Wyjątek stanowią tzw. punkty apteczne zlokalizowane

zowane w rejonach o niskim stopniu rozwoju gospodarczego, na terenach wiejskich. Ponieważ jednak w placówce takiej nie ma obowiązku zatrudniania farmaceuty, nie mogą być w niej wydawane preparaty, których przyjmowanie wiąże się ze szczególnym ryzykiem (np. leki psychotropowe, środki odurzające, preparaty do żywienia pozajelitowego) ani nie może być sprawowana opieka farmaceutyczna.

Realizacja recepty w polskiej aptece ma już obecnie (co prawda niewielkie) znamiona opieki farmaceutycznej. Polski farmaceuta, realizując receptę, musi – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 18 października 2002 roku w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych [139, 140] – skontrolować, czy lekarz wystawił receptę poprawnie pod względami merytorycznym i formalnym oraz wydać leki zgodnie z zaleceniem lekarza. Nie jest to jednak w żaden sposób zdefiniowane, ani określone standardową procedurą operacyjną. Polski farmaceuta realizuje również częściowo obowiązki wynikające z wytycznych opieki farmaceutycznej podczas sprzedaży leków z kategorii OTC. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych wydawanie pacjentowi leku dostępnego bez recepty wymaga od farmaceuty zaoferowania pacjentowi wszelkiej możliwej pomocy w procesie diagnozowania, dokładnej weryfikacji postawionej przez pacjenta diagnozy, skonsultowania doboru produktu leczniczego poczynionego przez pacjenta, wyjaśnienia jego ewentualnych wątpliwości, pomocy w doborze możliwie najlepszego preparatu leczniczego spośród wszystkich dostępnych na rynku (z uwzględnieniem w pierwszej kolejności bezpieczeństwa terapii), a także jej skuteczności i kosztów, szczegółowego przedstawienia pacjentowi wszelkich informacji odnośnie przygotowania leku i jego dawkowania, a także podkreślenia konieczności odbycia wizyty u lekarza w przypadku braku skuteczności stosowanego leczenia po określonym czasie.

Polski farmaceuta ma również obowiązek zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu działanie niepożądane produktu leczniczego, co reguluje ustawa o izbach aptekarskich [141].

Funkcjonujące w Polsce reguły prawne jednoznacznie wskazują, że każda nowa procedura musi być efektywna kosztowo, aby mogła być finansowana z funduszy publicznych [142]. Warunkiem zakwalifikowania opieki farmaceutycznej jako świadczenia refundowanego jest wpisanie usług farmaceutycznych na listę świadczeń gwarantowanych, następnie udowodnienie efektywności klinicznej tej usługi (co może być wykonane na podstawie dokonania pogłębionego przeglądu literaturowego) oraz efektywności pod względem kosztów (dla przykładowego modelu). Obecnie (od sierpnia 2015 r.) zespół przy Ministrze Zdrowia stara się zmienić tę sytuację i pracuje nad opracowaniem modelu refundowanej opieki farmaceutycznej.

Nowym obowiązkiem farmaceuty w świetle ustaleń europejskich jest też systematyczne pogłębianie posiadanej wiedzy poprzez udział w szkoleniach podyplomowych. Mają one na celu usystematyzowanie i rozszerzenie wiedzy oraz jej ukierunkowanie na sprawowanie opieki nad pacjentem. Ustawiczne szkolenie jest obowiązkiem farmaceutów aktywnie praktykujących – czy to w aptece, czy w hurtowniach farmaceutycznych. Kierunki, które powinny znaleźć się w progra-

mie tego typu szkoleń podyplomowych, to: podstawy wiedzy o zdrowiu publicznym; zagadnienia z farmacji klinicznej; zagadnienia z farmakologii stosowanej; zagadnienia z patologii (propedeutyki nauk medycznych); wiedza z zakresu zarządzania apteką; podstawy socjologii oraz komunikacji interpersonalnej; nauka regulacji dotyczących sprawowania zawodu farmaceuty; wiedza z zakresu organizacji opieki farmaceutycznej; zagadnienia związane z prawem farmaceutycznym oraz ochroną danych osobowych; podstawy farmakoekonomiki i polityki lekowej.

1.3.1.1. Przeszkody we wprowadzaniu opieki farmaceutycznej

W Polsce nie istnieje formalny, określony za pomocą odpowiednich aktów prawnych, model opieki farmaceutycznej. Mimo wdrożenia podstawowych rozwiązań prawnych odnośnie opieki farmaceutycznej jej rzeczywiste wprowadzenie w polskich aptekach jest niemożliwe z powodu braku praktycznych rozwiązań administracyjnych oraz organizacyjnych. Nie istnieje organ, który koordynowałby działania związane ze świadczeniem usługi opieki farmaceutycznej. Zapis o opiece farmaceutycznej w ustawie o izbach aptekarskich oraz w ustawie prawo farmaceutyczne jako usługi farmaceutycznej spowodował dowolną interpretację idei opieki farmaceutycznej, a także nadużycia.

Obserwowany w krajach Unii Europejskiej rosnący popyt na leki dostępne bez recepty i coraz częściej podejmowane przez pacjentów próby samoleczenia i diagnozowania chorób z wykorzystaniem Internetu wiążą się ze wzrostem zagrożeń dla zdrowia i występowaniem licznych problemów lekowych [143–162].

Farmaceuta jest najbardziej dostępnym przedstawicielem zawodów medycznych dla pacjenta, dlatego to on powinien czuwać nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Wydaje się, że problem ten zaczyna być dostrzegany również przez polski rząd. W dokumencie „Polityka lekowa państwa na lata 2004–2008” wskazano, że farmaceuci, świadcząc usługi farmaceutyczne w aptekach, powinni pełnić rolę doradców odnośnie farmakoterapii, a także profesjonalistów w zakresie wiedzy o lekach [146]. Jak już wcześniej raportowano, największym problemem w sytuacji polskiego środowiska farmaceutycznego jest brak jasnej i wyraźnie określonej definicji opieki farmaceutycznej. Wszelkie pojawiające się opisy mają charakter charakterystyk pośrednich. Przykład może tu stanowić ustawa prawo farmaceutyczne, w której wskazuje się m.in. na konieczność informowania pacjenta o produktach leczniczych i wyrobach medycznych. Konieczne jest przygotowanie kompleksowej nowelizacji ustaw, dzięki której opieka farmaceutyczna zostanie wprowadzona na mocy rozszerzenia świadczonych usług farmaceutycznych. Tylko wdrożenie odpowiednich rozwiązań prawnych, pociągających za sobą ułatwienia we wdrażaniu określonych procedur (np. postępowanie z wrażliwymi danymi pacjenta, reorganizacja czasu pracy), umożliwi świadczenie opieki farmaceutycznej w polskich aptekach. Jest to obecnie optymalne rozwiązanie w celu zmniejszenia liczby błędów lekowych i obniżenia kosztów ponoszonych przez państwo na leczenie obywateli. Wskazują na to doświadczenia innych krajów [147–151].

Próby wprowadzenia opieki farmaceutycznej trwają już wiele lat, ale tempo jej wdrażania jest

wysoce niezadowolające [67, 163, 164]. Wiąże się to nie tylko z przeszkodami prawnymi i organizacyjnymi, lecz także z niewłaściwym stosunkiem polskiego pacjenta do farmaceuty.

Ogromnym problemem jest również nieistniejący w polskich aptekach proces dokumentowania opieki nad pacjentem [150, 165, 166]. Proces ten jest koniecznością i jednym z podstawowych elementów opieki farmaceutycznej. Farmaceuta musi posiadać wiedzę na temat stanu zdrowia pacjenta – obecnie i w przeszłości. Tymczasem tego typu informacje należą do tzw. danych osobowych wrażliwych i podlegają szczególnej ochronie prawnej. Do tego typu informacji zalicza się m.in. dane dotyczące pochodzenia rasowego lub etnicznego, stanu zdrowia, życia seksualnego, kodu genetycznego czy nałogów. Przetwarzanie tych danych jest możliwe tylko na zasadach określonych w przepisach ustawy o ochronie danych osobowych. Natomiast brak odpowiednich regulacji sprawia, że opieka farmaceutyczna nie kwalifikuje się do działań, w ramach których możliwe byłoby zbieranie i gromadzenie danych osobowych pacjentów. Obecnie opracowanie odpowiedniej bazy danych pacjentów apteki wymagałoby uzyskania indywidualnej, pisemnej zgody każdego z nich oraz zgłoszenia tego faktu do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych i zarejestrowania posiadanego zbioru danych. Podkreślenia wymaga fakt, że tego typu zbiór danych osobowych musi być zarejestrowany niezależnie od liczby pacjentów, którymi opiekuje się dana apteka, czyli nawet w przypadku świadczenia usług wyłącznie jednej osobie [167].

Poważną przeszkodą w upowszechnianiu usług farmaceutycznych w polskich aptekach jest również negatywny stosunek do takich zmian znacznej części środowiska farmaceutycznego. Wynika to z faktu, że wdrożenie opieki farmaceutycznej do polskich aptek musi być poprzedzone długim etapem szkoleń teoretycznych i praktycznych, a także wiąże się z przebudową aptek (w celu zapewnienia osobnego pomieszczenia do kontaktu z pacjentem – tzw. pokoju konsultacyjnego) oraz prawie całkowitą zmianą organizacji pracy apteki i farmaceuty. Personel apteki – zarówno fachowy (farmaceuci), jak i pomocniczy (technicy farmaceutyczni) – musi zostać dobrze przygotowany do pełnienia opieki farmaceutycznej. Należy podkreślić, że mogą ją prowadzić tylko magistrowie farmacji, osoby z wyższym wykształceniem farmaceutycznym [168, 169]. Personel pomocniczy musi przejąć część dotychczasowych obowiązków farmaceuty związanych z realizacją recept i wydawaniem leków, dzięki czemu farmaceuta zyska odpowiednią ilość czasu na opiekę nad pacjentem [170]. W znacznej części aptek wdrożenie systemu usług farmaceutycznych jest praktycznie niemożliwe z powodu ograniczeń lokalowych i struktury personelu (przewaga techników farmaceutycznych bez uprawnień do sprawowania opieki) czy niedoborów kadrowych.

Polscy farmaceuci obawiają się również kierunku, w jakim zmierzać będzie współpraca ze środowiskiem lekarskim oraz zarzutów o podważanie kompetencji lekarza [171, 172]. Brakuje regulacji prawnych precyzujących uprawnienia zawodowe farmaceuty oraz szczegółowy zakres odpowiedzialności zawodowej i obowiązków w ramach sprawowania opieki farmaceutycznej. Farmaceuta nie ma więc wiedzy prawnej o tym, jakie działania może podjąć, aby nie przekroczyć swoich kompetencji, a takie rozwiązanie, precyzujące zakres obowiązków i uprawnień farmaceuty, jest niezbędne do podjęcia właściwej i opartej na partnerskich relacjach kooperacji z lekarzem. Jasne doprecyzowanie obowiązków leżących po stronie przedstawiciela każdego z tych dwóch zawo-

dów jest podstawą harmonijnej współpracy [151, 152, 173-176]. Tego typu rozwiązanie funkcjonuje już w aptekach w wielu krajach Europy i świata, w których zadania poszczególnych zespołów medyczno-lekarsko-farmaceutycznych są dokładnie określone w odniesieniu do konkretnej jednostki chorobowej [177-180].

Brak odpowiednich regulacji dotyczących wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce skutkuje brakiem porozumienia w zakresie podziału odpowiedzialności i ról pełnionych przez poszczególne zawody w monitorowaniu farmakoterapii. Działania zmierzające do ustalenia i dokładnego sprecyzowania zasad wzajemnej współpracy powinny regulować przynajmniej takie kwestie, jak: informowanie lekarza prowadzącego o kupionych przez pacjenta lekach OTC; sytuacje, gdy farmaceuta kieruje do lekarza pacjenta, który zakupił leki OTC; odróżnienie sytuacji, w których farmaceuta kontaktuje się z lekarzem w sprawie danego pacjenta, od sytuacji, w których kieruje pacjenta do lekarza; uwzględnienie współpracy farmaceuty z lekarzem stomatologiem.

Kolejną istotną przeszkodą we wprowadzeniu usług farmaceutycznych na rynku polskim jest brak regulacji i systemów związanych z przyznawaniem poszczególnym aptekom odpowiednich akredytacji i certyfikatów. Uniemożliwia to zapewnienie pacjentom opieki na najwyższym możliwym poziomie, świadczonej przez odpowiednio wykwalifikowanych farmaceutów, gdyż kryteria świadczenia tej pomocy są obecnie niejasne. Nie wiadomo, co jest reklamą, a co usługą w ramach opieki farmaceutycznej. Zgodnie z art. 2a ustawy o izbach aptekarskich [181] jest to całościowo dokumentowany proces, w którym farmaceuta obejmuje nadzór i opiekę nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii u danego pacjenta w celu uzyskania określonych efektów poprawiających jakość jego życia, przy aktywnej współpracy z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby – z przedstawicielami innych zawodów medycznych. W polskiej aptece wprowadzenie jakichkolwiek dodatkowych czynności jest możliwe tylko i wyłącznie wtedy, gdy pozostają one w ramach przywołanej definicji opieki farmaceutycznej.

Natomiast opieka farmaceutyczna wykracza daleko poza te ramy. Zgodnie z art. 2a ustawy o izbach aptekarskich [181] jest to całościowo dokumentowany proces, w którym farmaceuta obejmuje nadzór i opiekę nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii u danego pacjenta w celu uzyskania określonych efektów poprawiających jakość życia chorego, przy aktywnej współpracy z nim i lekarzem, a w razie potrzeby – z przedstawicielami innych zawodów medycznych. W polskiej aptece wprowadzenie jakichkolwiek dodatkowych czynności jest możliwe tylko i wyłącznie wtedy, gdy pozostają one w ramach przywołanej definicji opieki farmaceutycznej.

Z przytoczonych argumentów jasno wynika, że praktyczne i powszechne wdrożenie opieki farmaceutycznej do polskich aptek będzie długim procesem, którego powodzenie wymaga podjęcia radykalnych i klarownych rozwiązań natury prawnej, administracyjnej i organizacyjnej. Należy podkreślić, że z powodu braku kompleksowych rozwiązań odnośnie sprawowania opieki farmaceutycznej w polskich aptekach za podstawowe zadania farmaceuty uznaje się zachęcenie pacjenta do skorzystania z programu lojalnościowego, a nie realizację usług opieki farmaceutycznej.

1.3.2. Regulacje prawne opieki farmaceutycznej w Polsce

Do najważniejszych dokumentów poruszających kwestię opieki farmaceutycznej należy zaliczyć:

- ustawę z 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich [141],
- ustawę z 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne [182],
- ustawę z 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych [183].

W tabeli 4 przedstawiono zestawienie zapisów o aptekach i usługach farmaceutycznych według ustawy o izbach aptekarskich i ustawy prawo farmaceutyczne.

Tabela 4.

Ustawa o izbach aptekarskich, art. 2a	Ustawa Prawo farmaceutyczne, art. 86
<p>1. Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sporządzaniu i wytwarzaniu produktów leczniczych 2) ocenie jakości leków recepturowych, leków aptecznych i leków gotowych 3) wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki <i>in vitro</i>, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki <i>in vitro</i> oraz aktywnych wyrobów medycznych do implantacji w rozumieniu przepisów ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107, poz. 679, z późn. zm.), będących przedmiotem obrotu w aptekach, działach farmacji szpitalnej i hurtowniach farmaceutycznych 4) sporządzaniu leków recepturowych i leków aptecznych w aptekach 5) sprawowaniu nadzoru nad wytwarzaniem, obrotem, przechowywaniem, wykorzystaniem i utylizacją produktów leczniczych i wyrobów, o których mowa w pkt. 3, w tym rezerwami państwowymi 6) udzielaniu informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów, o których mowa w pkt. 3, będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych 7) sprawowaniu opieki farmaceutycznej 	<p>2. Nazwa apteka zastrzeżona jest wyłącznie dla miejsca świadczenia usług farmaceutycznych obejmujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach 2) sporządzanie leków recepturowych, w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej „wydać natychmiast” – w ciągu 4 godzin 3) sporządzenie leków aptecznych 4) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych <p>3. W odniesieniu do aptek szpitalnych usługą farmaceutyczną jest również:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego 2) sporządzanie leków do żywienia dojelitowego 3) przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych 4) wytwarzanie płynów infuzyjnych 5) organizowanie zaopatrzenia szpitala o produkty lecznicze i wyroby medyczne 6) przygotowywanie roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej 7) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków 8) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala 9) udział w racjonalizacji farmakoterapii 10) współuczestniczenie w <i>prowadzeniu</i>

Ustawa o izbach aptekarskich, art. 2a	Ustawa Prawo farmaceutyczne, art. 86
<p>polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających, jakość życia pacjenta</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) kierowaniu apteką, punktem aptecznym, działem farmacji szpitalnej lub hurtownią farmaceutyczną 9) współuczestniczeniu w sprawowaniu nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi, w szczególności w zakładach opieki zdrowotnej 10) współudziale w badaniach klinicznych prowadzonych w szpitalu 11) współudziale w badaniach nad lekiem 12) przygotowywaniu roztworów do hemodializy i dializy otrzewnowej <p>2. Wykonywanie zawodu farmaceuty obejmuje także prowadzenie: działalności dydaktycznej w uczelniach medycznych, badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie farmacji</p>	<p>gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w <i>szpitalu</i></p>

Ponadto podstawy prawne, z którymi należy się zapoznać przed podjęciem decyzji o realizacji opieki farmaceutycznej w danej aptece, to przede wszystkim:

- ustawa z 29 sierpnia 1997 roku. o ochronie danych osobowych [167],
- ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [184],
- rozporządzenie ministra zdrowia z 25 czerwca 2003 roku w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych [185],
- ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [186],
- ustawa z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego [187],
- ustawa z 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [188],
- ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa [189],
- ustawa z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [190].

Pierwszym realnym krokiem inicjującym polską opiekę farmaceutyczną było powołanie przez Naczelną Izbę Aptekarską i Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne wspólnego zespołu ds. opieki farmaceutycznej. Fakt ten miał miejsce podczas XIX Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa

Farmaceutycznego w 2004 roku we Wrocławiu. Efektem wspólnych prac było opublikowanie w 2007 roku jednego z najistotniejszych dokumentów dla popularyzacji i wdrażania opieki farmaceutycznej do polskich aptek: „Strategii wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce do codziennej praktyki aptecznej” [191]. Dokument cieszył się największym rozgłosem wśród opracowań traktujących o opiece farmaceutycznej. Niestety wkrótce po publikacji tego dokumentu prace zespołu zawieszono.

Ustalona strategia wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce uwzględniała rzeczywiste i aktualne możliwości polskich farmaceutów, a także rosnący potencjał aptek ogólnodostępnych (tab. 5). Równocześnie z przygotowaniem strategii prowadzono szkolenia i warsztaty praktyczne, które umożliwiały zweryfikowanie ustalonych zapisów na tle rzeczywistych możliwości rynku. Korzystano również z doświadczeń innych krajów, które zaadaptowały uznane standardy wydane przez FIP. Prace nad przygotowaniem strategii wdrażania opieki farmaceutycznej w polskich aptekach trwały 2 lata i zostały przyjęte przez aklamację na posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej w 2007 roku.

Tabela 5.

Główne cele „Strategii wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce do codziennej praktyki aptecznej”
Aktywne i indywidualne zaangażowanie się każdego farmaceuty w proces jak najbardziej racjonalnego stosowania produktów leczniczych przez pacjentów na drodze wdrożenia dobrej praktyki wydawania leków i zaangażowania w problemy zdrowotne każdego pacjenta
Wprowadzenie zarówno na potrzeby społeczeństwa, jak i organów administracyjnych znormalizowanego i uniwersalnego modelu aktywności zawodowej farmaceutów. Ze względu na znacznie zróżnicowany potencjał wdrożeniowy aptek strategia została opracowana tak, aby możliwe było świadczenie opieki farmaceutycznej na różnych poziomach uczestnictwa
Powołanie zespołu zrzeszającego specjalistów z różnych dziedzin, którego zadaniem byłaby kontrola prawidłowej i terminowej realizacji zasad opieki farmaceutycznej, postulowanych przez WHO i inne międzynarodowe organizacje opieki zdrowotnej
Ciągła i systematyczna aktualizacja prowadzonej w aptekach opieki farmaceutycznej, opierająca się również na umożliwieniu farmaceutom dostępu do istotnych zasobów medycznych (Internet, medyczne bazy danych) oraz praktycznego wykorzystywania zdobytych informacji w udzielaniu pacjentom pomocy

Ustalono, że we wdrażaniu opieki farmaceutycznej zarówno do polskiego ustawodawstwa, jak i aptek, wiodącą rolę odgrywają Naczelna Rada Aptekarska, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne oraz okręgowe izby aptekarskie. Naczelna Rada Aptekarska i Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne miały odgrywać rolę lidera pełniącego nadzór zarówno nad realizacją poszczególnych etapów sprawowania opieki, jak i nad zapewnieniem stałego rozwoju zawodowego polskich farmaceutów. Te organy miały także powołać odrębny zespół ekspertów, którego zadaniem byłaby kompleksowa koordynacja procesu wdrażania opieki farmaceutycznej do polskich aptek przez pierwsze kilka lat. Zakładano, że wdrażanie tego rozwiązania w Polsce będzie się odbywać w systemie dwu-

etapowym. Oprócz zadań związanych z praktycznym wdrażaniem idei opieki farmaceutycznej do polskich aptek grupa ekspercka miała również odpowiadać za propagowanie i popularyzację zasad opieki farmaceutycznej. We wdrażaniu planu tej opieki w Polsce miały również odgrywać rolę okręgowe izby aptekarskie, które są z założenia instytucjami pośredniczącymi w kontaktach i integracji środowisk farmaceutycznych. Izby aptekarskie miały koordynować działania wdrożeniowe na podległych im terytoriach lokalnych.

Jak wynika z przedstawionych wyżej założeń, strategia wdrażania opieki farmaceutycznej z 2007 roku była dobrze przygotowana i dopasowana do realiów polskiego rynku farmaceutycznego, co jednak nie zmienia faktu, że do dziś jej właściwie nie zaimplementowano do praktyki aptecznej. Funkcjonująca obecnie w aktach prawnych definicja opieki farmaceutycznej jest efektem kompromisu oraz wspólnego stanowiska naukowego i samorządowego polskiej farmacji. Dzięki współpracy Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Naczelnej Rady Aptekarskiej w opisywanej już ustawie o izbach aptekarskich pojawiło się pojęcie opieki farmaceutycznej – usługi realizowanej wyłącznie przez farmaceutów.

Zasadnicze zadania farmaceuty w myśl definicji o opiece farmaceutycznej są to:

- rozpoznawanie rzeczywistych lub mogących wystąpić problemów lekowych,
- rozwiązywanie istniejących u pacjenta problemów lekowych,
- dbanie o to, aby potencjalne problemy lekowe nie przekształciły się w problemy rzeczywiste u danego pacjenta.

Według Naczelnej Izby Aptekarskiej pod pojęciem opieki farmaceutycznej należy z kolei rozumieć wszechstronny proces, który wymaga nawiązania dobrych relacji z pacjentem i lekarzem prowadzącym oraz ich późniejszego podtrzymywania. Do niezbędnych elementów opieki farmaceutycznej należą:

- zbieranie i przechowywanie danych pacjenta oraz ich odpowiednie wykorzystanie dzięki posiadanej przez farmaceutów wiedzy merytorycznej,
- podejmowanie określonych decyzji klinicznych,
- prowadzenie rzetelnej dokumentacji każdego pacjenta,
- ciągłe samodoskonalenie zawodowe farmaceutów,
- systematyczność farmaceuty i konsekwencja w działaniu,
- samodyscyplina farmaceuty oraz dobra organizacja pracy.

Tymczasem w formie nadrzędnej opieka farmaceutyczna powinna być realizowana przede wszystkim za pomocą usług farmaceutycznych, czego nie ujęto w zapisach Naczelnej Izby Aptekarskiej. Stosunek Naczelnej Izby Aptekarskiej do opieki farmaceutycznej i jej starania o wdrożenie owego pojęcia zarówno do prawodawstwa polskiego, jak i praktyki aptecznej dobrze odzwierciedla korespondencja z 5 lutego 2008 roku między Prezesem Naczelnej Izby Aptekarskiej – dr. Grzegorzem Kucharewiczem – a Podsekretarzem Stanu Ministerstwa Zdrowia. Pismo to było prośbą o umieszczenie jednolitej definicji opieki farmaceutycznej w polskim ustawodawstwie jako niezbędnego kroku w celu wdrożenia tej usługi w praktyce, dla dobra całego społeczeństwa. W liście tym środowisko farmaceutyczne punktuje swoje stanowisko następująco: opieka farmaceutyczna

jest jednym z podstawowych przejawów wykonywania zawodu farmaceuty; nowelizacja ustawy nie sprawi, że opieka farmaceutyczna stanie się obligatoryjnym zadaniem każdej apteki ogólnodostępnej; ustawowa i jednolita definicja opieki farmaceutycznej jest koniecznością przede wszystkim ze względu na błędne i często niewłaściwe używanie owego pojęcia do opisu czynności niekwalifikujących się do opisywanego pojęcia, dlatego koniecznością jest zdefiniowanie pojęcia usługi farmaceutycznej i wdrożenie w praktyce tych usług, które pozwolą na praktyczną realizację idei opieki farmaceutycznej w Polsce; ustawowe zakotwiczenie opieki farmaceutycznej w polskim prawie ma wielką wagę dla licznych środowisk zawodowych, w tym naukowych w Polsce; prawo do realizacji opieki farmaceutycznej przysługuje jedynie odpowiednio wykwalifikowanym farmaceutom, natomiast możliwość jej realizacji nie jest równoznaczna z narzucaniem obowiązku jej wykonywania wszystkim aptekom; wprowadzenie zasad do sprawowania opieki farmaceutycznej umożliwi podjęcie prawidłowej, scharakteryzowanej współpracy farmaceutów ze środowiskiem lekarskim i pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych – lekarz czuwa nad aspektami klinicznymi terapii, a farmaceuta nad farmakologicznymi; wdrożenie opieki farmaceutycznej umożliwi poprawę prawidłowości stosowanej w Polsce farmakoterapii (ponad 50% Polaków nieprawidłowo stosuje przepisane leki), zwiększy skuteczność prowadzonych terapii lekowych oraz obniży koszty hospitalizacji i zmniejszy marnotrawstwo leków; dzięki wdrożeniu opieki farmaceutycznej nastąpi również odciążenie środowisk lekarskich dzięki przejęciu przez farmaceutów zadań związanych z farmakoterapią, postępowaniem żywieniowym i aktywnością fizyczną. Jak wynika z powyższego dokumentu, Naczelna Izba Aptekarska podjęła działania w celu ujednoczenia i wprowadzenia pojęcia opieki farmaceutycznej do polskiego prawa i polskich aptek. Niestety ze względu na to, że istnieje wiele barier prawnych i rozwiązań systemowych, opisywane pojęcie istnieje de facto jedynie „na papierze”. Starania organizacji zawodowych doprowadziły do powszechnego wdrożenia zagadnień dotyczących opieki farmaceutycznej do programów szkolenia wyższego i podyplomowego, co jest niewątpliwym sukcesem. Tym niemniej wspomniany już uprzednio niedobór ekspertów w zakresie opisywanego tematu wpływa negatywnie na poziom i jakość kształcenia.

Należy zauważyć, że podejmowane przez Naczelną Izbę Aptekarską próby wdrożenia opieki farmaceutycznej do polskich aptek bywają wykorzystywane do usprawiedliwiania działań niemających związku z opieką farmaceutyczną. Przykładem mogą być działania marketingowe i reklamowe poszczególnych aptek prowadzone pod szyldem opieki farmaceutycznej. Apteki ogólnodostępne, hurtownie farmaceutyczne, a nawet producenci leków, wykorzystując hasło opieki farmaceutycznej i wprowadzenie jej do przepisów ustawy refundacyjnej, reklamują swoje usługi za pomocą różnego typu haseł reklamowych. Innymi słowy, opieka farmaceutyczna zaczęła być remedium na zakaz reklamowania aptek. Wynika to z braku prawidłowej definicji opieki farmaceutycznej, która skutkowałaby koniecznością wprowadzenia akredytacji i walidacji usług przez odpowiednie organy. Niezbędne jest poczynienie wszelkich starań, aby idea opieki farmaceutycznej była realizowana prawidłowo, z zachowaniem podstawowej zasady, że służy dobru pacjenta, nie zaś uzyskaniu dodatkowego dochodu.

Naczelna Izba Aptekarska, zajmując się podstawami wdrażania i popularyzacji opieki farmaceutycznej w Polsce w 2007 roku, stawiała sobie za cel realizację następujących założeń [192]:

- dalszy rozwój programów studiów farmaceutycznych w aspekcie sprawowania opieki farmaceutycznej i ujednoczenie programu szkoleń z zakresu omawianego zagadnienia,
- kierowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia argumentów dotyczących korzyści zdrowotnych i finansowych wynikających z wdrożenia opieki farmaceutycznej do polskich aptek, takich jak:
 - poprawa skuteczności terapii farmakologicznej,
 - obniżenie kosztów farmakoterapii,
 - ograniczenie strat lekowych,
 - eliminacja/ograniczenie błędów lekowych,
 - poprawa zdrowia publicznego,
 - ograniczenie liczby hospitalizacji,
- starania na rzecz prawnego uregulowania działań związanych ze sprawowaniem opieki farmaceutycznej,
- działania promujące ideę opieki farmaceutycznej – zarówno w środowisku aptekarskim oraz lekarskim, jak i w całym społeczeństwie,
- wdrożenie systemu akredytacji i oceny aptek sprawujących opiekę farmaceutyczną nad pacjentem,
- prowadzenie działań organizacyjnych w kierunku sprawnego wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce,
- popularyzacja i prowadzenie opieki farmaceutycznej zgodnie z zasadami farmacji opartej na dowodach,
- opracowanie odpowiedniej tematyki i zakresu szkoleń ciągłych z zakresu opieki farmaceutycznej oraz ich praktyczne wdrożenie,
- podtrzymywanie aktywnego współdziałania z ośrodkami z zagranicy zaangażowanymi w działania na rzecz opieki farmaceutycznej, takimi jak: EuroPharmForum czy Europejska Sieć Opieki Farmaceutycznej,
- popularyzacja uzyskanych dotychczas wyników wdrażania opieki farmaceutycznej i prowadzonych projektów jako podstaw do zmian w ustawodawstwie polskim i uzyskania finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia za jej świadczenie.

Naczelna Izba Aptekarska zwraca szczególną uwagę na konieczność intensywnej pracy nad zapewnieniem dobrej jakości opieki farmaceutycznej, która będzie w przyszłości świadczona. Niezbędne jest wdrożenie systemu certyfikacji opartego na konieczności odbycia szkoleń dotyczących wybranej tematyki i uznaniu zdobytych kwalifikacji. Planuje się, aby wyłącznie farmaceuta, który ukończył tego typu szkolenie, otrzymywał odpowiedni certyfikat i był upoważniony do sprawowania opieki farmaceutycznej. Rozwiązanie to umożliwi zachowanie odpowiednich standardów w opiece nad pacjentem w aptece otwartej. Opracowanie ostatecznych kryteriów otrzymania certyfikacji będzie najprawdopodobniej w gestii ekspertów z Polskiego Towarzystwa

Farmaceutycznego i Naczelnej Izby Aptekarskiej, tworzących komisję certyfikującą.

Apteka funkcjonująca w Polsce podlega licznym regulacjom i rozporządzeniom, ustawowo określającym jej zadania, asortyment produktów, wytyczne odnośnie personelu czy lokalu. Polska apteka, oprócz wewnętrznych rozporządzeń krajowych, podlega również prawodawstwu Unii Europejskiej. Należy jednak zaznaczyć, że przepisy europejskie odnoszą się raczej do ogólnych zasad funkcjonowania apteki i nie regulują bardziej szczegółowych kwestii [193].

W Polsce pod określeniem „apteka” rozumie się placówkę ochrony zdrowia publicznego, co jest ważne w odniesieniu do opieki farmaceutycznej. Należy więc zaznaczyć, że zgodnie z polskim ustawodawstwem głównym zadaniem apteki jest dbałość o zachowanie zdrowia publicznego, a apteka staje się niejako placówką pożytku społecznego. Opisywane pojęcie apteki ewoluowało prawnie przez wiele lat. Przytoczyć należy choćby już nieobowiązującą ustawę o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej z 10 października 1991 roku [194]. Nie pojawia się w niej definicja słowa „apteka”. Zadania opisywanej placówki są określane w sposób zupełnie odmienny od obecnego. W myśl tej ustawy apteka stanowiła w pierwszej kolejności punkt zaopatrywania społeczeństwa w leki i materiały medyczne, przez co pełniła de facto rolę punktu handlowego. W zadaniach apteki i farmaceuty uwzględniono, co prawda, informowanie pacjentów o lekach, współuczestnictwo w poprawie parametrów racjonalnej farmakoterapii czy działalność oświatową, lecz nie była to główna aktywność farmaceuty.

Samo pojęcie „opieka farmaceutyczna” po raz pierwszy w polskim ustawodawstwie pojawiło się w nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich z 2003 roku, której art. 2a ust. 1 pkt 7 stanowił, że „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta”. Definicja ta nie zmieniła się.

Ewidentnym brakiem jest natomiast luka w ustawodawstwie polskim w odniesieniu do zakresu sprawowania opieki farmaceutycznej. Apteka otwarta, będąca placówką służby zdrowia, musi funkcjonować zgodnie z ustalonym zakresem obowiązków i wytycznych. Jest to kwestia, która powinna zostać rozwiązana przy współdziałaniu ministra zdrowia.

W obowiązującej ustawie Prawo farmaceutyczne w art. 86 uznano apteki za miejsca świadczenia usług farmaceutycznych i – podobnie jak w ustawie o izbach aptekarskich – zdefiniowano pojęcie tych usług. Należy jednak zaznaczyć, że wśród usług farmaceutycznych nie wymieniono opieki farmaceutycznej.

Zapisy odnoszące się do świadczonych w aptekach otwartych i szpitalnych usług farmaceutycznych są analogiczne w obu przytoczonych ustawach (tabela 4). Podstawową różnicą jest zapis o sprawowaniu opieki farmaceutycznej w ustawie o izbach aptekarskich. Rozbieżności te muszą zostać wyeliminowane, tak aby zapisy obu ustaw odnoszące się do opieki farmaceutycznej świad-

czonej w aptece miały spójną treść.

Koniecznością jest wprowadzenie do ustawy Prawo farmaceutyczne odpowiednich zapisów kwalifikujących opiekę farmaceutyczną jako zespół usług farmaceutycznych, zdefiniowany i opisany jak w niniejszej pracy. Trzeba zaznaczyć, że w przygotowanie takiej poprawki powinny być zaangażowane środowiska farmaceutyczne, izby aptekarskie i jednostki akademickie. Nauczanie opieki farmaceutycznej, już teraz będące integralną częścią programu kształcenia, musi być dalej prowadzone zgodnie z obowiązującym prawodawstwem i realnymi możliwościami jej sprawowania. Konieczny jest udział środowisk naukowych, odpowiedzialnych za dydaktykę na wydziałach farmaceutycznych.

Podkreślenia wymaga fakt, że trwają prace nad projektem zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, co ma na celu poprawę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz zapewnienie koordynowanej opieki nad pacjentem przez wprowadzenie opieki farmaceutycznej. Farmaceuta, jako osoba fachowa i bezpośrednio uczestnicząca w zaopatrywaniu pacjentów w leki, ma im pomóc w dokonaniu właściwego doboru leków i suplementów diety, jak również udzielić wyczerpującej informacji na temat sposobu ich przyjmowania, przechowywania oraz możliwości zamiany leku przepisanego na receptę na inny. Zadaniem farmaceutów byłoby także zapewnienie pacjentom łatwego dostępu do fachowej wiedzy, porad z zakresu zdrowego stylu życia oraz wczesnego wykrywania objawów najczęściej występujących chorób społecznych.

W celu wprowadzenia do powszechnie obowiązujących przepisów regulacji umożliwiającej świadczenie opieki farmaceutycznej w aptekach ogólnodostępnych, aptekach szpitalnych oraz działach farmacji szpitalnej proponuje się rozszerzenie definicji świadczeniodawcy, zawartej w art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, również o apteki, które prowadziłyby zarówno opiekę farmaceutyczną, jak i rozszerzenie katalogu świadczeń gwarantowanych, zawartego w art. 15 ww. ustawy.

Organizacja udzielania świadczeń w aptece ma zostać zaplanowana tak jak w podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. świadczeniobiorca będzie mógł swobodnie dokonywać wyboru świadczeniodawcy spośród wszystkich aptek ogólnodostępnych w kraju, które zawarły odpowiednią umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wybór świadczeniobiorcy będzie potwierdzany przez złożenie oświadczenia woli, zwanego „deklaracją wyboru”. Informacje zawarte w deklaracji wyboru mają być analogiczne do deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Jako że podmiotem zawierającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia ma być podmiot prowadzący aptekę, to on będzie ponosił odpowiedzialność za prawidłowe sprawowanie opieki farmaceutycznej i przestrzeganie innych przepisów prawa związanych z udzielaniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych, m.in. będzie odpowiadał za działania podejmowane przez zatrudnionych przez niego farmaceutów, w tym za kwalifikację pacjentów do opieki farmaceutycznej, sprawdzanie, czy pacjent jest osobą uprawnioną do uzyskania świadczenia, prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej oraz rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Co istotne, na podstawie zawartej umowy apteka będzie również zobowiązana do gromadzenia i przekazywania Narodowemu Funduszowi Zdrowia danych dotyczących udzielonych świadczeń zdrowotnych na podstawie już obowiązującego art. 188 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie proponuje się wprowadzenie zmian do ustawy Prawo farmaceutyczne, dzięki którym opieka farmaceutyczna będzie mogła być także świadczona jako usługa komercyjna poza systemem finansowanym ze środków publicznych.

Projektowana zmiana, mająca na celu wprowadzenie opieki farmaceutycznej, zasługuje na aprobatę, ponieważ – poprzez rozszerzenie uprawnień o świadczenie opieki farmaceutycznej – nie tylko spowoduje zwiększenie roli farmaceutów i ich znaczenia w systemie opieki zdrowotnej, ale również zapewni przestrzeń dającą im realną szansę na realizowanie tej roli. Niemniej jednak przedstawione w zarysie projektowane zmiany wymagają jeszcze wielu poprawek, zwłaszcza w zakresie prawidłowego zdefiniowania katalogu usług wchodzących w zakres opieki farmaceutycznej. Konieczne będzie również opracowanie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia, w którym zostaną określone m.in.: poziom i sposób finansowania opieki farmaceutycznej oraz warunki realizacji tej opieki, w tym dotyczące personelu medycznego, warunków lokalowych oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, w sposób zapewniający wysoką jakość świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich właściwe zabezpieczenie.

Warto również zwrócić uwagę na opublikowany kilka lat temu przez Ogólnopolską Sekcję Opieki Farmaceutycznej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego projekt zespołu pod kierownictwem dr hab. Agnieszki Skowron pt. „Perspektywy rozwoju farmacji w Polsce do roku 2030” [195], który zawiera wytyczne do sposobu reformowania polskiego aptekarstwa.

1.4. PORÓWNANIE OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE I WIELKIEJ BRYTANII

Głównym celem niniejszej pracy jest przyjrzenie się różnicom w oczekiwaniach pacjentów wobec wybranych usług farmaceutycznych w Polsce i w Wielkiej Brytanii, dzięki czemu możliwe będzie lepsze zrozumienie potrzeb polskiego społeczeństwa oraz wsparcie dla stworzenia nowych usług w ramach szeroko rozumianej opieki farmaceutycznej.

Wydaje się, że system funkcjonujący w Wielkiej Brytanii jest optymalnym wzorem rozwiązań i uregulowań, jakie należy zastosować w celu wdrożenia opieki farmaceutycznej do polskich aptek. Obowiązujący w Polsce system opieki zdrowotnej nie zawiera żadnych narzędzi ani systemów, które umożliwiłyby wyeliminowanie problemów lekowych, poprawę zdrowia publicznego oraz obniżenie kosztów ponoszonych na sprawowanie opieki medycznej nad pacjentem.

Gdy obserwuje się aktualny stan zarządzania lekiem w polskich aptekach, staje się jasne, że wdrożenie zasad opieki farmaceutycznej, wraz z działaniami zmierzającymi do minimalizacji strat lekowych, jest absolutną koniecznością. Znaczna część polskich farmaceutów nie zna nawet najogólniejszych zasad świadczenia usług farmaceutycznych, niewłaściwy jest system dyspensowania i ordynacji leków (np. wydawanie całych opakowań zamiast odliczonej ilości terapeutyku), brakuje jakichkolwiek działań zmierzających do wprowadzenia standardowych procedur operacyjnych. Natomiast w Wielkiej Brytanii minimalizacja strat lekowych są przedmiotem podstawowych usług farmaceutycznych świadczonych przez każdą aptekę zakontraktowaną przez NHS.

Wielka Brytania jest krajem o szczególnie wysokim standardzie sprawowania opieki farmaceutycznej, dzięki czemu apteki stają się centrami pierwszej pomocy zdrowotnej dla lokalnej społeczności. Z kolei w odniesieniu do Polski można się pokusić o stwierdzenie, że opieka farmaceutyczna praktycznie nie istnieje, mimo prób jej wdrożenia. Co więcej, pojęcie opieki farmaceutycznej w Polsce często jest niepoprawnie rozumiane oraz negatywnie postrzegane, a spora część środowiska farmaceutycznego nie wykazuje chęci wprowadzenia zmian. Polacy zwykle postrzegają pracowników apteki jako sprzedawców leków (więc głównym kryterium wyboru danej placówki jest ich cena), a w Wielkiej Brytanii pacjent często nawiązuje więź z konkretnym farmaceutą [196]. Tam opieka nad pacjentem jest realizowana przez usługi o różnym stopniu zaawansowania (podstawowe, zaawansowane i rozszerzone). Wszystkie wymienione wyżej usługi są dostosowane do potrzeb lokalnych społeczności, dzięki czemu realizują najważniejsze potrzeby zdrowotne pacjentów na danym terenie. Natomiast w Polsce, według obowiązującej obecnie ustawy Prawo farmaceutyczne, głównym zadaniem apteki jest świadczenie takich usług farmaceutycznych, jak: wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sporządzanie leków recepturowych i leków aptecznych, informowanie pacjentów o produktach leczniczych oraz wyrobach medycznych.

Opisane w polskich aptekach usługi stanowią jedynie zakres podstawowej opieki farmaceutycznej w Wielkiej Brytanii. W Polsce farmaceuci nawet w niewielkiej części nie wykorzystują posia-

danej przez siebie wiedzy i umiejętności. Z tego względu w polskich aptekach większość personelu są to technicy farmaceutyczni, bez wykształcenia farmaceutycznego, którzy mogą wykonywać opisywane zadania z dobrym skutkiem. W Wielkiej Brytanii technik farmaceutyczny przejmuje na siebie obowiązki związane ze sprzedażą leków i realizacją recept, aby farmaceuta mógł sprawować opiekę farmaceutyczną, realizując usługi farmaceutyczne na pacjentach, poświęcając im odpowiednią ilość czasu.

Tylko podjęcie stałej współpracy farmaceuty z pacjentem i lekarzem, tak jak w Wielkiej Brytanii, umożliwia zapobieganie problemom lekowym oraz ewentualnie ich wychwycenie w momencie, gdy się pojawiają. Rolą farmaceuty w Wielkiej Brytanii jest wyeliminowanie/rozwiązanie problemów lekowych, a rolą lekarza – problemów klinicznych. Podjęcie takiej współpracy w Polsce wymaga uregulowań prawnych, które umożliwią farmaceutom pełnienie opieki nad pacjentem [197–200]. W ustawie Prawo farmaceutyczne istnieją zapisy określające rozdział zawodu farmaceuty i technika farmaceutycznego oraz wskazujące szczegółowo, jakie podmioty mają prawo prowadzić obrót produktami leczniczymi w Polsce. Niestety, oba zawody w znacznym stopniu nakładają się na siebie w zakresie kompetencji co doprowadziło do sytuacji patologicznej, gdzie technik farmaceutyczny ma prawie takie same prawo do wydawania leków jak magister farmacji. Dodatkowo z ustawy o izbach aptekarskich wynika, że farmaceuta nie może wykonywać jednocześnie praktyki lekarskiej, lekarsko-dentystycznej oraz weterynaryjnej. Na uwagę zasługuje fakt, że obrót lekami, co do zasady, może się odbywać w aptece ogólnodostępnej, natomiast podanie leku w trakcie wizyty lekarskiej czy podczas zabiegu nie jest traktowane jako obrót produktami leczniczymi. Wydanie przez farmaceutę leku dostępnego tylko na receptę bez przepisu lekarza jest możliwe wyłącznie w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta przez zastosowanie tzw. recepty farmaceutycznej.

Przy zachowaniu tego typu zasad współpraca lekarza z farmaceutą jest możliwa i pożądana. Współdziałanie to jest nie tylko potrzebne, ale wręcz konieczne do osiągnięcia wystarczającego bezpieczeństwa i efektywności leczenia. Ważnym międzynarodowym dokumentem, w którym poruszono kwestię współpracy pomiędzy środowiskiem lekarskim i farmaceutycznym, jest tekst zatytułowany „Relacje zawodowe między lekarzami i farmaceutami w procesie leczenia” [201].

Mimo że w polskiej ustawie Prawo farmaceutyczne położono nacisk na podkreślenie prospołecznej roli apteki jako placówki opieki zdrowotnej, nie zaś tylko punktu handlowego, to w Polsce różne akcje promocyjne organizowane przede wszystkim przez duże apteki sieciowe, np. badanie ciśnienia tętniczego, ilości tkanki tłuszczowej, ocena stanu skóry czy rozdawanie glukometrów i inne podobne działania, są uznawane przez polskiego pacjenta, a co gorsza – również przez część środowiska farmaceutycznego, za sprawowanie opieki farmaceutycznej. W rzeczywistości nie mają one nic wspólnego z omawianą ideą. Nie ma tu indywidualnego kontaktu z pacjentem ani współpracy z lekarzem, tak jak się to dzieje w Wielkiej Brytanii, a tego typu akcja ma z reguły charakter jednorazowy.

Polskie apteki są obecnie przygotowane przede wszystkim do sprzedaży leków. Sprawowanie rzeczywistej opieki farmaceutycznej nad pacjentem wymaga poczynienia wielu modyfikacji. Do

najważniejszych można zaliczyć przygotowanie odpowiedniego pomieszczenia do odbywania indywidualnych konsultacji z pacjentem na wzór angielskich pokojów konsultacyjnych. W aptece muszą się znajdować wszelkie materiały naukowe pomocne w sprawowaniu opieki farmaceutycznej, a także komputer z dostępem do Internetu, dzięki któremu farmaceuta może szybko sprawdzić skład stosowanych preparatów i możliwe interakcje lekowe.

W Polsce problemem, wynikającym z niedopracowanych przepisów prawnych, jest również spoczywająca na farmaceutce zbyt duża odpowiedzialność podczas realizacji recept. Jednak jest to związane z wymogami formalnymi, a nie z tzw. kliniczną weryfikacją (ang. clinical check), jak ma to miejsce w Wielkiej Brytanii. Farmaceuta ma obowiązek kontroli prawidłowości wystawionej recepty, przez co skraca się czas, który mógłby zostać poświęcony na rozmowę z pacjentem, np. w trakcie realizacji zasad opieki farmaceutycznej. Co więcej, mimo że błędy w trakcie wystawiania recepty nie są w żadnej mierze zależne od farmaceuty, to on zostaje obciążony kosztami zwrotu refundacji ceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego czy wyrobu medycznego, łącznie z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia, w którym wypłacono refundację, do dnia jej zwrotu, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty, jeżeli w wyniku kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia zostanie stwierdzone, że realizacja recepty nastąpiła z naruszeniem przepisów ustawy o refundacji, przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [184]. Jeżeli natomiast farmaceuta nie wyda pacjentowi leku z powodu niewłaściwie wystawionej recepty, a pacjent dozna z tego powodu uszczerbku na zdrowiu, to farmaceuta może ponieść z tego powodu konsekwencje cywilnoprawne, a nawet karne.

W Polsce nadal nie wdrożono rozwiązań odnośnie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych pacjentów aptek – działania niezbędnego do świadczenia usług przez farmaceutów. W prawie usługa farmaceutyczna nie jest traktowana jako usługa medyczna, w wyniku czego apteki nie mogą gromadzić informacji dotyczących zdrowia pacjentów (tzw. danych osobowych wrażliwych) [202]. Farmaceuta musi uzyskać pisemną zgodę pacjenta na przetwarzanie jego danych, a następnie zgłosić fakt uzyskania takich informacji do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych [167, 203]. W Wielkiej Brytanii zaś apteka jest prawnie usankcjonowaną placówką ochrony zdrowia publicznego, w której prowadzenie dokumentacji medycznej stanowi konieczny wymóg. Kolejną kwestią warto omówienia jest fakt, że sprawowanie opieki farmaceutycznej wiąże się również z kwestią silniejszej zgodności pracy z etyką zawodu. Doskonale obrazuje to kodeks etyki Generalnej Rady Farmaceutycznej Wielkiej Brytanii [204, 205, 206]. Określono w nim zasady sprawowania opieki nad pacjentem przez zasady etyki zawodu, opierając się na podstawowych wytycznych postępowania. Jak to przedstawiono w tabeli 5, kodeksy etyki zawodu w Wielkiej Brytanii i w Polsce istotnie się różnią. W kodeksie etycznym brytyjskiego farmaceuty jego główną misją jest zadbanie o dobro pacjenta. Natomiast w kodeksie obowiązującym w Polsce, choć wskazano na konieczność troski o pacjenta, to położono na to o wiele mniejszy nacisk niż w wytycznych brytyjskich. Co więcej, za naruszenie zasad etyki farmaceutyki brytyjskiej grożą przede wszystkim sankcje karne, w tym kara pozbawienia wolności, natomiast farmaceuta polski

za naruszenie tych zasad ponosi przede wszystkim odpowiedzialność zawodową przed sądem aptekarskim (tab. 6).

Tabela 6. Różnice w kodeksie etyki zawodu farmaceuty w Polsce i w Wielkiej Brytanii [207, 208, 209]

Wielka Brytania	Polska
<ul style="list-style-type: none"> • Uczyń troskę o pacjenta swoim priorytetem • Wykorzystuj posiadaną wiedzę w interesie pacjenta i zdrowia publicznego • Okazuj innym szacunek • Zachęcaj pacjenta do współuczestniczenia w decyzjach odnośnie jego zdrowia • Doskonaj posiadaną wiedzę i kompetencje zawodowe • Bądź uczciwy i godny zaufania • Weź odpowiedzialność za swoją pracę 	<ul style="list-style-type: none"> • Zachowuj właściwą postawę wobec pacjenta • Zachowuj i realizuj właściwe zasady w trosce o zdrowie społeczeństwa • Bądź lojalny względem zasad zawodu, nauki, samorządu aptekarskiego • Dbaj o godność zawodu • Bądź solidarny i gotowy do współpracy i niesienia pomocy innym farmaceutom • Oferuj usługi i pozyskuj nowych pacjentów w sposób zgodny z zasadami etyki i lojalności zawodowej

Przystosowanie do świadczenia usług opieki farmaceutycznej w aptekach wiąże się z wydatkami, na które wiele aptek nie byłoby stać. W przeciwieństwie do Wielkiej Brytanii i innych krajów, w których realizuje się opiekę farmaceutyczną, takie usługi nie są obecnie w Polsce refundowane przez państwo. Oznacza to, że świadczenie opieki farmaceutycznej staje się własną inicjatywą właściciela apteki, co może być błędnie postrzegane jako reklama.

Opieka farmaceutyczna, jako gwarancja bezpieczniejszej i efektywnej terapii lekowej, jest usługą poprawiającą parametry zdrowia publicznego. Z tego chociażby względu jest to aktywność opłacalna dla państwa. Jak wykazują doświadczenia m.in. Wielkiej Brytanii, wdrożenie opieki farmaceutycznej wiąże się z poprawą parametrów finansowych, obniżeniem kosztów ponoszonych na hospitalizację (co wynika m.in. z ograniczenia problemów lekowych w społeczeństwie) czy ograniczeniem marnotrawstwa leków. Logiczne jest to, że opieka farmaceutyczna powinna być usługą, za którą apteki otrzymują wynagrodzenie od płatnika publicznego. Świadcząc pacjentowi opiekę farmaceutyczną, pracownik apteki przejmuje część obowiązków lekarza. Umożliwia to lekarzowi zajmowanie się pacjentami, którzy wymagają trudniejszych i bardziej czasochłonnych interwencji niż tylko wystawienie recepty na leki stosowane od wielu lat, czy np. pomoc w rzuceniu palenia.

Opieka farmaceutyczna jest finansowana w większości krajów, także w Wielkiej Brytanii. W części krajów, np. w USA, apteka musi świadczyć usługi farmaceutyczne określonej liczbie pacjentów, aby czerpać z tego wymierne korzyści finansowe, czyli aby owa aktywność była opłacalna. Jak wcześniej wspomniano, w Wielkiej Brytanii organizacją zajmującą się interesami aptek jest

PSNC. Organizacja ta w 2005 roku zawarła kontrakt z płatnikiem, na mocy którego świadczenie podstawowych, zaawansowanych oraz rozszerzonych usług farmaceutycznych jest związane z otrzymywaniem przez apteki wynagrodzenia o określonej wysokości [210].

Polskie Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia nie pozostawiają jednak złudzeń co do możliwości finansowania opieki świadczonej pacjentowi w aptece. Zgodnie z wypowiedzią Artura Fałki, byłego dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia: „(...) Aptekarze nie dostaną dodatkowego wynagrodzenia. Marże apteczne zostały podniesione po to, by zniwelować skutki zakazu rabatowania, który został uznany za mechanizm patologiczny i przenoszący konkurencję w inny obszar, np. sprzedawania określonych leków niekoniecznie najtańszych dla pacjenta albo dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Kiedy ceny będą takie same w każdej aptece, o rentowności apteki będą decydowały jakość opieki i podejście do pacjenta. Powstaje pytanie, jak teraz jest realizowana misja zawodu? Wydaje się, że część środowiska zrobiła wiele, by sprowadzić swój zawód do roli sprzedawcy, gdzie liczy się tylko szybkość obsłużenia pacjenta i zysk na opakowaniu leku (...)”. Jak widać, Ministerstwo Zdrowia uważa, że czynnikiem decydującym o konkurencyjności i popularności apteki powinna być jakość świadczonych w niej usług. Temat ewentualnego kontraktowania opieki farmaceutycznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest chyba najczęściej poruszonym aspektem wdrażania opieki farmaceutycznej do polskich aptek. Aby apteki mogły uzyskać finansowanie, opieka farmaceutyczna musiałaby być postrzegana jako świadczenie zdrowotne, czyli aktywność zmierną do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Z samej definicji tej opieki wynika, że jest to zespół działań, którego wynikiem stanie się poprawa stanu zdrowia. Jednak, aby opieka farmaceutyczna została oficjalnie uznana za świadczenie zdrowotne, a w konsekwencji miała szansę na zdobycie finansowania, niezbędne jest uzyskanie pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych. Pierwszym krokiem w tym celu jest prawne zakwalifikowanie opieki farmaceutycznej jako świadczenia gwarantowanego, ponieważ tylko takie świadczenia podlegają ocenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Podstawą jej wydania są fakty naukowe wskazujące na to, że dana aktywność rzeczywiście przyczynia się do poprawy stanu zdrowia, czyli jest świadczeniem zdrowotnym. Niezbędnym krokiem jest obecnie praca u podstaw – jeszcze silniejsze zaakcentowanie opieki farmaceutycznej w programie studiów farmaceutycznych i zachęcanie farmaceutów do jej świadczenia w aptekach oraz zaszczepienie w nich poczucia wypełniania misji. Są to jedyne działania, które umożliwią w przyszłości podjęcie starań o uzyskanie finansowania za świadczenie opieki farmaceutycznej w aptece.

Powstaje swoisty paradoks, gdyż polscy farmaceuci nie są wystarczająco zainteresowani świadczeniem opieki farmaceutycznej ze względu na brak gratyfikacji finansowej z tego tytułu. W Wielkiej Brytanii farmaceuta również nie jest gratyfikowany za prowadzenie opieki farmaceutycznej, a jedynie właściciel apteki. Z kolei uzyskanie finansowania zależy od wykazania efektów opieki farmaceutycznej sprawowanej przez odpowiednio długi czas.

2. BADANIE ZAPOTRZEBOWANIA PACJENTÓW NA USŁUGI OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

Celem opracowania jest ukazanie oczekiwań pacjentów wobec wybranych usług farmaceutycznych w Polsce i w Wielkiej Brytanii. Wybór tematu usług farmaceutycznych jako myśli przewodniej tej pracy wynika z praktycznych doświadczeń autora pracy, który zdobywał je w realiach funkcjonowania aptek ogólnodostępnych, aptek szpitalnych w systemach uwzględniających ideę opieki farmaceutycznej w 4 krajach w ciągu 11 lat praktyki zawodowej jako farmaceuta, staży klinicznych (ang. clinical placement) w Finlandii, Australii, Wielkiej Brytanii i Kanadzie. W pracy wykorzystano też doświadczenia autora wynikające z pracy w polskich aptekach ogólnodostępnych, szpitalnych, organizacjach rządowych i pozarządowych, co pozwoliło na wskazanie kierunku, w jakim polska farmacja powinna, jego zdaniem, zmierzać.

Porównanie modeli pracy w aptekach ogólnodostępnych oraz szpitalnych w różnych krajach pozwoliło na stwierdzenie, że modele opieki farmaceutycznej – zarówno australijski, kanadyjski, jak i fiński – w znacznym stopniu opierają się na modelu brytyjskim, bądź go przypominają. Nie bez powodu system opieki farmaceutycznej w Wielkiej Brytanii jest uważany w Europie i na świecie za wzorcowy. Opieka farmaceutyczna na Wyspach Brytyjskich charakteryzuje się doskonałą organizacją i może stanowić wzór dla innych państw dopiero wdrażających omawianą aktywność do aptek. Praktyczne doświadczenia zdobyte przez autora pracy w krajach, w których opieka farmaceutyczna jest realizowana w ramach sprawnie funkcjonujących usług, stanowi doskonałe narzędzie do trafnej oceny sytuacji prawnej opieki farmaceutycznej w Polsce, jak również do porównania oczekiwań brytyjskich i polskich pacjentów odnośnie usług oferowanych przez farmaceutę w aptece ogólnodostępnej.

Powszechnie istnieje opinia, że aptekarstwo w naszym kraju nie odnosi sukcesów i podejmowane od lat próby wzmocnienia pozycji apteki jako placówki ochrony zdrowia, z wyraźnie zaznaczoną opieką farmaceutyczną, nie odniosły sukcesów. W niniejszej pracy podjęto próbę analizy porównawczej usług farmaceutycznych adresowanych do pacjenta w Wielkiej Brytanii i w Polsce z myślą o wskazaniu potrzeby i kierunku zmian, szczególnie w odniesieniu do oczekiwań pacjentów i modelowych relacji pacjent–farmaceuta. Celem wyboru Wielkiej Brytanii jako kraju z dobrze rozwiniętą opieką farmaceutyczną do porównania było wykazanie, jak bardzo różnią się usługi realizowane w polskich aptekach od usług, które otrzymuje pacjent brytyjski. Zaplanowane badanie miało służyć ocenie możliwości wprowadzenia działań celowanych na rozwój opieki farmaceutycznej w polskich aptekach, z wykorzystaniem modelu brytyjskiego.

Podjęto próbę scharakteryzowania sytuacji w Wielkiej Brytanii i Polsce na podstawie opinii pacjentów dotyczącej apteki jako miejsca realizacji recept, zakupu leków i placówki ochrony zdrowia, z uwzględnieniem oczekiwań wyrażanych przez pacjentów.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który wykorzystano do porównania polskiej i angielskiej grupy badanej, co w założeniu miało pozwolić na:

- przedstawienie aktualnego stanu usług farmaceutycznych w Polsce i Wielkiej Brytanii,

- oszacowanie zapotrzebowania pacjentów na usługi apteczne w Polsce oraz w Wielkiej Brytanii i wskazanie ewentualnych różnic w postrzeganiu aptek, farmaceutów oraz oferowanych usług farmaceutycznych.
- Za cele cząstkowe pracy uznano analizę następujących zagadnień przedstawionych z punktu widzenia pacjenta:
- stopnia zainteresowania poszczególnymi usługami farmaceutycznymi oraz zapotrzebowania na nie,
- sposobu postrzegania apteki jako placówki służby zdrowia,
- oceny jakości i satysfakcji pacjentów z obsługi świadczonej w aptece,
- stopnia odróżniania techniki farmaceutycznego od farmaceuty,
- wpływu opieki farmaceutycznej na poprawę wizerunku farmaceuty i stałych pacjentów.

Badania przeprowadzono w wybranych aptekach ogólnodostępnych znajdujących się na terytorium Polski i Wielkiej Brytanii – zarówno we wsiach, jak i w miastach. Apteki wybrane w Polsce mieściły się w województwach mazowieckim, pomorskim, łódzkim i dolnośląskim. W Wielkiej Brytanii badania przeprowadzono w Cambridgeshire, Essex, Northamptonshire, Lancashire i Norfolk. Dobór aptek polegał na warstwowym losowaniu próby przy użyciu tabeli liczb losowych. Wskaźnik odpowiedzi kwalifikujących uczestników do badania wyniósł 55,7% (n = 418/750) dla 36 aptek w Polsce i 54,0% (n = 405/750) dla 56 aptek w Wielkiej Brytanii. Ogółem do badania zakwalifikowano 823 pacjentów.

Populacja polska składała się z 418 osób (50,8% badanych), a brytyjska z 405 (49,2% badanych). Dane demograficzne przedstawiono w tabeli 7.

W badaniu uczestniczyło 71,8% kobiet i 28,2% mężczyzn. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby od 20. do 29. r.ż. (46,1%). Badani w wieku 50-59 lat stanowili 10,9%, a respondenci w wieku powyżej 60. r.ż. 8,0% badanej populacji.

Mężatki i żonaci stanowili 43,1%, stanu wolnego – 50,5%. Wykształceniem wyższym legitymowało się 36,0% badanych, natomiast zawodowym – 8,3%.

Zatrudnienie badanych było zróżnicowane; największą grupę stanowili pracownicy umysłowi (27,6%), a 23,8% – uczniowie i studenci. Warto zwrócić uwagę, że 22,9% pracowało w służbie zdrowia. Pracownicy fizyczni stanowili 14,1%, emeryci i renciści – 4,9%, a przedsiębiorcy – 6,8% badanej grupy.

Najwięcej było mieszkańców miast; tylko 21,8% badanych osób mieszkało na wsi. Prawie 36,0% stanowiły osoby mieszkające w miastach do 100 tys. mieszkańców. Szczegółowe dane demograficzne przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Charakterystyka demograficzna badanych Polaków i Brytyjczyków (*Test z; **test U Manna-Whitneya)

Parametr	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość <i>p</i>
Płeć				
Kobieta	308 (73,9%)	282 (69,6%)	590 (71,8%)	0,1778*
Mężczyzna	109 (26,1%)	123 (30,4%)	232 (28,2%)	
Wiek (lata)				
Do 19	8 (1,9%)	29 (7,2%)	37 (4,5%)	0,0001**
20-29	271 (65,0%)	108 (26,7%)	379 (46,1%)	
30-39	62 (14,9%)	75 (18,5%)	137 (16,7%)	
40-49	34 (8,2%)	79 (19,5%)	113 (13,7%)	
50-59	28 (6,7%)	62 (15,3%)	90 (10,9%)	
> 60	14 (3,4%)	52 (12,8%)	66 (8,0%)	
Stan cywilny				
Mężatka/zonaty	136 (32,9%)	217 (53,6%)	353 (43,1%)	0,0001*
Wolna/wolny	261 (63,0%)	153 (37,8%)	414 (50,5%)	
Wdowa/wdowiec	7 (1,7%)	13 (3,2%)	20 (2,4%)	
Rozwiedziona/-y	10 (2,4%)	22 (5,4%)	32 (3,9%)	
Wykształcenie				
Podstawowe	7 (1,7%)	233 (59,4%)	240 (29,7%)	0,0001**
Zawodowe	10 (2,4%)	57 (14,5%)	67 (8,3%)	
Średnie	188 (45,1%)	23 (5,9%)	211 (26,1%)	
Wyższe	212 (50,8%)	79 (20,2%)	291 (36,0%)	
Zawód				
Ochrona zdrowia	55 (13,3%)	129 (33,0%)	184 (22,9%)	0,0001*
Pracownik umysłowy	145 (35,1%)	77 (19,7%)	222 (27,6%)	
Przedsiębiorca	20 (4,8%)	35 (9,0%)	55 (6,8%)	
Pracownik fizyczny	26 (6,3%)	87 (22,3%)	113 (14,1%)	
Uczeń/student	151 (36,6%)	40 (10,2%)	191 (23,8%)	
Emeryt/rencista	16 (3,9%)	23 (5,9%)	39 (4,9%)	
Miejsce zamieszkania				
Wieś	60 (14,4%)	118 (29,4%)	178 (21,8%)	0,0001**
Miasto do 100 tys.	112 (26,9%)	181 (45,0%)	293 (35,8%)	
Miasto 100-500 tys.	73 (17,5%)	89 (22,1%)	162 (19,8%)	
Miasto > 500 tys.	171 (41,1%)	14 (3,5%)	185 (22,6%)	

Wykazano istotne statystycznie różnice między populacją badanych w Polsce i Wielkiej Brytanii. Różnice wystąpiły ze względu na wiek, stan cywilny, wykształcenie, zawód i miejsce zamieszkania. Zarówno w populacji polskiej, jak i angielskiej większość stanowiły kobiety, odpowiednio, 73,9%

i 69,6%. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć w badanych grupach z Polski i Wielkiej Brytanii ($p = 0,1778$).

Zarówno w populacji polskiej, jak i angielskiej większość stanowiły osoby w wieku 20-29 lat (odpowiednio 65,0% i 26,7%). W Polsce ankietę najchętniej wypełniały osoby młode, a starsi odnosili się do niej z większą podejrzliwością. Sytuacji takiej nie obserwowano w Wielkiej Brytanii. W grupie badanych z Polski było istotnie więcej osób młodszych niż wśród badanych z Wielkiej Brytanii ($p = 0,0001$). W grupie brytyjskiej było więcej niż w polskiej osób starszych, tj. powyżej 40. r.ż. W populacji polskiej przeważały osoby w stanie wolnym, które stanowiły 63,0% badanych, a w populacji brytyjskiej – mężatki i żonaci, stanowiące 53,6%. Mężatki i żonaci istotnie częściej występowały w badanej populacji z Wielkiej Brytanii ($p = 0,0001$).

W populacji polskiej przeważały osoby legitymujące się wykształceniem wyższym (50,8%), w brytyjskiej zaś osoby z wykształceniem podstawowym (59,4%). Lepszym wykształceniem charakteryzowała się grupa badanych z Polski ($p = 0,0001$).

W Wielkiej Brytanii 33,0% badanych pracowało w ochronie zdrowia (w Polsce 13,3%). Rozkład zatrudnienia różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy badanymi z Polski i Wielkiej Brytanii ($p = 0,0001$).

Istotne statystycznie okazały się także różnice dotyczące miejsca zamieszkania badanych ze względu na kraj ($p = 0,0001$). W populacji polskiej najwięcej było mieszkańców miast powyżej 500 tys. mieszkańców (41,1%), w brytyjskiej zaś osób mieszkających w mieście do 100 tys. mieszkańców (45,0%). Co czwarty Polak mieszkał w mieście do 100 tys. mieszkańców, a co trzeci Brytyjczyk – na wsi.

Analiza demograficzna obu badanych grup wykazała, że nie były one jednorodne. Największą populację w obu krajach stanowiły kobiety. W badaniu przeprowadzonym w Polsce najczęściej brały udział kobiety w wieku 20-29 lat, niezamężne lub zamężne, z wykształceniem wyższym, pracujące umysłowo i mieszkające w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców. W Wielkiej Brytanii natomiast były to kobiety w wieku 20-29 lat, zamężne, z wykształceniem podstawowym, pracujące w ochronie zdrowia i mieszkające w mieście do 100 tys. mieszkańców.

2.3.1. Zakres aktualnego profilu korzystania z usług farmaceutycznych

Dane zebrane podczas badania profilu korzystania z usług farmaceutycznych i wizyt lekarskich przedstawiono w tabelach 8-13 (pytania nr 7-11, 16, 22-23, 31).

Osoby biorące udział w badaniu najczęściej były w aptece rzadziej niż 2 razy w miesiącu (61,4%), 27,4% odwiedzało aptekę 2 razy w miesiącu, 11,2% zaś zjawiało się w niej 1-2 razy w tygodniu. Rzadziej niż 2 razy w miesiącu bywało w aptece, odpowiednio w populacjach polskiej i brytyjskiej, 61,6% i 61,2%. Dwa razy w miesiącu odwiedzało aptekę, odpowiednio w populacjach polskiej i brytyjskiej, 34,1% i 20,4%, natomiast 1-2 razy w miesiącu, odpowiednio w populacjach polskiej i brytyjskiej – 4,4% i 18,4%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Zakres korzystania z usług farmaceutycznych; częstotliwość chodzenia do apteki; pytanie 7.

Częstość	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
1–2 razy w tygodniu	18 (4,4%)	72 (18,4%)	90 (11,2%)	0,1626*
2 razy w miesiącu	140 (34,1%)	80 (20,4%)	220 (27,4%)	
Rzadziej	253 (61,6%)	240 (61,2%)	493 (61,4%)	

*Test U Manna-Whitneya.

Zarówno pacjenci polscy, jak i brytyjscy najczęściej jako powód wizyty w aptecę wymieniali wykupienie recepty – odpowiednio 72,9% i 78,5%. Odsetki wykupienia recepty jako powód wizyty w aptecę nie różniły się w populacjach polskiej i brytyjskiej ($p = 0,0606$). Polacy częściej niż Brytyjczycy odwiedzili aptekę z powodu: przeziębienia i grypy ($p = 0,0001$), kaszlu, chrypki ($p = 0,0001$), problemów ze stresem ($p = 0,0031$), bólu ($p = 0,0017$) oraz uczucia kołatania serca ($p = 0,0030$). Natomiast Brytyjczycy częściej niż Polacy zgłaszali się do apteki z powodów innych niż wymienione powyżej ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane zawarto w tabeli 9.

Tabela 9. Zakres korzystania z usług farmaceutycznych; najczęstsze powody zgłoszenia się do apteki; pytanie 9.

Powód zgłaszania się do apteki	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Ból	231 (55,4%)	180 (44,4%)	411 (50,0%)	0,0017
Skaleczenie	47 (11,3%)	50 (12,3%)	97 (11,8%)	0,6330
Recepta	304 (72,9%)	318 (78,5%)	622 (75,7%)	0,0606
Wysypka	13 (3,1%)	27 (6,7%)	40 (4,9%)	0,0181
Przeziębienie/grypa	268 (64,3%)	143 (35,3%)	411 (50,0%)	0,0001
Dbłość o zdrowie	124 (29,7%)	112 (27,7%)	236 (28,7%)	0,5095
Alergia	63 (15,1%)	70 (17,3%)	133 (16,2%)	0,4055
Biegunka	28 (6,7%)	18 (4,4%)	46 (5,6%)	0,1544
Zaparcia	14 (3,4%)	8 (2,0%)	22 (2,7%)	0,2197
Kaszel/chrypka	122 (29,3%)	22 (5,4%)	144 (17,5%)	0,0001
Mdłości/wymioty/zgaga	17 (4,1%)	20 (4,9%)	37 (4,5%)	0,5564
Stres/napięcie	29 (7,0%)	22 (5,4%)	51 (6,2%)	0,3657
Bezsennosc	11 (2,6%)	7 (1,7%)	18 (2,2%)	0,3703
Nerwy	18 (4,3%)	4 (1,0%)	22 (2,7%)	0,0031
Kołatanie serca	9 (2,2%)	0 (0,0%)	9 (1,1%)	0,0030
Choroba dziecka	64 (15,3%)	56 (13,8%)	120 (14,6%)	0,5371
Inne	15 (3,6%)	43 (10,6%)	58 (7,0%)	0,0001

Odsetek osób realizujących recepty podczas ostatniej wizyty w aptecę w Wielkiej Brytanii był istotnie większy niż w populacji w Polsce ($p = 0,0001$). W Polsce i Wielkiej Brytanii jako częsty powód ostatniej wizyty w aptecę podawano zakup leku bez recepty (51,9% vs. 25,9%). Różnice były

istotnie statystycznie ($p = 0,0001$). Odsetek zgłaszanych powodów uzyskania informacji od farmaceuty nie różnił się pomiędzy rozpatrywanymi populacjami ($p = 0,9302$). Brytyjczycy częściej bywali w aptece w celu zgłoszenia niepożądanego działania leku ($p = 0,0419$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Zakres korzystania z usług farmaceutycznych; powody ostatniej wizyty w aptece; pytanie 16.

Usługa	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Realizacja recepty	202 (48,8%)	308 (76,6%)	510 (62,5%)	0,0001
Wykupienie leku bez recepty	215 (51,9%)	104 (25,9%)	319 (39,1%)	0,0001
Uzyskanie informacji od farmaceuty	20 (4,8%)	20 (5,0%)	40 (4,9%)	0,9302
Zgłoszenie niepożądanego działania leku	0 (0,0%)	4 (1,0%)	4 (0,5%)	0,0419

W Polsce odsetek osób badanych realizujących w miesiącu średnio do 2 recept wynosił 95,1%, natomiast w Wielkiej Brytanii – 80,0%. Odsetek osób w Polsce realizujących w miesiącu średnio powyżej 6 recept wynosił 0,5%, a w Wielkiej Brytanii – 8,3%. Brytyjczycy realizowali istotnie więcej recept w miesiącu niż Polacy ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Zakres korzystania z usług farmaceutycznych; średnia liczba zrealizowanych recept w miesiącu; pytanie 10.

Średnia liczba recept/miesiąc	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
0-2	391 (95,1%)	320 (80,0%)	711 (87,7%)	0,0001*
3-5	18 (4,4%)	47 (11,8%)	65 (8,0%)	
> 6	2 (0,5%)	33 (8,3%)	35 (4,3%)	

*Test U Manna-Whitneya.

W badanej populacji polskiej odsetek realizacji wszystkich recept wynosił 60,1%, a w brytyjskiej – 91,8%. Brytyjczycy istotnie częściej realizowali recepty wystawione przez lekarza ($p = 0,0001$). Najczęstszą przyczyną nierealizowania recept w obu populacjach było posiadanie zapasu leku w domu. Odnośny odsetek w Polsce wynosił 18,3% i był istotnie większy niż w Wielkiej Brytanii, w której wynosił 2,1% ($p = 0,0001$). W Polsce odsetek osób, które miały obawy związane z przyjmowaniem leków, był istotnie większy i wynosił 16,3%, a w Wielkiej Brytanii – 0,8% ($p = 0,0001$). W Polsce odsetek osób, które nie zrealizowały recept z powodów finansowych, był istotnie większy i wynosił 10,2%, a w Wielkiej Brytanii – 1,5% ($p = 0,0001$). Odsetek występowania złego samopoczucia po lekach w obu populacjach nie różnił się w sposób istotny statystycznie ($p = 0,5277$).

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Zakres korzystania z usług farmaceutycznych; realizacja wszystkich recept i powody ich niezrealizowania – pytania 22. i 23. (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Realizacja recept	247 (60,1%)	358 (91,8%)	605 (75,5%)	0,0001
Powody finansowe	42 (10,2%)	6 (1,5%)	48 (6,0%)	0,0001
Posiadanie zapasu w domu	75 (18,3%)	8 (2,1%)	83 (10,4%)	0,0001
Złe samopoczucie po lekach	10 (2,4%)	7 (1,8%)	17 (2,1%)	0,5277
Obawy związane z przyjmowaniem leków	67 (16,3%)	3 (0,8%)	70 (8,8%)	0,0001

W Polsce i Wielkiej Brytanii najpopularniejszą metodą płatności za leki była gotówka (odpowiednio 76,6% i 41,8%). Polacy istotnie częściej płacili gotówką lub kartą płatniczą za leki w aptece ($p = 0,0001$). Natomiast refundowane leki istotnie częściej były dostępne w Wielkiej Brytanii ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 13.

Tabela 13. Zakres korzystania z usług farmaceutycznych; sposób płatności za leki; pytanie 31. (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Karta	193 (51,3%)	87 (23,0%)	280 (37,1%)	0,0001
Gotówka	288 (76,6%)	158 (41,8%)	446 (59,2%)	0,0001
Refundacja	12 (3,2%)	156 (41,3%)	168 (22,3%)	0,0001

2.3.2. Stopień zainteresowania pacjenta usługami farmaceutycznymi

Poniżej zebrano odpowiedzi na pytania dotyczące postrzegania osoby farmaceuty, wyboru apteki i preferencji usług. Wiedza na temat różnic w tych kwestiach jest niezbędna do lepszego określenia aktualnych szans na rozwój opieki farmaceutycznej w Polsce.

2.3.2.1. Postrzeganie osoby farmaceuty

Pytania o postrzeganie osoby farmaceuty dotyczyły danych demograficznych „idealnego” farmaceuty, jego wykształcenia oraz zainteresowania pacjentem. Uzyskane dane przedstawiono w tabelach 14-16. W Polsce istotnie częściej niż w Wielkiej Brytanii badani chcieli, aby farmaceuta

był młodszy ($p = 0,0001$), był kobietą ($p = 0,0001$) lub aby był to wybór indywidualny ($p = 0,0001$). Dla Brytyjczyków istotnie częściej niż dla Polaków wiek i płeć farmaceuty nie mają znaczenia ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 14.

Tabela 14. Różnice w postrzeganiu osoby farmaceuty.

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Starszy	44 (10,6%)	40 (9,9%)	84 (10,2%)	0,7496
Młodszy	64 (15,4%)	24 (6,0%)	88 (10,7%)	0,0001
Indywidualny wybór	35 (8,5%)	8 (2,0%)	43 (5,3%)	0,0001
Kobieta	45 (10,9%)	13 (3,2%)	58 (7,1%)	0,0001
Mężczyzna	10 (2,4%)	6 (1,5%)	16 (2,0%)	0,3369
Bez znaczenia	255 (61,4%)	320 (79,2%)	575 (70,2%)	0,0001

Analiza wyników wykazała istotne różnice we wszystkich obszarach obsługi pacjentów przez farmaceutów obu krajów podczas zakupu leku bez recepty ($p = 0,0001$). Spośród badanych z Wielkiej Brytanii 77,9% respondentów wskazało, że farmaceuta zapytał ich podczas kupowania leków bez recepty o objawy, 70,5% – o czas trwania objawów, 74,3% – o przyjmowane leki, 81,9% – o to, czy przyjmują inne leki, 69,2% – o inne choroby. Pytania o objawy w Polsce dotyczyły 28,4% badanych, o czas trwania objawów – 13,8%, o przyjmowane leki – 8,5%, o zażywanie innych leków – 10,2%, o inne choroby – 6,1%. Pytań istotnie częściej nie zadawano badanym w Polsce (67,7% vs. 10,9%) ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15. Obsługa pacjentów przez farmaceutów polskich i brytyjskich.

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Pytanie o objawy	117 (28,4%)	306 (77,9%)	423 (52,5%)	0,0001
Pytanie o czas trwania objawów	57 (13,8%)	277 (70,5%)	334 (41,5%)	0,0001
Pytanie o przyjmowane leki	35 (8,5%)	292 (74,3%)	327 (40,6%)	0,0001
Pytanie o zażywanie innych leków	42 (10,2%)	322 (81,9%)	364 (45,3%)	0,0001
Pytanie o inne choroby	25 (6,1%)	270 (69,2%)	295 (36,8%)	0,0001
Brak pytań	275 (67,7%)	43 (10,9%)	318 (39,8%)	0,0001

Istotnie częściej farmaceutów od techników odróżniają Brytyjczyki niż Polacy ($p = 0,0001$). Technika od magistra odróżniało 38,6% Polaków i 79,4% Brytyjczyków biorących udział w badaniu. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 16.

Tabela 16. Odróżnianie technika farmaceutycznego od magistra farmacji; pytanie 13. (test 2)

Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
159 (38,6%)	320 (79,4%)	479 (58,8%)	0,0001

2.3.2.2. Czynniki wpływające na wybór apteki

Dane dotyczące czynników wpływających na wybór apteki przedstawiono w tabelach 17–21. Ogółem w badanej populacji 66,7% osób odwiedzało jedną lub raczej jedną aptekę. Większość brytyjskich respondentów bywała w jednej aptece (70,2%), w Polsce zaś robiło tak 63,3% badanych. Pacjenci z Wielkiej Brytanii istotnie częściej wybierali jedną, sprawdzoną aptekę w porównaniu z Polakami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 17.

Tabela 17. Różnice w wyborze jednej apteki. (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Wybór jednej apteki				
Nie	151 (36,7%)	119 (29,8%)	270 (33,3%)	0,0001
Raczej tak	99 (24,0%)	31 (7,8%)	130 (16,0%)	
Tak	162 (39,3%)	249 (62,4%)	411 (50,7%)	
Raczej tak/tak	261 (63,3%)	280 (70,2%)	541 (66,7%)	

Najczęstszym powodem zgłaszania się do apteki zarówno w Polsce, jak i Wielkiej Brytanii była realizacja recepty (odpowiednio 72,9% i 78,5%). Natomiast spośród podanych w ankiecie objawów najrzadziej występującym powodem zgłaszania się do apteki zarówno w Polsce, jak i Wielkiej Brytanii było „kołatanie serca” (odpowiednio 2,2% i 0,0%). Ból jako powód zgłaszania się do apteki istotnie częściej podawali polscy respondenci ($p = 0,0017$). Podobna relacja występowała w odniesieniu do przeziębienia lub grypy, kaszlu, chrypki, stresu i kołatania serca. Natomiast powód zgłaszania się do apteki w przypadku wysypki był istotnie częstszy w Wielkiej Brytanii ($p = 0,0181$). Podobna relacja dotyczyła innych powodów ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 18. Powody zgłaszania się do apteki. (test 2)

Powód zgłaszania się do apteki	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Ból	231 (55,4%)	180 (44,4%)	411 (50,0%)	0,0017
Skaleczenie	47 (11,3%)	50 (12,3%)	97 (11,8%)	0,6330
Realizacja recepty	304 (72,9%)	318 (78,5%)	622 (75,7%)	0,0606
Wysypka	13 (3,1%)	27 (6,7%)	40 (4,9%)	0,0181
Przeziębienie lub grypa	268 (64,3%)	143 (35,3%)	411 (50,0%)	0,0001
Dbałość o własne zdrowie	124 (29,7%)	112 (27,7%)	236 (28,7%)	0,5095
Alergia	63 (15,1%)	70 (17,3%)	133 (16,2%)	0,4055
Biegunka	28 (6,7%)	18 (4,4%)	46 (5,6%)	0,1544
Zaparcia	14 (3,4%)	8 (2,0%)	22 (2,7%)	0,2197
Kaszel, chrypka	122 (29,3%)	22 (5,4%)	144 (17,5%)	0,0001
Mdłości, wymioty, zgaga	17 (4,1%)	20 (4,9%)	37 (4,5%)	0,5564
Stres, napięcie nerwowe	29 (7,0%)	22 (5,4%)	51 (6,2%)	0,3657
Bezsenna noc	11 (2,6%)	7 (1,7%)	18 (2,2%)	0,3703
Nerwy	18 (4,3%)	4 (1,0%)	22 (2,7%)	0,0031
Kołatanie serca	9 (2,2%)	0 (0,0%)	9 (1,1%)	0,0030
Choroba dziecka	64 (15,3%)	56 (13,8%)	120 (14,6%)	0,5371
Inne	15 (3,6%)	43 (10,6%)	58 (7,0%)	0,0001

Korelacja pomiędzy lojalnością pacjentów wobec apteki a oceną obsługi i osoby farmaceuty była dodatnia w odniesieniu do wszystkich badanych aptek – zarówno dla ogółu badanych, jak i dla pacjentów z Polski i Wielkiej Brytanii. Wyniki te oznaczają, że lojalność wobec apteki jest tym większa, im wyższa jest ocena osoby farmaceuty i świadczonych przez niego usług. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 19.

Tabela 19. Lojalność wobec apteki a ocena farmaceuty (korelacja Spearmana)

	Polska (n = 418)		Wielka Brytania (n = 405)		Razem (n = 823)	
	R	Wartość p	R	Wartość p	R	Wartość p
Farmaceuta mnie rozpoznaje i zna moje imię	0,19	0,0001	0,29	0,0001	0,30	0,0001
Farmaceuta jest kompetentny	0,24	0,0001	0,25	0,0001	0,30	0,0001
Farmaceuta słucha uważnie tego, co mówię	0,22	0,0001	0,26	0,0001	0,29	0,0001
Farmaceuta odpowiada wyczerpująco na pytania	0,19	0,0002	0,24	0,0001	0,27	0,0001
Farmaceuta wzbudza zaufanie	0,21	0,0001	0,28	0,0001	0,28	0,0001
Jestem zadowolony z kontaktów z farmaceutą	0,22	0,0001	0,23	0,0001	0,26	0,0001
Farmaceuta interesuje się moim stanem zdrowia	0,15	0,0027	0,23	0,0001	0,26	0,0001
Mogę zadawać mu pytania	0,14	0,0047	0,24	0,0001	0,26	0,0001
Nie odczuwam naruszenia mojej przestrzeni prywatnej	0,12	0,0131	0,26	0,0001	0,22	0,0001
Dobre rady sprawiają, że chcę wrócić	0,23	0,0001	0,23	0,0001	0,27	0,0001
Farmaceuta używa zrozumiałego języka	0,19	0,0002	0,29	0,0001	0,28	0,0001
Odpowiedzi są w pełni zadowalające	0,16	0,0013	0,30	0,0001	0,28	0,0001
Farmaceuta jest dostępny i chętny do udzielania informacji	0,18	0,0003	0,29	0,0001	0,29	0,0001
Jestem szybko obsługiwany	0,20	0,0001	0,23	0,0001	0,26	0,0001
Mam pewność, że zostanie zachowana poufność moich danych	0,14	0,0057	0,22	0,0001	0,24	0,0001

Analiza wyników dowiodła istotną dodatnią zależność pomiędzy lojalnością wobec apteki a czynnikami wpływającymi na wybór placówki. W ogólnej populacji wszystkie czynniki okazały się wpływać na zwiększenie lojalności. W populacji polskiej dodatkowo korelowały: dobra porada farmaceutyczna, możliwość konsultacji w osobnym pokoju, fachowość obsługi i promocyjne ceny leków. W populacji brytyjskiej wszystkie czynniki okazały się wpływać na zwiększenie lojalności. Wyniki te ukazują tym samym, że dla pacjenta udającego się do apteki najważniejsze są dobra porada farmaceutyczna, możliwość konsultacji w osobnym pokoju i fachowość obsługi (najwyższe współczynniki). W Polsce najważniejsze okazały się dobra porada farmaceutyczna i fachowość obsługi, natomiast w Wielkiej Brytanii – możliwość konsultacji w osobnym pokoju i fachowość obsługi. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20. Lojalność wobec apteki a czynniki wyboru apteki (korelacja Spearmana)

	Polska (n = 418)		Wielka Brytania (n = 405)		Razem (n = 823)	
	R	Wartość <i>p</i>	R	Wartość <i>p</i>	R	Wartość <i>p</i>
Dobra porada farmaceutyczna	0,18	0,0003	0,20	0,0001	0,21	0,0001
Możliwość konsultacji w osobnym pokoju	0,11	0,0308	0,21	0,0001	0,21	0,0001
Estetyczny wygląd	0,09	0,0862	0,17	0,0010	0,12	0,0010
Fachowość obsługi	0,18	0,0004	0,22	0,0001	0,21	0,0001
Dogodna lokalizacja	0,02	0,6885	0,13	0,0083	0,08	0,0233
Niska cena leków	0,09	0,0717	0,16	0,0011	0,10	0,0053
Promocja na leki	0,18	0,0003	0,16	0,0015	0,15	0,0001

Analiza przedstawiona w kolejnej tabeli (tab. 21) wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy lojalnością pacjentów wobec apteki a jakością usług farmaceutycznych. W ogólnej populacji największy wpływ na lojalność miały: podejście farmaceuty cechujące się zrozumieniem, uświadamianie pacjentowi konsekwencji stosowania leków oraz przekazywanie informacji o ich działaniach niepożądanych. W populacji polskiej wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy lojalnością pacjentów wobec apteki a jakością usług farmaceutycznych. W Polsce takie czynniki, jak podejście farmaceuty ze zrozumieniem oraz uświadamianie działań niepożądanych leków oraz wyjaśnianie sposobu dawkowania, miały największy wpływ na lojalność pacjentów wobec apteki. Natomiast w Wielkiej Brytanii najważniejszymi czynnikami wpływającymi na lojalność, poza podejściem farmaceuty ze zrozumieniem, były: udzielanie rzetelnej informacji przez farmaceutę oraz wiedza o stosowanych lekach. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 21.

Tabela 21. Lojalność wobec apteki, a ocena jakości usług farmaceutycznych (korelacja Spearmana)

	Polska (n = 418)		Wielka Brytania (n = 405)		Razem (n = 823)	
	R	Wartość <i>p</i>	R	Wartość <i>p</i>	R	Wartość <i>p</i>
Farmaceuta wyjaśnia mi dawkowanie leków	0,12	0,0205	0,20	0,0001	0,21	0,0001
Zostaje mi udzielona rzetelna informacja	0,17	0,0006	0,23	0,0001	0,24	0,0001
Otrzymuję zrozumiałe wyjaśnienia	0,18	0,0003	0,20	0,0001	0,23	0,0001
Wiem, jak stosować leki	0,17	0,0009	0,21	0,0001	0,24	0,0001
Znam skutki uboczne leków	0,18	0,0002	0,20	0,0001	0,24	0,0001
Farmaceuta wyjaśnia sposób dawkowania	0,19	0,0001	0,19	0,0001	0,24	0,0001
Farmaceuta podchodzi do mnie ze zrozumieniem	0,29	0,0001	0,23	0,0001	0,30	0,0001
Farmaceuta uświadamia konsekwencje przyjmowania, a także nieprzyjmowania leków	0,25	0,0001	0,18	0,0004	0,27	0,0001
Chciałbym, aby informacja o dawkowaniu leku była na wydruku	0,10	0,0412	0,17	0,0007	0,16	0,0001

2.3.2.3. Preferencje dotyczące usług farmaceutycznych dostępnych w aptekach

Dane dotyczące potrzeb respondentów przedstawiono w tabelach 22-28. Były to odpowiedzi na pytania dotyczące preferencji co do usług i edukacji dostępnej w aptekach, źródła wiedzy pacjentów na temat leków oraz tego, gdzie się udają w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych po zażyciu leku, w jakiej formie chcieliby otrzymywać informacje o dawkowaniu leku i jak oceniają swoją wiedzę na temat przyjmowanych leków.

Analiza wyników wykazała, że ponad 80% respondentów – zarówno w Polsce, jak i Wielkiej Brytanii – chciało, aby w aptekach świadczone takie usługi, jak pomiar stężeń glukozy i cholesterolu oraz wartości ciśnienia. Pomędzy badanymi populacjami nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie odsetków odpowiedzi dotyczących preferencji co do usług świadczonych w aptekach. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 22.

Tabela 22. Preferencje co do usług świadczonych w aptekach (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Pomiar glukozy	343 (83,1%)	315 (80,4%)	658 (81,7%)	0,3228
Pomiar cholesterolu	347 (84,6%)	330 (83,3%)	677 (84,0%)	0,6146
Pomiar ciśnienia	353 (85,5%)	335 (85,9%)	688 (85,7%)	0,8635
Pomiar masy ciała/BMI	325 (78,7%)	317 (83,9%)	642 (81,2%)	0,0632
Inne usługi	4 (1,0%)	5 (1,2%)	9 (1,1%)	0,7018

BMI (ang. body mass index) – wskaźnik masy ciała.

Analiza wyników udowodniła, że Brytyjczycy istotnie częściej niż Polacy zgłaszali chęć nauczania się obsługi urządzeń medycznych w aptece (ciśnieniomierza; $p = 0,0182$). Pozostałe preferencje dotyczące szkoleń z obsługi urządzeń medycznych nie różniły się pomiędzy populacjami. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 23.

Tabela 23. Preferencje dotyczące szkoleń z obsługi urządzeń medycznych (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Inhalator	182 (44,6%)	186 (49,9%)	368 (47,1%)	0,1415
Glukometr	168 (41,2%)	179 (48,0%)	347 (44,4%)	0,0556
Ciśnieniomierz	181 (44,4%)	197 (52,8%)	378 (48,4%)	0,0182
Inne	4 (1,0%)	3 (0,7%)	7 (0,9%)	0,7356

Kolejne pytanie dotyczyło chęci uzyskania w aptece informacji dotyczących m.in. prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, walki z nałogami i higieny osobistej. Najczęściej pacjenci zgłaszali taką potrzebę w odniesieniu do odżywiania, diety. Istotnie częściej czynili to polscy pacjenci ($p = 0,0111$).

Analiza wyników wykazała, że istotnie częściej informacje na temat higieny osobistej chcieliby otrzymywać respondenci z Polski niż z Wielkiej Brytanii ($p = 0,0211$). Różnice nie były jednak duże. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 24.

Tabela 24. Chęć uzyskiwania informacji w aptekach (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Prawidłowe odżywianie, dieta	264 (64,2%)	211 (55,4%)	475 (60,0%)	0,0111
Aktywność fizyczna	152 (37,0%)	146 (38,3%)	298 (37,6%)	0,6979
Pomoc z nałogami	155 (37,7%)	137 (36,0%)	292 (36,9%)	0,6090
Higiena osobista	100 (24,3%)	67 (17,6%)	167 (21,1%)	0,0211

W ogólnej populacji badanych najczęściej jako źródło wiedzy na temat leków wskazywano informacje od lekarza (62,5%) oraz z ulotki (55,0%). W Polsce najczęstszymi źródłami wiedzy na temat leków były ulotka (63,7%), lekarz (55,9%) oraz Internet (42,2%). Polacy istotnie częściej niż Brytyjczycy jako źródło wiedzy na temat leku wskazywali Internet ($p = 0,0215$), informacje od znajomych ($p = 0,0001$) oraz ulotkę ($p = 0,0001$). Natomiast Brytyjczycy istotnie częściej niż Polacy jako źródło wiedzy na temat leku wskazywali aptekę ($p = 0,0001$), i lekarza ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 25.

Tabela 25. Czerpanie wiedzy na temat leków (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Z Internetu	172 (42,2%)	135 (34,3%)	307 (38,3%)	0,0215
Z prasy	22 (5,4%)	11 (2,8%)	33 (4,1%)	0,0649
Z reklam	20 (4,9%)	10 (2,5%)	30 (3,7%)	0,0801
Od znajomych	65 (15,9%)	27 (6,9%)	92 (11,5%)	0,0001
Z apteki	144 (35,1%)	251 (63,7%)	395 (49,1%)	0,0001
Od lekarza	229 (55,9%)	272 (69,4%)	501 (62,5%)	0,0001
Z ulotki	261 (63,7%)	181 (45,9%)	442 (55,0%)	0,0001

Ogółem niepożądane działanie leku konsultuje z lekarzem 60,2% respondentów. Wyłącznie do farmaceuty zgłasza się tylko 5,0% respondentów z Polski i 6,3% z Wielkiej Brytanii. Więcej osób korzysta z opinii zarówno lekarza, jak i farmaceuty (32,5% Brytyjczyków i 19,3% Polaków). Rozkład odpowiedzi na pytanie o możliwe konsultacje w przypadku wystąpienia niepożądanych działań leku w obu populacjach różnił się w sposób istotny statystycznie ($p = 0,0001$). W Polsce jako źródło wiedzy istotnie częściej wskazywano lekarza, natomiast w Wielkiej Brytanii – farmaceutę i lekarza łącznie. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 26.

Tabela 26. Konsultacja w przypadku wystąpienia niepożądanych działań leku (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Nie wiem z kim	53 (13,1%)	14 (3,5%)	67 (8,4%)	0,0001
Z farmaceutą	20 (5,0%)	25 (6,3%)	45 (5,6%)	
Z lekarzem	253 (62,6%)	229 (57,7%)	482 (60,2%)	
Z farmaceutą i lekarzem	78 (19,3%)	129 (32,5%)	207 (25,8%)	

Większość respondentów chciała, aby informacje na temat dawkowania leków dostarczano zarówno w formach ustnej i pisemnej (61,3%). Informacji na temat dawkowania leków tylko w formie ustnej oczekiwało tylko 3,2% badanych Polaków i 17,5% badanych z Wielkiej Brytanii. Analiza wyników wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy populacjami pacjentów polską i brytyjską w zakresie odsetka odpowiedzi na temat informacji o dawkowaniu leku ($p = 0,0001$). Brytyjczycy istotnie częściej oczekiwali informacji w formie ustnej. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 27.

Tabela 27. Informacje o dawkowaniu leku (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
W formie ustnej	13 (3,2%)	69 (17,5%)	82 (10,3%)	0,0001
W formie pisemnej	139 (34,2%)	89 (22,6%)	228 (28,5%)	
W formie ustnej i pisemnej	254 (62,6%)	236 (59,9%)	490 (61,3%)	

Prawie 70% respondentów swoją wiedzę na temat zażywanych leków oceniło jako co najmniej dobrą. Ponad 22% respondentów z Wielkiej Brytanii oceniło ją jako bardzo dobrą, a w Polsce ocenę taką wystawiło sobie 20,0% badanych. Analiza wyników nie wykazała, że subiektywna ocena na temat przyjmowanych leków jest różna wśród Brytyjczyków i Polaków ($p = 0,7059$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 28.

Tabela 28. Wiedza na temat zażywanych leków (test U Manna-Whitneya)

Ocena wiedzy o zażywaniu leków	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Bardzo zła	4 (1,0%)	6 (1,5%)	10 (1,3%)	0,7059
Zła	12 (2,9%)	19 (4,9%)	31 (3,9%)	
Dostateczna	111 (27,1%)	93 (23,8%)	204 (25,5%)	
Dobra	201 (49,0%)	184 (47,2%)	385 (48,1%)	
Bardzo dobra	82 (20,0%)	88 (22,6%)	170 (21,3%)	

2.3.3. Zakres postaw pacjentów odnoszących się do korzystania z usług farmaceutycznych

Poniżej zebrano dane dotyczące odpowiedzi na pytania o miejsce szukania pierwszej pomocy, percepcji obsługi i czynników wpływających na wybór apteki. Oceniano tu kwestie związane z leczeniem małych dolegliwości, preferencji w zakresie usług farmaceutycznych oraz czynników jakie wpływają na wybór apteki.

2.3.3.1. Szukanie miejsca pierwszej pomocy

W celu zebrania informacji na temat szukania miejsca pierwszej pomocy badanym zadano 10 pytań szczegółowych. Do analizy wyników wykorzystano tabele krzyżowe. Wyniki przedstawiono w tabelach 29-38.

Ogółem (69,4%) badana populacja najczęściej sama leczy oparzenia i skaleczenia, chociaż różnice między Polakami i Brytyjczykami były duże (80,5% Polaków i 58,1% Brytyjczyków). Najrzadziej badani szukali pomocy na pogotowiu (1,2% i 3,5%). Rozkład odsetków odnoszących się do szukania pomocy w związku z wysypką czy świądem różnił się również w sposób istotny statystycznie pomiędzy obu krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 29.

Tabela 29. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; oparzenie, skaleczenie (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	10 (2,5%)	31 (7,8%)	41 (5,1%)	0,0001
Apteka	39 (9,6%)	109 (27,3%)	148 (18,4%)	
Pogotowie	5 (1,2%)	14 (3,5%)	19 (2,4%)	
Leczę się sam	326 (80,5%)	232 (58,1%)	558 (69,4%)	
Nie dotyczy	25 (6,2%)	13 (3,3%)	38 (4,7%)	

W przypadku wystąpienia wysypki lub świądu respondenci najczęściej szukali pomocy w aptece (33,0%). Tę formę pomocy wybrało 44,5% Brytyjczyków. Polacy najczęściej szukali pomocy w przychodni (42,8%). Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące szukania pomocy podczas wystąpienia wysypki lub świądu różnił się również w sposób istotny statystycznie pomiędzy krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 30.

Tabela 30. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; wysypka, świąd (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	171 (42,8%)	74 (18,6%)	245 (30,7%)	0,0001
Apteka	86 (21,5%)	177 (44,5%)	263 (33,0%)	
Pogotowie	4 (1,0%)	1 (0,3%)	5 (0,6%)	
Leczę się sam	99 (24,8%)	134 (33,7%)	233 (29,2%)	
Nie dotyczy	40 (10,0%)	12 (3,0%)	52 (6,5%)	

Ból głowy lub zawroty respondenci najczęściej leczyli sami (55,1%). Odpowiedź ta była najczęściej wybierana przez obie grupy (60,2% w populacji polskiej i 50,0% w brytyjskiej). Rozkład odsetków odnoszących się do szukania pomocy z powodu bólów głowy lub zawrotów różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy obu krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 31.

Tabela 31. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; bóle głowy, zawroty (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	67 (16,8%)	83 (20,8%)	150 (18,8%)	0,0001
Apteka	56 (14,0%)	105 (26,3%)	161 (20,2%)	
Pogotowie	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,1%)	
Leczę się sam	240 (60,2%)	200 (50,0%)	440 (55,1%)	
Nie dotyczy	36 (9,0%)	11 (2,8%)	47 (5,9%)	

Grypę i gorączkę respondenci najczęściej leczyli sami (48,1%). Odpowiedź ta była najczęściej wybierana przez obie grupy (45,4% w populacji polskiej i 50,8% w brytyjskiej). Rozkład odsetków odnoszących się do szukania pomocy podczas grypy, gorączki różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 32.

Tabela 32. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; grypa, gorączka (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	141 (35,2%)	50 (12,7%)	191 (24,0%)	0,0001
Apteka	68 (17,0%)	137 (34,8%)	205 (25,8%)	
Pogotowie	1 (0,2%)	1 (0,3%)	2 (0,3%)	
Leczę się sam	182 (45,4%)	200 (50,8%)	382 (48,1%)	
Nie dotyczy	9 (2,2%)	6 (1,5%)	15 (1,9%)	

W przypadku bólu brzucha lub zaburzeń żołądkowo-jelitowych badana populacja najczęściej leczyła się sama (38,5%). Był to najczęstszy sposób postępowania wśród brytyjskich i polskich respondentów (32,8% i 44,3%). Rozkład odsetków odnoszących się do szukania pomocy podczas bólu brzucha lub zaburzeń żołądkowo-jelitowych różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy obu krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 33.

Tabela 33. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; bóle brzucha, zaburzenia żołądkowo-jelitowe (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	127 (31,6%)	127 (31,8%)	254 (31,7%)	0,0001
Apteka	64 (15,9%)	127 (31,8%)	191 (23,8%)	
Pogotowie	4 (1,0%)	5 (1,3%)	9 (1,1%)	
Leczę się sam	178 (44,3%)	131 (32,8%)	309 (38,5%)	
Nie dotyczy	29 (7,2%)	10 (2,5%)	39 (4,9%)	

W przypadku zapalenia dróg moczowych badani najczęściej wybierali przychodnię (52,7%). Odpowiedź ta była najczęściej wybierana przez obie grupy, odpowiednio, 55,1% i 50,3% dla polskiej populacji i brytyjskiej. Rozkład odsetków odnoszących się do szukania pomocy podczas zapalenia dróg moczowych różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy obu krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 34.

Tabela 34. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; objawy zapalenia dróg moczowych (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	222 (55,1%)	197 (50,3%)	419 (52,7%)	0,0001
Apteka	46 (11,4%)	109 (27,8%)	155 (19,5%)	
Pogotowie	3 (0,7%)	5 (1,3%)	8 (1,0%)	
Leczę się sam	56 (13,9%)	40 (10,2%)	96 (12,1%)	
Nie dotyczy	76 (18,9%)	41 (10,5%)	117 (14,7%)	

Z powodu objawów migreny badana populacja najczęściej leczyła się sama (30,0%). Odpowiedź ta była najczęściej wybierana przez respondentów z Polski w 33,5% przypadków. Natomiast w brytyjskiej populacji najczęściej wybierano aptekę (27,6%) oraz przychodnię (27,3%). Rozkład odsetek odnoszących się do szukania pomocy podczas wysypki czy świądu różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy obu krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 35.

Tabela 35. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; migrena (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	50 (12,6%)	105 (27,3%)	155 (19,8%)	0,0001
Apteka	54 (13,6%)	106 (27,6%)	160 (20,5%)	
Pogotowie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Leczę się sam	133 (33,5%)	101 (26,3%)	234 (30,0%)	
Nie dotyczy	160 (40,3%)	72 (18,8%)	232 (29,7%)	

Podczas bólów menstruacyjnych kobiety z badanej populacji najczęściej leczyły się same (42,1%). W populacji polskiej i brytyjskiej była to najczęściej wybierana odpowiedź (49,9% i 34,0%). Rozkład odsetek odnoszących się do szukania pomocy podczas bólów menstruacyjnych różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy obu krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 36.

Tabela 36. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; bóle menstruacyjne (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	13 (3,3%)	35 (9,4%)	48 (6,3%)	0,0001
Apteka	55 (14,0%)	89 (24,0%)	144 (18,8%)	
Pogotowie	2 (0,5%)	0 (0,0%)	2 (0,3%)	
Leczę się sam	196 (49,9%)	126 (34,0%)	322 (42,1%)	
Nie dotyczy	127 (32,3%)	121 (32,6%)	248 (32,5%)	

W przypadku kataru siennego badani najczęściej leczyli się sami (33,2%); postępowało tak 33,5% badanych Polaków i 33,0% Brytyjczyków. Rozkład odsetków odnoszących się do szukania pomocy podczas kataru siennego różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy obu krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 37.

Tabela 37. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; katar sienny (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	50 (12,6%)	35 (9,0%)	85 (10,8%)	0,0001
Apteka	61 (15,4%)	154 (39,7%)	215 (27,4%)	
Pogotowie	2 (0,5%)	1 (0,3%)	3 (0,4%)	
Leczę się sam	133 (33,5%)	128 (33,0%)	261 (33,2%)	
Nie dotyczy	151 (38,0%)	70 (18,0%)	221 (28,2%)	

W przypadku zapalenia spojówek lub łzawienia badani najczęściej udawali się do apteki (34,4%). Badani z Wielkiej Brytanii najczęściej korzystali z pomocy w aptece (53,5%) lub przychodni (28,9%). Badani Polacy natomiast najczęściej korzystali z pomocy w przychodni (36,1%). Rozkład odsetków odnoszących się do szukania pomocy w związku z zapaleniem spojówek lub łzawieniem różnił się w sposób istotny statystycznie pomiędzy obu krajami ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 38.

Tabela 38. Różnice dotyczące miejsca szukania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia różnych dolegliwości; zapalenie spojówek, łzawienie (test 2)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Przychodnia	145 (36,1%)	115 (28,9%)	260 (32,5%)	0,0001
Apteka	62 (15,4%)	213 (53,5%)	275 (34,4%)	
Pogotowie	5 (1,2%)	4 (1,0%)	9 (1,1%)	
Leczę się sam	70 (17,4%)	27 (6,8%)	97 (12,1%)	
Nie dotyczy	120 (29,9%)	39 (9,8%)	159 (19,9%)	

2.3.3.2. Percepcja obsługi w aptece oraz kontaktów z farmaceutą

Kwestionariusz dotyczący percepcji obsługi w aptece oraz kontaktów z farmaceutą składał się z 15 pytań szczegółowych. Badani zaznaczali odpowiedzi na 5-stopniowej skali Likerta – im wyższy był średni wynik, tym była lepsza ocena farmaceuty. Wynik sumaryczny mieścił się w granicach od 15 do 75 punktów. Wyższy wynik oznaczał lepszą ogólną ocenę farmaceuty.

Z twierdzeniem 'farmaceuta mnie rozpoznaje i zna moje imię' istotnie bardziej zgadzali się respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 3,5 (1,6) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 1,8 (1,3) punktu ($p = 0,0001$).

Z oceną, że farmaceuta jest kompetentny, istotnie bardziej zgadzali się respondenci z Wielkiej Brytanii, co dawało średnio 4,4 (0,8) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których było to średnio 3,6 (0,9) punktu ($p = 0,0001$).

Z twierdzeniem, że farmaceuta słucha tego, co mówią, istotnie bardziej zgadzali się respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,4 (0,8) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,8 (1,0) punktu ($p = 0,0001$).

Fakt, że farmaceuta odpowiada na pytania, istotnie wyżej ocenili respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,4 (0,8) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,6 (1,0) punktu ($p = 0,0001$).

Też, że farmaceuta wzbudza zaufanie istotnie bardziej potwierdzali respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,4 (0,8) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,6 (1,0) punktu ($p = 0,0001$).

Respondenci z Wielkiej Brytanii istotnie lepiej ocenili zadowolenie z kontaktów z farmaceutą, co oznaczało średnio 4,2 (1,0) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,7 (1,0) punktu ($p = 0,0001$).

Zainteresowanie farmaceuty swoim stanem zdrowia istotnie lepiej ocenili respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,1 (1,1) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 2,5 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

Respondenci z Wielkiej Brytanii istotnie wyżej ocenili możliwość zadawania farmaceucie pytań, uzyskując średnio 4,2 (1,0) punktu wobec badanych z Polski, którzy uzyskali średnio 3,3 (1,2) punktu ($p = 0,0001$). W czasie wizyty w aptece nieodczuwanie naruszenia prywatności istotnie wyżej ocenili respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,3 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,9 (1,1) punktu ($p = 0,0001$).

Z twierdzeniem, że z powodu dobrych rad chcą wrócić do konkretnej apteki, istotnie bardziej zgadzali się respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,4 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,6 (1,1) punktu ($p = 0,0001$).

Sposób komunikacji farmaceuty zrozumiałym językiem istotnie wyżej ocenili respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,4 (0,8) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,9 (0,9) punktu ($p = 0,0001$).

Respondenci z Wielkiej Brytanii częściej uważali, że odpowiedzi farmaceuty są zadowalające: uzyskali średnio 4,4 (0,8) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,7 (0,9) punktu ($p = 0,0001$).

Respondenci z Wielkiej Brytanii istotnie wyżej ocenili twierdzenie, że farmaceuta jest dostępny i chętny do udzielania informacji, uzyskując średnio 4,3 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,6 (1,0) punktu ($p = 0,0001$).

Szybką obsługę istotnie lepiej ocenili respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,2 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,4 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

Pewność co do zachowania poufności swoich danych istotnie wyżej ocenili respondenci z Wielkiej Brytanii, uzyskując średnio 4,5 (0,8) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 3,4 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 39.

Tabela 39. Różnice w ocenie osoby farmaceuty (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość P
Farmaceuta mnie rozpoznaje i zna moje imię				
Średnia (SD)	1,8 (1,3)	3,5 (1,6)	2,7 (1,7)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	1,0	4,0	2,0	0,0001
95-proc. CI	[1,7;2,0]	[3,3;3,7]	[2,5;2,8]	
Farmaceuta jest kompetentny				
Średnia (SD)	3,6 (0,9)	4,4 (0,8)	4,0 (1,0)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,5;3,7]	[4,4;4,5]	[4,0;4,1]	
Farmaceuta słucha tego, co mówię				
Średnia (SD)	3,8 (1,0)	4,4 (0,8)	4,1 (1,0)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,7;3,9]	[4,3;4,5]	[4,0;4,2]	
Farmaceuta odpowiada na pytania				
Średnia (SD)	3,6 (1,0)	4,4 (0,8)	4,0 (1,0)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
95-proc. CI	[3,5;3,7]	[4,3;4,5]	[3,9;4,1]	
Farmaceuta wzbudza zaufanie				
Średnia (SD)	3,6 (1,0)	4,4 (0,8)	4,0 (1,0)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,5;3,7]	[4,3;4,5]	[3,9;4,1]	
Jestem zadowolony z kontaktów z farmaceutą				
Średnia (SD)	3,7 (1,0)	4,2 (1,0)	3,9 (1,0)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,6;3,8]	[4,1;4,3]	[3,9;4,0]	
Farmaceuta interesuje się moim stanem zdrowia				
Średnia (SD)	2,5 (1,2)	4,1 (1,1)	3,3 (1,4)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	2,0	4,0	3,0	0,0001
95-proc. CI	[2,4;2,6]	[3,9;4,2]	[3,2;3,4]	
Mogę zadawać farmaceute pytania				
Średnia (SD)	3,3 (1,2)	4,2 (1,0)	3,8 (1,2)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	3,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,2;3,4]	[4,1;4,3]	[3,7;3,9]	
Nie odczuwam naruszenia mojej prywatności				
Średnia (SD)	3,9 (1,1)	4,3 (0,9)	4,1 (1,0)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,8;4,0]	[4,2;4,4]	[4,1;4,2]	
Dobre rady sprawiają, że chcę wrócić				
Średnia (SD)	3,6 (1,1)	4,4 (0,9)	4,0 (1,1)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,5;3,7]	[4,3;4,5]	[3,9;4,1]	
Farmaceuta mówi zrozumiałym językiem				
Średnia (SD)	3,9 (0,9)	4,4 (0,8)	4,2 (0,9)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,8;4,0]	[4,3;4,5]	[4,1;4,2]	
Odpowiedzi farmaceuty są zadowalające				
Średnia (SD)	3,7 (0,9)	4,4 (0,8)	4,0 (1,0)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,6;3,8]	[4,3;4,5]	[4,0;4,1]	
Farmaceuta jest dostępny i chętny do udzielania informacji				
Średnia (SD)	3,6 (1,0)	4,3 (0,9)	4,0 (1,0)	

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,5;3,7]	[4,2;4,4]	[3,9;4,0]	
Jestem szybko obsługiwany				
Średnia (SD)	3,4 (1,2)	4,2 (0,9)	3,8 (1,1)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	3,0	4,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,3;3,5]	[4,2;4,3]	[3,7;3,9]	
Mam pewność, że zostanie zachowana poufność moich danych				
Średnia (SD)	3,4 (1,2)	4,5 (0,8)	4,0 (1,1)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,3;3,6]	[4,4;4,6]	[3,9;4,0]	

Ogólnie osobę farmaceuty i relacje pacjent-farmaceuta lepiej ocenili respondenci z Wielkiej Brytanii, co średnio przełożyło się na 64,1 punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy uzyskali średnio 51,1 (p = 0,0001). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 40.

Tabela 40. Różnice w ocenie osoby farmaceuty; ocena sumaryczna (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Średnia (SD)	51,1 (11,0)	64,1 (11,7)	57,5 (13,1)	
Zakres	16,0-75,0	15,0-75,0	15,0-75,0	
Mediana	51,0	68,0	58,0	0,0001
95-proc. CI	[50,0;52,1]	[62,9;65,2]	[56,6;58,4]	

W celu dokonania dalszych porównań ze względu na dane demograficzne badanych wykorzystano wynik sumaryczny oceny farmaceuty i kontaktów z nim. Analiza wyników wykazała, że statystycznie istotne różnice w ocenie osoby farmaceuty i kontaktów farmaceuty-pacjent ze względu na płeć badanych występują tylko w populacji Brytyjczyków (p = 0,0279). Kobiety lepiej oceniały osobę farmaceuty i kontakty z nim niż mężczyźni. W populacji Polaków i łącznej grupie badanych nie uzyskano istotnych statystycznie różnic. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 41.

Tabela 41. Różnice w ocenie farmaceuty ze względu na płeć badanych (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)		Wartość p	Wielka Brytania (n = 405)		Wartość p	Razem (n = 823)		Wartość p
	K	M		K	M		K	M	
Średnia (SD)	51,2 (11,4)	50,6 (9,9)		64,9 (11,5)	62,2 (11,8)		57,8 (13,3)	56,8 (12,4)	
Zakres	16,0- 75,0	27,0- 75,0		15,0- 75,0	25,0- 75,0		15,0- 75,0	25,0- 75,0	
Mediana	52,0	50,0	0,4488	70,0	64,0	0,0279	58,0	56,0	0,1951
95-proc. CI	[49,9;52,5]	[48,7;52,6]		[63,5;66,2]	[60,1;64,3]		[56,7;58,9]	[55,2;58,5]	

W badanej populacji stwierdzono istotną statystycznie dodatnią korelację oceny farmaceuty i wieku badanych (współczynnik korelacji 0,32; $p = 0,0001$). Im wyższy był wiek respondentów, tym była wyższa ocena farmaceuty. Podobne zależności uzyskano w populacji brytyjskiej i polskiej, tyle że współczynnik korelacji dla badanych Polaków był wyższy (współczynnik korelacji 0,25; $p = 0,0001$).

Im wyższe było wykształcenie, tym gorzej łączna populacja badanych oceniała farmaceutę (współczynnik korelacji -0,39; $p = 0,0001$); współczynnik korelacji w populacji polskiej wynosił -0,12 ($p = 0,0154$), w brytyjskiej natomiast -0,14 ($p = 0,0074$).

Wraz ze wzrostem liczebności miejsca zamieszkania ocena farmaceuty przez pacjentów ulegała pogorszeniu w łącznej populacji badanych (współczynnik korelacji -0,32; $p = 0,0001$); współczynnik korelacji w populacji polskiej wynosił -0,18 ($p = 0,0004$), natomiast w brytyjskiej -0,12 ($p = 0,0173$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 42.

Tabela 42. Różnice w ocenie farmaceuty ze względu na wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych (korelacja Spearmana)

Polska (n = 418)		Wielka Brytania (n = 405)		Razem (n = 823)	
R	Wartość p	R	Wartość p	R	Wartość p
Ocena ze względu na wiek					
0,25	0,0001	0,16	0,0010	0,32	0,0001
Ocena ze względu na wykształcenie					
-0,12	0,0154	-0,14	0,0074	-0,39	0,0001
Ocena ze względu na miejsce zamieszkania					
-0,18	0,0004	-0,12	0,0173	-0,32	0,0001

W populacji polskich pacjentów wystąpiły istotne statystycznie różnice w ocenie farmaceuty ze względu na stan cywilny badanych ($p = 0,0003$). Mężatki i żonaci istotnie lepiej ocenili farmaceutę

niż osoby stanu wolnego ($p = 0,0001$), chociaż w populacji brytyjskiej nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności w ocenie farmaceuty ze względu na stan cywilny badanych ($p = 0,6974$). Istotne statystycznie różnice wystąpiły w łącznej populacji pacjentów ($p = 0,0001$). Osoby stanu wolnego istotnie gorzej oceniały farmaceutę niż mężatki i żonaci ($p = 0,0001$) oraz osoby po rozwodzie ($p = 0,0465$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 43.

Tabela 43. Różnice w ocenie farmaceuty ze względu na stan cywilny badanych (test Kruskala-Wallisa)

	Mężatka/ /żonaty	Wolna/ /wolny	Wdowa/ /wdowiec	Rozwódka/ /rozводnik	Wartość p
Polska					
Średnia (SD)	54,2 (12,0)	49,4 (10,0)	53,5 (14,1)	49,3 (13,1)	0,0003
Zakres	16,0-75,0	19,0-75,0	36,0-74,0	19,0-59,0	¹ 0,0001
Mediana	55,0 ¹	50,0 ¹	52,5	54,5	
95-proc. CI	[52,1;56,3]	[48,2;50,7]	[38,7;68,3]	[39,9;58,7]	
Wielka Brytania					
Średnia (SD)	64,2 (12,1)	63,6 (11,2)	64,3 (14,0)	65,9 (9,9)	0,6974
Zakres	0,8-15,0	0,9-22,0	3,9-34,0	2,2-42,0	
Mediana	55,0	50,0	52,5	54,5	
95-proc. CI	[62,6;65,8]	[61,8;65,4]	[55,9;72,8]	[61,4;70,4]	
Razem					
Średnia (SD)	60,4 (13,0)	54,7 (12,5)	60,9 (14,6)	60,5 (13,4)	0,0001
Zakres	15,0-75,0	19,0-75,0	34,0-75,0	19,0-75,0	¹ 0,0001
Mediana	61,0 ¹	54,0 ^{1,2}	64,0	60,0 ²	² 0,0465
95-proc. CI	[59,0;61,8]	[53,5;56,0]	[53,9;67,9]	[55,6;65,5]	

W łącznej populacji badanych najwyższą ocenę wystawili farmaceutom pracownicy fizyczni 62,1 (11,2), a najniższą – uczniowie i studenci 52,8 (11,2). Ocena kontaktów z farmaceutą różniła się ze względu na zawód badanych osób ($p = 0,0001$). Uczniowie i studenci wystawili istotnie niższą ocenę niż pracownicy ochrony zdrowia ($p = 0,0001$), pracownicy fizyczni ($p = 0,0001$) oraz emeryci i renciści ($p = 0,0047$). Natomiast pracownicy umysłowi wystawili istotnie niższą ocenę niż pracownicy ochrony zdrowia ($p = 0,0195$) i pracownicy fizyczni ($p = 0,0004$). W populacji polskiej pracownicy umysłowi wystawili istotnie wyższą ocenę niż pracownicy ochrony zdrowia ($p = 0,0214$). Natomiast wśród Brytyjczyków ocena wystawiona farmaceutom przez uczniów i studentów była istotnie niższa niż przez pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,0417$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 44.

Tabela 44. Różnice w ocenie farmaceuty ze względu na zawód badanych (test Kruskala-Wallis)

	Ochrona zdrowia	Pracownik umysłowy	Przedsię- biorca	Pracownik fizyczny	Uczeń/ /student	Emeryt/ /rencista	Wartość <i>p</i>
Polska							
Średnia (SD)	46,7 (10,5)	52,4 (11,5)	52,5 (9,8)	52,5 (10,5)	50,7 (10,4)	54,9 (9,3)	0,0243
Zakres	21,0-68,0	16,0-75,0	36,0-66,0	28,0-74,0	19,0-73,0	36,0-74,0	0,0214 ¹
Mediana	47,0 ²	52,0 ³	50,0	51,0	51,0	56,0	
95-proc. CI	[43,9;49,6]	[50,5;54,3]	[47,9;57,0]	[48,2;56,7]	[49,0;52,4]	[49,6;60,3]	
Wielka Brytania							
Średnia (SD)	65,1 (12,6)	62,9 (11,3)	61,0 (13,1)	64,9 (9,8)	60,4 (10,8)	64,3 (13,3)	0,0266
Zakres	15,0-75,0	33,0-75,0	35,0-75,0	25,0-75,0	31,0-75,0	34,0-75,0	0,0417 ²
Mediana	72,0 ²	64,0	65,0	66,0	60,0 ³	71,0	
95-proc. CI	[62,9;67,3]	[60,4;65,5]	[56,5;65,5]	[62,8;67,0]	[56,9;63,9]	[58,5;70,1]	
Razem							
Średnia (SD)	59,6 (14,7)	56,1 (12,5)	57,9 (12,6)	62,1 (11,2)	52,8 (11,2)	60,8 (12,7)	0,0001
Zakres	15,0-75,0	16,0-75,0	35,0-75,0	25,0-75,0	19,0-75,0	34,0-75,0	0,0195 ¹
Mediana	61,0 ^{2,1}	56,0 ^{2,3}	60,0	63,0 ^{2,4}	52,0 ^{2,4,5}	60,0 ²	0,0001 ^{2,4}
95-proc. CI	[57,4;61,7]	[54,5;57,8]	[54,5;61,3]	[60,0;64,2]	[51,2;54,4]	[56,5;65,0]	0,0004 ³ 0,0047 ⁵

2.3.3.3. Czynniki wpływające na wybór apteki

Informacje na temat czynników wpływających na wybór apteki uzyskano za pomocą jednego pytania zawierającego 7 szczegółowych pytań. Za pomocą 5-stopniowej skali Likerta badani ocenili, które z czynników wpływają na wybór danej apteki. Im wyższa była uzyskana średnia, tym była większa waga czynnika. Siedem badanych czynników składało się na sumę od 4 do 35 punktów. Czynniki „dobra porada farmaceutyczna” miał istotniejsze znaczenie w populacji Brytyjczyków – oceniając go, uzyskali średnio 4,4 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy w odniesieniu do tego czynnika uzyskali średnio 3,8 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

Czynnik ‘możliwość konsultacji w osobnym pokoju’ miał istotniejsze znaczenie w populacji Brytyjczyków – oceniając go, uzyskali średnio 4,2 (1,1) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy w odniesieniu do tego czynnika uzyskali średnio 3,3 (1,4) punktu ($p = 0,0001$).

W odniesieniu do czynnika ‘estetyczny wygląd’ różnice pomiędzy populacjami okazały się nieistotne statystycznie ($p = 0,2378$).

Czynnik ‘fachowość obsługi’ miał istotniejsze znaczenie w populacji Brytyjczyków – oceniając go, uzyskali średnio 4,5 (0,7) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, którzy w odniesieniu do tego czynnika uzyskali średnio 4,3 (0,9) punktu ($p = 0,0001$).

Dla czynnika ‘dogodna lokalizacja’ nie uzyskano istotnych statystycznie różnic pomiędzy populacjami ($p = 0,3902$).

Czynnik ‘niska cena’ miał istotniejsze znaczenie w populacji Polaków – oceniając go, uzyskali średnio 4,3 (1,0) punktu, w porównaniu z badanymi z Wielkiej Brytanii, którzy w odniesieniu do tego czynnika uzyskali średnio 4,0 (1,1) punktu ($p = 0,0001$).

Czynnik ‘promocja na leki’ miał istotniejsze znaczenie w populacji Polaków – oceniając go, uzyskali średnio 4,0 (1,2) punktu, w porównaniu z badanymi z Wielkiej Brytanii, którzy w odniesieniu

do tego czynnika uzyskali średnio 3,8 (1,2) punktu ($p = 0,0348$).

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 45.

Tabela 45. Różnice w ocenie czynników decydujących o wyborze apteki (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość <i>p</i>
Dobra porada farmaceutyczna				
Średnia (SD)	3,8 (1,2)	4,4 (0,9)	4,1 (1,1)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,7;4,0]	[4,3;4,5]	[4,0;4,2]	
Możliwość konsultacji w osobnym pokoju				
Średnia (SD)	3,3 (1,4)	4,2 (1,1)	3,8 (1,3)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	3,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,2;3,4]	[4,1;4,3]	[3,7;3,9]	
Estetyczny wygląd				
Średnia (SD)	3,8 (1,1)	3,7 (1,1)	3,7 (1,1)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	4,0	4,0	0,2378
95-proc. CI	[3,6;3,9]	[3,6;3,8]	[3,6;3,8]	
Fachowość obsługi				
Średnia (SD)	4,3 (0,9)	4,5 (0,7)	4,4 (0,8)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	5,0	5,0	5,0	0,0060
95-proc. CI	[4,2;4,4]	[4,4;4,6]	[4,3;4,5]	
Dogodna lokalizacja				
Średnia (SD)	4,5 (0,9)	4,5 (0,7)	4,5 (0,8)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	5,0	5,0	5,0	0,3902
95-proc. CI	[4,4;4,5]	[4,5;4,6]	[4,4;4,5]	
Niska cena				
Średnia (SD)	4,3 (1,0)	4,0 (1,1)	4,2 (1,1)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	5,0	4,0	5,0	0,0001
95-proc. CI	[4,2;4,4]	[3,9;4,1]	[4,1;4,2]	
Promocja na leki				
Średnia (SD)	4,0 (1,2)	3,8 (1,2)	3,9 (1,2)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	4,0	4,0	0,0348
95-proc. CI	[3,8;4,1]	[3,7;3,9]	[3,8;4,0]	

Średnia czynników składających się na wybór danej apteki miała istotniejsze znaczenie w populacji Brytyjczyków, którzy uzyskali średnio 28,7 (5,4) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski,

ktorzy uzyskali średnio 27,7 (5,3) punktu ($p = 0,0013$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 46. Tabela 46. Różnice w ocenie czynników decydujących o wyborze apteki; czynniki wyboru apteki – suma (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Średnia (SD)	27,7 (5,3)	28,7 (5,4)	28,2 (5,4)	
Zakres	7,0-35,0	4,0-35,0	4,0-35,0	
Mediana	28,0	29,5	29,0	0,0013
95-proc. CI	[27,1;28,2]	[28,2;29,3]	[27,8;28,6]	

Analiza wyników dowodzi, że najważniejszymi czynnikami wpływającymi na wybór apteki w Polsce były: dogodna lokalizacja, niska cena i fachowość obsługi. Z kolei najmniejsze znaczenie miały: możliwość konsultacji w osobnym pokoju, estetyczny wygląd apteki i dobra porada farmaceutyczna. W ocenie Brytyjczyków najważniejsze czynniki wpływające na wybór apteki to: dogodna lokalizacja, fachowość obsługi, dobra porada i możliwość konsultacji w osobnym pokoju. Mniej ważne znaczenie miały promocja na leki i niska cena, najmniejsze zaś – estetyczny wygląd.

W dalszej analizie wykorzystano wynik sumaryczny czynników wpływających na wybór apteki w celu ukazania różnic ze względu na dane demograficzne badanych. Analiza wyników wykazała, że istnieją istotne statystyczne różnice pod względem wagi czynników wpływających na wybór apteki ze względu na płeć badanych w populacji Brytyjczyków ($p = 0,0237$), Polaków ($p = 0,0014$) oraz łącznej ($p = 0,0003$). W przypadku obu populacji badane czynniki w większym stopniu wpływały na wybór apteki przez kobiety niż mężczyźni. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 47. Tabela 47. Różnice wagi czynników wpływających na wybór apteki ze względu na płeć badanych (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)		War- tość p	Wielka Brytania (n = 405)		War- tość p	Razem (n = 823)		War- tość p
	K	M		K	M		K	M	
Średnia (SD)	28,1 (5,3)	26,4 (5,3)		29,1 (5,5)	28,0 (5,3)		28,6 (5,4)	27,2 (5,3)	
Zakres	7,0-35,0	11,0-35,0		4,0-35,0	7,0-35,0		4,0-35,0	7,0-35,0	
Mediana	29,0	27,0	0,0014	30,0	28,0	0,0237	29,0	28,0	0,0003
95-proc. CI	[27,5;28,7]	[25,3;27,4]		[28,4;29,7]	[27,0;28,9]		[28,1;29,0]	[26,5;27,9]	

Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji wagi czynników wpływających na wybór apteki ze względu na wiek badanych w badanych populacjach.

Łącznie w obu badanych populacjach wraz ze wzrostem wykształcenia respondentów opisane czynniki wpływające na wybór apteki ($p < 0,05$) nie miały znaczenia.

W obu populacjach łącznie wraz ze wzrostem liczebności miejsca zamieszkania pogarszała się ocena czynników wpływających na wybór apteki ($p < 0,05$). W grupie badanych Brytyjczyków nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji miejsca zamieszkania z oceną czynników wpływających na wybór apteki ($p = 0,2687$).

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 48.

Tabela 48. Różnice wagi czynników wpływających na wybór apteki ze względu na wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych (korelacja Spearmana)

Polska (n = 418)		Wielka Brytania (n = 405)		Razem (n = 823)	
R	Wartość p	R	Wartość p	R	Wartość p
Ocena ze względu na wiek					
0,05	0,2856	0,04	0,4586	0,06	0,0667
Ocena ze względu na wykształcenie					
-0,05	0,2833	-0,15	0,0031	-0,15	0,0001
Ocena ze względu na miejsce zamieszkania					
-0,13	0,0105	-0,06	0,2687	-0,13	0,0004

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między czynnikami wpływającymi na wybór apteki ze względu na stan cywilny badanych w rozpatrywanych populacjach ($p > 0,05$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 49.

Tabela 49. Różnice wagi czynników wpływających na wybór apteki ze względu na stan cywilny badanych (test Kruskala-Wallis)

	Mężatka/ Żonaty	Wolna/ wolny	Wdowa/ wdowiec	Rozwódka/ rozwódnik	Wartość
Polska					
Średnia (SD)	28,2 (4,7)	27,3 (5,6)	28,5 (7,2)	28,8 (3,8)	
Zakres	9,0-35,0	7,0-35,0	18,0-35,0	19,0-33,0	
Mediana	29,0	28,0	30,5	29,5	0,5810
95-proc. CI	[27,4;29,0]	[26,6;28,0]	[21,0;36,0]	[26,1;31,5]	
Wielka Brytania					
Średnia (SD)	28,7 (5,7)	28,9 (4,8)	27,8 (8,9)	28,1 (5,3)	
Zakres	4,0-35,0	15,0-35,0	6,0-35,0	19,0-35,0	
Mediana	29,0	30,0	30,5	29,0	0,8817
95-proc. CI	[27,9;29,5]	[28,1;29,7]	[22,1;33,4]	[25,7;30,5]	
Razem					
Średnia (SD)	28,5 (5,3)	27,9 (5,4)	28,0 (8,1)	28,3 (4,8)	
Zakres	4,0-35,0	7,0-35,0	6,0-35,0	19,0-35,0	
Mediana	29,0	28,0	30,5	29,0	0,3454
95-proc. CI	[27,9;29,1]	[27,4;28,4]	[24,0;32,0]	[26,6;30,1]	

Analiza wyników wykazała istotne statystycznie różnice w ocenie czynników wpływających na wybór apteki ze względu na zawód tylko w populacji Polaków ($p = 0,0266$). Czynniki te okazały się ważniejsze dla pracowników umysłowych niż dla pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,0267$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 50.

Tabela 50. Różnice w ocenie czynników wpływających na wybór apteki ze względu na zawód badanych (test Kruskala-Wallis)

	Ochrona zdrowia	Pracownik umysłowy	Przedsiębiorca	Pracownik fizyczny	Uczeń/student	Emeryt/rencista	Wartość p
Polska							
Średnia (SD)	26,5 (5,8)	28,3 (5,0)	28,1 (4,9)	24,9 (5,5)	27,9 (5,3)	28,4 (3,7)	0,0266
Zakres	7,0-35,0	10,0-35,0	14,0-35,0	7,0-33,0	9,0-35,0	22,0-35,0	0,0267
Mediana	27,0	29,0 ¹	28,0	25,5 ¹	28,0	28,5	
95-proc. CI	[24,9;28,1]	[27,5;29,2]	[25,7;30,4]	[22,7;27,2]	[27,0;28,7]	[26,3;30,5]	
Wielka Brytania							
Średnia (SD)	29,5 (4,8)	27,8 (6,0)	27,2 (6,4)	29,0 (5,1)	28,3 (3,9)	27,8 (8,6)	
Zakres	11,0-35,0	4,0-35,0	11,0-35,0	5,0-35,0	20,0-35,0	6,0-35,0	
Mediana	30,0	29,0	28,0	30,0	28,0	31,0	0,2030
95-proc. CI	[28,7;30,4]	[26,4;29,1]	[25,0;29,4]	[27,9;30,1]	[27,1;29,6]	[23,9;31,7]	
Razem							
Średnia (SD)	28,7 (5,3)	28,1 (5,4)	27,5 (5,9)	28,0 (5,5)	28,0 (5,0)	28,1 (6,9)	
Zakres	7,0-35,0	4,0-35,0	11,0-35,0	5,0-35,0	9,0-35,0	6,0-35,0	
Mediana	29,0	29,0	28,0	29,0	28,0	29,0	0,6818
95-proc. CI	[27,9;29,4]	[27,4;28,9]	[25,9;29,1]	[27,0;29,1]	[27,2;28,7]	[25,7;30,4]	

2.3.3.4. Ocena jakości konsultacji farmaceuty przez pacjenta

Analiza oceny, jakości i konsultacji farmaceuty przez pacjenta polegała na odpowiedzi na 9 pytań szczegółowych za pomocą 5-stopniowej skali Likerta. Im wyższa była punktacja, tym lepsza była ocena jakości konsultacji farmaceuty. Ogółem ocena jakości wynosiła od 1 do 45 punktów. Im wyższa była średnia, tym była wyższa ogólna ocena jakości konsultacji farmaceuty przez pacjenta. Ocena obszaru konsultacji 'farmaceuta wyjaśnia dawkowanie' podczas realizacji recepty była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,2 (1,0) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski ($p = 0,0001$).

Ocena obszaru konsultacji 'farmaceuta udziela rzetelnej informacji' była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,3 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 3,5 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

Ocena obszaru konsultacji 'otrzymuję zrozumiałe wyjaśnienie' była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,3 (1,0) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 3,4 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 3,4 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

Ocena obszaru konsultacji po wizycie 'wiem, jak stosować leki' była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,4 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 3,5 (1,3) punktu ($p = 0,0001$).

Ocena obszaru konsultacji 'znam skutki uboczne leków' była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,1 (1,0) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 3,1 (1,3) punktu ($p = 0,0001$).

Ocena obszaru konsultacji 'farmaceuta wyjaśnia sposób dawkowania' była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,3 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 3,3 (1,3) punktu ($p = 0,0001$).

Ocena obszaru konsultacji 'farmaceuta podchodzi ze zrozumieniem' była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,2 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 3,3 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

Ocena obszaru konsultacji 'farmaceuta uświadamia o konsekwencjach przyjmowania leków' była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,0 (1,1) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 2,8 (1,2) punktu ($p = 0,0001$).

Ocena obszaru konsultacji 'chciałbym, aby informacja o dawkowaniu była na wydruku' była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 4,4 (0,9) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 4,0 (1,3) punktu ($p = 0,0001$).

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 51.

Tabela 51. Ocena jakości konsultacji farmaceuty (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Farmaceuta wyjaśnia dawkowanie podczas realizacji recepty				
Średnia (SD)	3,2 (1,3)	4,2 (1,0)	3,7 (1,3)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	3,0	4,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,1;3,3]	[4,1;4,3]	[3,6;3,8]	
Farmaceuta udziela rzetelnej informacji				
Średnia (SD)	3,5 (1,2)	4,3 (0,9)	3,9 (1,1)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,3;3,6]	[4,2;4,4]	[3,8;4,0]	
Otrzymuję zrozumiałe wyjaśnienie				
Średnia (SD)	3,4 (1,2)	4,3 (1,0)	3,8 (1,2)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,3;3,5]	[4,2;4,3]	[3,7;3,9]	

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Po wizycie wiem, jak stosować leki				
Średnia (SD)	3,5 (1,3)	4,4 (0,9)	3,9 (1,2)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,3;3,6]	[4,3;4,4]	[3,8;4,0]	
Znam skutki uboczne leków				
Średnia (SD)	3,1 (1,3)	4,1 (1,0)	3,6 (1,3)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	3,0	4,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,0;3,2]	[4,0;4,2]	[3,5;3,7]	
Farmaceuta wyjaśnia sposób dawkowania				
Średnia (SD)	3,3 (1,3)	4,3 (0,9)	3,8 (1,2)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	3,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,1;3,4]	[4,2;4,4]	[3,7;3,8]	
Farmaceuta podchodzi ze zrozumieniem				
Średnia (SD)	3,3 (1,2)	4,2 (0,9)	3,8 (1,2)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	3,0	5,0	4,0	0,0001
95-proc. CI	[3,1;3,4]	[4,1;4,3]	[3,7;3,8]	
Farmaceuta uświadamia o konsekwencjach przyjmowania leków				
Średnia (SD)	2,8 (1,2)	4,0 (1,1)	3,4 (1,3)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	3,0	4,0	3,0	0,0001
95-proc. CI	[2,7;3,0]	[3,9;4,1]	[3,3;3,5]	
Chciałbym, aby informacja o dawkowaniu była na wydruku				
Średnia (SD)	4,0 (1,3)	4,4 (0,9)	4,2 (1,1)	
Zakres	1,0-5,0	1,0-5,0	1,0-5,0	
Mediana	4,0	5,0	5,0	0,0001
95-proc. CI	[3,9;4,1]	[4,3;4,5]	[4,1;4,3]	

Ocena konsultacji była istotnie wyższa w populacji Brytyjczyków, w przypadku których wyniosła średnio 37,9 (7,5) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wyniosła średnio 29,7 (8,6) punktu ($p = 0,0001$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 52.

Tabela 52. Ocena jakości konsultacji farmaceuty; ocena jakości konsultacji (Test Manna-Whitneya-Wilcoxon)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Średnia (SD)	29,7 (8,6)	37,9 (7,5)	33,8 (9,0)	
Zakres	1,0-45,0	9,0-45,0	1,0-45,0	
Mediana	30,0	39,0	35,0	0,0001
95-proc. CI	[28,8;30,5]	[37,1;38,6]	[33,2;34,4]	

Analiza wykazała, że wszystkie badane obszary składające się na jakość konsultacji farmaceuty z pacjentem wyżej ocenili respondenci brytyjscy.

W dalszej analizie różnic wzięto pod uwagę wynik sumaryczny oceny jakości konsultacji farmaceuty. Analiza wyników dowiodła braku istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości konsultacji farmaceuty ze względu na płeć badanych w ich łącznej grupie ($p = 0,6147$) – populacji Polaków ($p = 0,6750$) oraz Brytyjczyków ($p = 0,5538$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 53.

Tabela 53. Różnice w ocenie jakości konsultacji farmaceuty ze względu na płeć badanych (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)		War- tość p	Wielka Brytania (n = 405)		War- tość p	Razem (n = 823)		War- tość p
	K	M		K	M		K	M	
Średnia (SD)	29,6 (8,4)	29,8 (9,0)		38,0 (7,4)	37,5 (7,6)		33,7 (9,0)	34,0 (9,1)	
Zakres	9,0-45,0	1,0-45,0		9,0-45,0	10,0-45,0		9,0-45,0	1,0-45,0	
Mediana	29,0	31,0	0,6750	39,5	38,5	0,5538	35,0	35,0	0,6147
95-proc. CI	[28,7; 30,6]	[28,1; 31,6]		[37,1; 38,9]	[36,2; 38,9]		[33,0; 34,5]	[32,8; 35,2]	

Wraz z wiekiem ocena jakości konsultacji wzrastała w populacji łącznej (współczynnik korelacji 0,29; $p = 0,0001$) badanych Polaków (współczynnik korelacji 0,20; $p = 0,0001$) i Brytyjczyków (współczynnik korelacji 0,18; $p = 0,0004$).

W obu populacjach wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia zmniejszała się ocena jakości konsultacji farmaceuty ($p < 0,05$). W grupie badanych Brytyjczyków nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji wykształcenia i oceny jakości konsultacji farmaceuty ($p = 0,0562$).

W populacji Polaków oraz w obu populacjach łącznie wraz ze wzrostem liczności miejsca zamieszkania zmniejszała się ocena jakości konsultacji farmaceuty ($p < 0,05$). W grupie badanych Brytyjczyków nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji miejsca zamieszkania i oceny jakości konsultacji farmaceuty ($p = 0,1100$).

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 54.

Tabela 54. Różnice w ocenie jakości konsultacji farmaceuty ze względu na wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych (korelacja Spearmana)

Polska (n = 418)		Wielka Brytania (n = 405)		Razem (n = 823)	
R	Wartość p	R	Wartość p	R	Wartość p
Ocena ze względu na wiek					
0,20	0,0001	0,18	0,0004	0,29	0,0001
Ocena ze względu na wykształcenie					
-0,14	0,0049	-0,10	0,0562	-0,36	0,0001
Ocena ze względu na miejsce zamieszkania					
-0,15	0,0033	-0,08	0,1100	-0,27	0,0001

W populacji Polaków ocena jakości konsultacji farmaceuty była istotnie wyższa w grupie mężatek i żonatych niż wśród osób stanu wolnego ($p = 0,0019$). W grupie badanych Brytyjczyków nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności oceny jakości konsultacji farmaceuty i stanu cywilnego ($p = 0,5968$). W łącznej populacji ocena jakości konsultacji farmaceuty w grupie osób wolnych była istotnie niższa niż wśród mężatek, żonatych ($p = 0,0001$) i osób po rozwodzie ($p = 0,0123$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 55.

Tabela 55. Różnice w ocenie jakości konsultacji farmaceuty ze względu na stan cywilny badanych (test Kruskala-Wallis)

	Mężatka/ żonaty	Wolna/ wolny	Wdowa/ wdowiec	Rozwódka/ rozwodnik	Wartość p
Polska					
Średnia (SD)	31,8 (8,8)	28,7 (8,2)	29,2 (7,3)	29,0 (11,5)	0,0044
Zakres	11,0-45,0	1,0-45,0	21,0-41,0	9,0-44,0	0,0019 ¹
Mediana	34,0 ¹	29,0 ¹	28,0	33,0	
95-proc. CI	[30,2;33,3]	[27,7;29,7]	[21,5;36,9]	[20,8;37,2]	
Wielka Brytania					
Średnia (SD)	37,8 (7,6)	37,7 (7,4)	37,4 (9,0)	40,0 (5,7)	
Zakres	9,0-45,0	9,0-45,0	19,0-45,0	27,0-45,0	
Mediana	39,0	39,0	40,0	42,5	0,5968
95-proc. CI	[36,8;38,8]	[36,5;38,9]	[31,9;42,8]	[37,5;42,6]	
Razem					
Średnia (SD)	35,6 (8,6)	32,1 (9,0)	34,8 (9,2)	36,6 (9,4)	0,0001
Zakres	9,0-45,0	1,0-45,0	19,0-45,0	9,0-45,0	0,0001 ¹
Mediana	36,0 ¹	33,0 ^{1,2}	35,0	38,0 ²	0,0123 ²
95-proc. CI	[34,7;36,5]	[31,2;33,0]	[30,3;39,2]	[33,2;40,0]	

W populacjach polskiej i brytyjskiej nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności w ocenie jakości konsultacji farmaceuty ze względu na zawód badanych ($p > 0,05$). Natomiast w łącznej populacji jakość konsultacji najgorzej ocenili uczniowie i studenci. Ponadto pracownicy fizyczni ocenili jakość konsultacji farmaceuty istotnie wyżej niż pracownicy umysłowi ($p = 0,0095$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 56.

Tabela 56. Różnice w ocenie jakości konsultacji farmaceuty ze względu na zawód badanych (test Kruskala-Wallis)

	Ochrona zdrowia	Pracownik umysłowy	Przedsiębiorca	Pracownik fizyczny	Uczeń/ /student	Emeryt/ /rencista	Wartość p
Polska							
Średnia (SD)	27,3 (8,3)	31,2 (8,6)	29,1 (10,3)	28,9 (9,1)	29,2 (8,0)	31,1 (7,9)	0,0700
Zakres	13,0-45,0	9,0-45,0	1,0-45,0	14,0-45,0	9,0-45,0	21,0-44,0	
Mediana	27,0	33,0	29,0	28,0	30,0	30,0	
95-proc. CI	[25,0; 29,5]	[29,7; 32,7]	[24,2;33,9]	[25,2; 32,6]	[27,9; 30,5]	[26,6; 35,7]	
Wielka Brytania							
Średnia (SD)	37,9 (8,0)	36,8 (7,5)	38,1 (8,5)	38,8 (6,6)	35,7 (6,2)	38,3 (8,4)	
Zakres	9,0-45,0	10,0-45,0	15,0-45,0	20,0-45,0	23,0-45,0	19,0-45,0	
Mediana	39,0	38,0	41,0	41,0	36,0	41,0	0,0809
95-proc. CI	[36,5; 39,3]	[35,1; 38,5]	[35,1; 41,0]	[37,4; 40,2]	[33,7; 37,8]	[34,6; 41,9]	
Razem							
Średnia (SD)	34,8 (9,4)	33,2 (8,6)	34,8 (10,1)	36,5 (8,3)	30,6 (8,1)	35,6 (8,8)	0,0001
Zakres	9,0-45,0	9,0-45,0	1,0-45,0	14,0-45,0	9,0-45,0	19,0-45,0	0,0001 ¹
Mediana	36,0 ¹	35,0 ^{2,6}	36,0 ³	38,0 ^{4,6}	31,0 ^{1,5}	36,0 ⁵	0,0280 ²
95-proc. CI	[33,4; 36,2]	[32,1; 34,4]	[32,1; 37,5]	[35,0; 38,1]	[29,4; 31,8]	[32,6; 38,5]	0,0058 ³
							0,0001 ⁴
							0,0190 ⁵
							0,0095 ⁶

Na zakończenie analiz statystycznych dotyczących usług farmaceutycznych zsumowano wyniki związane z percepcją obsługi i kontaktami z farmaceutą, czynnikami wpływającymi na wybór apteki oraz ocenę jakości konsultacji. Wynik końcowy zawierał się w przedziale 40-155 punktów. Im wyższy był wynik, tym była lepsza ocena usług farmaceutycznych.

Wyższa była ocena usług farmaceutycznych dokonana przez respondentów z Wielkiej Brytanii, w przypadku których wynosiła 130,7 (21,3) punktu, w porównaniu z badanymi z Polski, w przypadku których wynosiła 108,7 (20,1) punktu ($p = 0,0100$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 57.

Tabela 57. Różnice w ocenie usług farmaceutycznych (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)	Wielka Brytania (n = 405)	Razem (n = 823)	Wartość p
Średnia (SD)	108,7 (20,1)	130,7 (21,3)	119,7 (23,4)	
Zakres	43,0-152,0	40,0-155,0	40,0-155,0	
Mediana	109,0	135,0	120,0	0,0100
95-proc. CI	[106,7;110,6]	[128,6;132,8]	[118,1;121,4]	

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenie usług farmaceutycznych ze względu na

pleć w badanych populacjach ($p > 0,05$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 58.

Tabela 58. Różnice w ocenie usług farmaceutycznych ze względu na płeć badanych (test U Manna-Whitneya)

	Polska (n = 418)		Wartość p	Wielka Brytania (n = 405)		Wartość p	Razem (n = 823)		Wartość p
	K	M		K	M		K	M	
Średnia (SD)	109,2 (20,6)	107,1 (18,6)		132,0 (20,9)	127,7 (21,9)		120,3 (23,7)	118,3 (22,8)	
Zakres	43,0- 152,0	64,0- 151,0		40,0- 155,0	68,0- 155,0		40,0- 155,0	64,0- 155,0	
Mediana	110,0	108,5	0,2715	137,0	130,5	0,0565	121,5	118,0	0,1926
95% CI	[106,8; 111,5]	[103,5; 110,8]		[129,5; 134,5]	[123,7; 131,6]		[118,3; 122,2]	[115,3; 121,3]	

W łącznej populacji badanych Polaków i Brytyjczyków im starszy był wiek badanych, tym lepsza była ocena usług farmaceutycznych. Ocena ta malała wraz ze wzrostem stopnia wykształcenia i liczebności miejsca zamieszkania. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 59.

Tabela 59. Różnice w ocenie usług farmaceutycznych ze względu na wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych (korelacja Spearmana)

Polska (n = 418)		Wielka Brytania (n = 405)		Razem (n = 823)	
R	Wartość p	R	Wartość p	R	Wartość p
Ocena ze względu na wiek					
0,24	0,0001	0,16	0,0016	0,30	0,0001
Ocena ze względu na wykształcenie					
-0,13	0,0085	-0,15	0,0034	-0,38	0,0001
Ocena ze względu na miejsce zamieszkania					
-0,19	0,0002	-0,11	0,0338	-0,30	0,0001

W łącznej populacji osoby stanu wolnego oceniały usługi farmaceutyczne istotnie wyżej niż respondenci żonaci i zamężne respondentki ($p = 0,0001$). Podobne zależności otrzymano w populacji polskiej ($p = 0,0002$). Natomiast w populacji brytyjskiej nie uzyskano istotnych statystycznie zależności w ocenie usług farmaceutycznych ze względu na stan cywilny badanych ($p = 0,6888$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 60.

Tabela 60. Różnice w ocenie usług farmaceutycznych ze względu na stan cywilny badanych (test Kruskala-Wallis)

	Mężatka/ żonaty	Wolna/ wolny	Wdowa/ wdowiec	Rozwódka/ rozводnik	Wartość p
Polska					
Średnia (SD)	114,8 (20,9)	105,5 (18,7)	111,2 (24,5)	107,1 (26,1)	0,0002
Zakres	63,0-152,0	43,0-151,0	84,0-148,0	47,0-131,0	0,0001
Mediana	118,0 ¹	107,0 ¹	109,5	114,5	
95-proc. CI	[111,1;118,4]	[103,2;107,9]	[85,5;136,9]	[88,4;125,8]	
Wielka Brytania					
Średnia (SD)	130,7 (22,3)	130,1 (19,7)	132,6 (26,7)	133,2 (19,9)	
Zakres	40,0-155,0	69,0-155,0	71,0-155,0	93,0-155,0	
Mediana	135,5	133,0	143,5	143,0	0,6888
95-proc. CI	[127,7;133,7]	[127,0;133,3]	[115,6;149,6]	[123,9;142,5]	
Razem					
Średnia (SD)	124,8 (23,1)	114,9 (22,5)	125,4 (27,3)	124,5 (25,0)	0,0001
Zakres	40,0-155,0	43,0-155,0	71,0-155,0	47,0-155,0	0,0001
Mediana	127,0 ¹	115,0 ¹	135,0	126,0	
95-proc. CI	[122,3;127,2]	[112,7;117,1]	[111,9;139,0]	[115,2;133,8]	

Analiza wyników wykazała, że w łącznej badanej populacji i w grupie badanych z Polski występują istotne statystycznie zależności w ocenie usług farmaceutycznych ze względu na zawód respondentów. W populacji Polaków pracownicy umysłowi ocenili usługi farmaceutyczne istotnie wyżej niż pracownicy ochrony zdrowia ($p = 0,0096$). W łącznej populacji uczniowie i studenci ocenili usługi farmaceutyczne istotnie niżej niż pracownicy ochrony zdrowia ($p = 0,0001$), pracownicy fizyczni ($p = 0,0001$) oraz emeryci i renciści ($p = 0,0166$). Ponadto pracownicy umysłowi ocenili usługi farmaceutyczne istotnie niżej niż pracownicy fizyczni ($p = 0,0071$). W populacji brytyjskiej nie wystąpiły istotne statystycznie zależności w ocenie usług farmaceutycznych ze względu na zawód badanych ($p = 0,0510$). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 61.

Tabela 61. Różnice w ocenie usług farmaceutycznych ze względu na zawód badanych (test Kruskala-Wallis)

	Ochrona zdrowia	Pracownik umysłowy	Przed-siebiorca	Pracownik fizyczny	Uczeń /student	Emeryt/ /rencista	War-tość p
Polska							
Średnia (SD)	100,4 (20,5)	112,3 (20,8)	110,1 (18,4)	106,3 (21,6)	108,1 (18,2)	114,5 (18,2)	0,0215
Zakres	63,0- 139,0	47,0- 152,0	80,0- 137,0	53,0- 149,0	43,0- 150,0	84,0- 148,0	0,0096 ¹
Mediana	100,0 ¹	114,0 ¹	107,0	103,5	109,0	117,5	
95-proc. CI	[94,7; 106,0]	[108,7; 115,8]	[101,2; 118,9]	[97,5; 115,0]	[105,1; 111,1]	[104,0; 125,0]	
Wlk. Brytania							
Średnia (SD)	132,5 (22,0)	127,5 (21,1)	126,3 (24,9)	132,7 (18,7)	124,5 (18,7)	131,7 (26,2)	
Zakres	40,0- 155,0	81,0- 155,0	77,0- 155,0	68,0- 155,0	76,0- 153,0	71,0- 155,0	
Mediana	138,5	129,0	134,0	136,0	126,0	144,0	0,0510
95-proc. CI	[128,7; 136,3]	[122,7; 132,3]	[117,8; 134,9]	[128,7; 136,7]	[118,5; 130,6]	[119,7,1 43,6]	
Razem							
Średnia (SD)	123,1 (26,0)	117,7 (22,1)	120,6 (24,0)	126,6 (22,3)	111,6 (19,5)	124,8 (24,6)	0,0001
Zakres	40,0- 155,0	47,0- 155,0	77,0- 155,0	53,0- 155,0	43,0- 153,0	71,0- 155,0	0,0001 ¹
Mediana	127,0 ¹	118,0 ²	126,5	129,0 ^{2,3}	112,0 ^{1,3,4}	126,0 ¹	0,0071 ²
95-proc. CI	[119,3; 126,9]	[114,8; 120,7]	[114,1; 127,1]	[122,5; 130,8]	[108,8; 114,5]	[116,4; 133,2]	0,0001 ³
							0,0166 ⁴

3. PODSUMOWANIE

Temat oczekiwania pacjentów względem usług farmaceutycznych, które są już dostępne oraz nowo proponowanych dla polskich pacjentów choć pojawiał się w literaturze przedmiotu i budził zainteresowanie polskiego środowiska aptekarskiego, do tej pory nie doczekał się pogłębionej naukowej analizy [211].

Opieka farmaceutyczna, choć zdefiniowana już w 2008 r. w nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich jako jedna z usług farmaceutycznych realizowanych przez farmaceutów, nie została do tej pory dokładniej sprecyzowana, poprzez konkretnie wskazane usługi farmaceutyczne, co wpisuje się w założenia modelu pierwotnie zaproponowanego przez profesor Strand [212]. Brak precyzyjnych regulacji prawnych w Polsce prowadzi do sytuacji, w której farmaceuci nie mają pewności jakie usługi farmaceutyczne należy uznać za opiekę farmaceutyczną. Farmaceuci do końca nie wiedzą, czy ich działania nie będą kwalifikowane jako reklama przez organy regulacyjne. Mając na uwadze ustawowy zakaz reklamy aptek ogólnodostępnych w Polsce, nie brakuje sporów prawnych na tym gruncie [213].

Warto podkreślić, że bezpośrednie porównanie percepcji polskich i brytyjskich pacjentów w kontekście usług farmaceutycznych jest trudnym zadaniem, z uwagi na diametralnie inne miejsce i rolę farmaceuty w systemie ochrony zdrowia w Polsce i Wielkiej Brytanii [214].

W Wielkiej Brytanii realizowanie opieki farmaceutycznej poprzez katalog usług farmaceutycznych (Rozdział 1.2) daje możliwość systematycznego monitorowania efektów leczenia uzyskiwanych u danego pacjenta [215, 216]. Katalog usług farmaceutycznych należy uznać za otwarty, a w miarę rozwoju nauk farmaceutycznych nowe usługi farmaceutyczne mogą zostać efektywnie implementowane do codziennej praktyki aptecznej.

Dzięki usłudze przeglądów lekowych wszelkie nieprawidłowości i działania niepożądane mogą być przez farmaceutę zidentyfikowane, następnie zaś skorygowane i/lub wyeliminowane [217]. Z kolei system recept powtarzanych, usługa wykonywana przez farmaceutę w aptece ogólnodostępnej, polegająca na możliwości złożenia zamówienia przez aptekę w przychodni na nową receptę dla pacjenta na produkty lecznicze stosowane w chorobach przewlekłych prowadzi do większej integracji środowiska lekarzy i aptekarzy. Taki model przedłużania recept przez aptekę poprzez konieczną współpracę z lekarzem w zakresie każdorazowej konsultacji wspiera nie tylko wzajemne relacje, ale także lepsze postrzeganie zawodu farmaceuty przez lekarzy i monitorowanie postępów w leczeniu [218]. W Wielkiej Brytanii współpraca farmaceutów z lekarzami jest bliska, w Polsce zaś blisko połowa farmaceutów nie nawiązuje współpracy z lekarzami, a pozostali czynią tak sporadycznie [152]. Taka sytuacja jest istotną przeszkodą we wdrażaniu opieki farmaceutycznej w Polsce [150].

Aby rozpowszechnić opiekę farmaceutyczną w Polsce, konieczne wydaje się zdefiniowanie usług farmaceutycznych wchodzących w skład opieki farmaceutycznej, poprzez określenie ich typu, zakresu i spodziewanej efektywności klinicznej w postaci zwięzłego katalogu (tabela 1, 2, 3). Takie podejście do rozpowszechnienia usług farmaceutycznych pozwoliłoby wdrożyć brytyjski model

opieki farmaceutycznej w kontekście podziału na usługi podstawowe w ramach już zdefiniwanego katalogu oraz dodaniu usług dodatkowych i zaawansowych.

W przeprowadzonym w tej pracy badaniach wykazano jednak istotne różnice dotyczące powodów korzystania z usług farmaceutycznych w wybranych aptekach ogólnodostępnych, gdzie 51,9 % polskich pacjentów jako główny powód wskazywało zakup leku bez recepty, natomiast drugim powodem (48,8%) była realizacja recepty w Wielkiej Brytanii odpowiednio 25,6% oraz 76,6% (tabela 10).

W Wielkiej Brytanii dominuje realizacja recept jako powód wizyty w aptece. Ma to związek z istniejącym w tym kraju systemem, który starał się znacznie ograniczyć rynek suplementów diety oraz wprowadził całkowity nadzór farmaceuty nad sprzedażą leków OTC poprzez kategorię P (str. 23). W Wielkiej Brytanii sprzedaż leków OTC jest w znacznym stopniu ograniczona na rzecz leków na receptę, w stosunku do sytuacji panującej w Polsce. Każda sprzedaż leku kategorii P (omeprazol, esomeprazol, hydrokortyzon, klotrimazol inne OTC 'switch') musi być poprzedzona konsultacją z magistrem farmacji.

Kategorie dostępności leków nadają zatem roli farmaceuty unikatowy charakter oraz są doskonałym narzędziem opieki farmaceutycznej [219]. W Polsce utrzymuje się tendencja do zwiększania sprzedaży leków OTC oraz liczne są przypadki zmiany kategorii dostępności produktów leczniczych z Rp na OTC (tzw. switch) a nawet paradoksy dwóch kategorii tego samego leku [220]. Wprowadzenie kategorii P w Polsce umożliwiłoby większą kontrolę nad sprzedażą leków i wpłynęłoby na nadzorowanie procesu samoleczenia pacjentów przez farmaceutów.

Do najczęstszych przyczyn stosowania samoleczenia pacjentów należą: brak pieniędzy, chęć oszczędzenia czasu, występowanie błahych dolegliwości, trudności w korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej, czy brak satysfakcji z usług medycznych [221]. W większości przypadków pacjent wybiera lek bez recepty na podstawie uprzedniego doświadczenia w tym zakresie (59%) lub rady farmaceuty (37%) [222]. W prezentowanych badaniach niemal połowa respondentów oceniła swoją wiedzę na temat stosowanych leków jako dobrą (49% w Polsce i 47,2 w Wielkiej Brytanii), a 27% i odpowiednio 23,8% jako dostateczną (tabela 28).

W badaniach przeprowadzonych przez TNS OBOP w 2002 roku [10] stwierdzono, że mieszkańcy krajów Europy Środkowej (Polska, Czechy, Węgry i Słowacja) uważają reklamę w mediach i wiadomości dostępne na ulotkach za najmniej wiarygodne źródła informacji o lekach. Połowa ankietowanych przynajmniej raz korzystała z porady farmaceuty przy zakupie leku bez recepty, a zaledwie 38% kierowało się po poradę do lekarza [149]. Z kolei w badaniach TNS OBOP z roku 2004 wykazano, że 97% polskich respondentów za najważniejsze źródło informacji na temat leków bez recepty uznawało aptekę [161].

W badaniach własnych autor niniejszej dysertacji nie potwierdził jednak tych danych - tylko 35% badanych Polaków czerpało wiedzę na temat leków od farmaceuty, a najwięcej z internetu (tabela 25). W Wielkiej Brytanii natomiast 63,7% procent pacjentów w Wielkiej Brytanii korzystało z porad apteki, co stanowi prawie dwa razy większą grupę. Wniosek ten jest zgodny z wynikami badań Szalonki i Sikorskiej [156], które wykazały, że tylko 20% ankietowanych pacjentów zasię-

gało porady eksperta przy wyborze produktu leczniczego, a jedynie 7% badanych wskazało, że farmaceuta chętnie udzielił informacji na temat leków i leczenia.

W badaniach zaprezentowanych w tej pracy doktorskiej dowiedziono, że brytyjski farmaceuta, wykazuje istotne zainteresowanie potrzebami i odczuciami pacjenta i staje się niezbędnym elementem w systemie opieki zdrowotnej (tabela 14, 15). W Wielkiej Brytanii to właśnie apteka jest pierwszym miejscem, do którego pacjenci udają się w przypadku różnych dolegliwości (tabela 29-38). W badaniach wykazano również, że w przypadku wystąpienia działań niepożądanych leków Brytyjczycy (32,5%) najczęściej zgłaszają się do lekarza oraz lekarza i farmaceuty. Spośród polskich pacjentów 62% prosi o pomoc lekarza (tabela 26).

Polscy pacjenci często radzą się farmaceuty, wybierając leki bez recepty [222] i suplementy diety [223], jednak takie rekomendacje powinny być poprzedzone dokładnym wywiadem [224], czego w Polsce się nie praktykuje. Również sposoby kształcenia farmaceutów w Polsce nie dają jeszcze możliwości osiągnięcia poziomu wiedzy wynikającego z standardów kształcenia w Wielkiej Brytanii.

Jednym z najistotniejszych celów opieki farmaceutycznej jest wywarcie na pacjenta wpływu, aby jak najściślej przestrzegał zaleceń terapeutycznych [225, 226, 227]. Jednym z czynników, który istotnie związany jest z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych (adherencja, ang. Adherence) pozostaje jakość komunikacji między przedstawicielem zawodu medycznego a pacjentem. Wyniki niniejszego badania wypukliły potrzebę uzupełniania informacji medycznej zaleceniami w postaci wydruku (tabela 21). Warto podkreślić, że w literaturze światowej etykietopiktogramy mają szczególnie mocną pozycję jako forma dedykowanej pacjentom informacji medycznej [228, 229]. Zaznaczyć należy, że chory w trakcie wizyty u lekarza nie otrzymuje z reguły w pełni satysfakcjonującego wyjaśnienia odnośnie zarówno samej choroby, jak i proponowanej farmakoterapii [230].

Stosowanie np. etykiet informacyjnych czy wydruków, a także piktogramów istotnie zwiększa wiedzę pacjenta na temat leków [231, 232] oraz bezpieczeństwa stosowanej terapii [232, 233-238]. Z badań własnych autora wynika, że ponad połowa pacjentów preferuje pisemny sposób informowania o dawkowaniu leków (tabela 27). Wyniki te potwierdzono w innym badaniu, którego wyniki wskazują, że prawie połowa, tj. 46% ankietowanych, chciałaby otrzymywać informacje o dawkowaniu leku w formie wydruku [239]. Etykietowanie produktów leczniczych i stosowanie pisemnej informacji o lekach jest w Wielkiej Brytanii codzienną praktyką i warto wprowadzić takie działania również w Polsce. Usługa etykietowania aptecznego mogłaby realizować jedną z podstawowych usług farmaceutycznych jako etykietowanie apteczne, finansowane w ramach tzw. opłaty dyspensacyjnej.

W badaniach dowiedziono, że istnieją istotne różnice w obsłudze pacjentów przez farmaceutów zależnie od kraju. W Wielkiej Brytanii podczas dyspensowania/wydawania leków bez recepty farmaceuci bardzo często zadają pytania o objawy, czas ich trwania, przyjmowane wcześniej leki oraz przyjmowanie innych produktów np. suplementów diety, czy o choroby współistniejące. W Polsce zaś dzieje się to sporadycznie (tabela 15). Obserwacje te potwierdzono także w bada-

niach Jankowskiego i wsp. [152], w których stwierdzono niechęć polskich farmaceutów do zbierania wywiadu podczas dyspensowania leków w aptece oraz rozwiązywania problemów związanych z zażywaniem leków (odpowiednio 49% i 38,5% badanych) Podobne obserwacje w badaniach na terenie województwa śląskiego poczynili Bułaś i wsp. [240], stwierdzając, że farmaceuci nie pytają o ww. kwestie pacjentów kupujących leki bez recepty. Tymczasem w brytyjskim modelu farmaceuta jest zdecydowanie bardziej zaangażowany w proces samoleczenia pacjentów (tabela 15).

W świetle aktualnych badań za zbyt optymistyczny należy uznać wyniki badań Jankowskiego i wsp. [151] oraz Duliana i wsp. [152], w których wykazano, że większość farmaceutów w Polsce (84%) zna zasady sprawowania opieki farmaceutycznej, a spora grupa badanych aptekarzy (15%) zadeklarowała, że obejmują opieką farmaceutyczną swoich pacjentów, np. poprzez wydawanie leków oraz udzielanie pacjentowi informacji [152]. Takie postawy dowodzą, że aby w ramach usługi wydawania leku był realizowany proces opieki farmaceutycznej, musi zostać określony zakres czynności jakie farmaceuta powinien wykonać podczas dyspensowania produktu leczniczego, czyli na przykład naklejenie etykiety, czy też przygotowanie indywidualnej ulotki dla pacjenta oraz omówienie każdego z leków ze zrealizowanej recepty.

Opieka farmaceutyczna w Wielkiej Brytanii realizowana jest w warunkach wielkiego szacunku pacjentów do zawodu farmaceuty. Stan ten został osiągnięty poprzez proces edukowania społeczeństwa w Wielkiej Brytanii, co trwało około 20 lat. Obecnie zawód farmaceuty cieszy się tak dużym zaufaniem (tabela 21). Należy więc spodziewać się, że również w Polsce, wraz z upływem czasu wszelkie podjęte działania służące nabieraniu umiejętności klinicznych przez polskich farmaceutów będą poprawiały utracony wizerunek aptekarza (tabele 19, 20, 21). Ciekawą propozycją wydawane się wykorzystanie polskich farmaceutów pracujących latami w zaawansowanym modelu brytyjskim.

Niesety kwestią nie ułatwiającą wdrożenie opieki farmaceutycznej jest niewielki stopień świadomości polskich pacjentów na temat personelu pracującego w aptekach ogólnodostępnych, tj. kwestii odróżniania techników farmaceutycznych od magistrów farmacji. Niniejsze badanie udowodniło wysoki stopień świadomości brytyjskich pacjentów w tym obszarze, gdzie aż 78% pacjentów brytyjskich jest świadomych opisanej powyżej różnicy (patrz tabela 16). Należy zauważyć, że w aptekach brytyjskich personel farmaceutyczny różni się strojem (ang. dress code) zależnie od posiadanego wykształcenia, natomiast w Polsce takiego rozróżnienia nie ma.

W Wielkiej Brytanii zakres obowiązków oraz odpowiedzialności technika farmaceutycznego w porównaniu do magistra farmacji jest jasno i konkretnie zdefiniowany. Tymczasem w polskich aptekach często zastępuje się magistrów farmacji technikami farmaceutycznymi, omijając zasadę, zgodnie z którą porada przy wydawaniu leków i preparatów powinna być udzielana przez osoby z wykształceniem uniwersyteckim [241]. Pacjent zgłaszający się po poradę często uzyskuje ją od osoby, która skończyła tylko szkołę policealną, co znacząco obniża standardy usług farmaceutycznych. Może to wynikać z oszczędności wprowadzanych przez właścicieli apteki w Polsce. Jak wskazują dane Głównego Urzędu Statystycznego, zarobki magistra farmacji są dwukrotnie wyższe niż technika farmaceutycznego, a brak rozróżniania tych grup zawodowych przez pacjen-

tów nie wymusza na właścicielach aptek zatrudnienia „droższych” pracowników [242].

Wyniki przeprowadzonego badania (tabele 19-21), są zgodne z wynikami badania Praya i wsp. dotyczącymi percepcji pacjentów i ich postaw wobec usług farmaceutycznych [160]. W tym kontekście za niezwykle istotne należy uznać kolejne z badań, w którym oceniono profil korzystania z usług farmaceutycznych [243].

Niniejsze badanie dowodzi, że brytyjscy i polscy pacjenci mają zbliżone zapotrzebowanie odnośnie usług farmaceutycznych (tabele 22-24). Wniosek taki jest interesujący, szczególnie w kontekście wielokrotnie wspomnianego w niniejszej dysertacji katalogowania usług farmaceutycznych, powszechnego w warunkach brytyjskiego systemu ochrony zdrowia, a nieobecnego w Polsce. Należy też dodać, że duża część usług farmaceutycznych realizowanych w Wielkiej Brytanii, w Polsce została zakazana przez Naczelny Sąd Administracyjny np.: mierzenie ciśnienia w aptekach co określono jako reklamę aptek.

Jednak cieszy wynik przeprowadzonych badań wskazujący, że polscy pacjenci są zainteresowani nowymi usługami farmaceutycznymi (tabele 22-24). W badaniach autor niniejszej dysertacji wykazał, że zarówno pacjenci z Polski chcieliby, aby apteki realizowały takie usługi, jak: pomiar stężenia glukozy, pomiar stężenia cholesterolu, pomiar wartości ciśnienia tętniczego i pomiar masy ciała [244]. Usługi te są dostępne w Wielkiej Brytanii od 2005 roku. Chęć korzystania z takich usług wskazywało 78-85% polskich respondentów. Usługi farmaceutyczne opisane w tej pracy mogłyby stanowić kierunek kreowania zupełnie nowej jakości obsługi polskich pacjentów w aptece, stanowiąc wyzwanie dla farmaceutów w polskim systemie ochrony zdrowia. Jednocześnie szeroka dostępność i zakres dostępnych usług farmaceutycznych mogłyby poprawić częstość wizyt w aptece, jak również zmienić strukturę powodów, dla których polscy pacjenci odwiedzają apteki ogólnodostępne. Ponadto w prezentowanych badaniach dowiedziono, że ankietowani chętnie uczestniczyliby w szkoleniach dotyczących korzystania z inhalatorów, glukometrów oraz ciśnieniomierza (tabele 22-24). W Wielkiej Brytanii szkolenia te należą do powszechnych usług farmaceutycznych z zakresu opieki farmaceutycznej.

Przed polskim aptekarstwem stoi szereg wyzwań i problemów wynikających ze słabych rozwiązań logistycznych. Badania Skowron i wsp. [245] wskazują, że brak opieki farmaceutycznej w aptekach jest spowodowany brakiem czasu na rozmowę z pacjentem, brakiem miejsca do takiej rozmowy oraz brakiem odpowiednich narzędzi (oprogramowania komputerowego). Problem ten może wynikać z różnicy w obowiązkach między farmaceutami, a technikami farmaceutycznymi w Polsce i Wielkiej Brytanii. W Wielkiej Brytanii całość działań logistycznych jest głównie organizowana przez techników farmaceutycznych natomiast, usługi farmaceutyczne w ramach opieki farmaceutycznej realizowane są przez farmaceutów.

Pacjenci w badaniu będącym przedmiotem niniejszej pracy doktorskiej wyrażali chęć, aby było udostępnione pomieszczenie do prywatnej konsultacji (tabela 20). W Wielkiej Brytanii już w 2005 roku wprowadzono możliwość konsultacji z farmaceutą w specjalnie do tego przygotowanym pomieszczeniu i w efekcie pacjenci brytyjscy korzystają z konsultacji częściej niż pacjenci polscy (tabela 20). W badaniu przeprowadzonym przez Pronk i wsp. [246] wykazano, że brak poufności

podczas spotkania z farmaceutą wpływa negatywnie na chęć konsultacji i polscy pacjenci boją się ujawnienia prywatnych informacji na temat własnego zdrowia [224]. Potwierdzają to badania autora, w których ankietowani Polacy częściej niż Brytyjczycy odczuwali naruszenie swojej prywatności i rzadziej mieli pewność zachowania tajemnicy podczas konsultacji z farmaceutą (tabela 39). W wielu aptekach w Polsce pacjentów od farmaceuty oddzielają szyby i uniemożliwiają pełnienie przez niego roli doradcy. Obsługiwany pacjent w obecności innych osób często wstydzi się zapytać o lek. Wzmocnienie usługi konsultacyjnej farmaceuty wymaga stworzenia miejsca, w których pacjenci będą mieć poczucie intymności i poufności. W badaniach dowiedziono, że przygotowanie takiego miejsca nie jest ani trudne, ani drogie [247]. Na przykładzie Wielkiej Brytanii, gdzie pełna opieka farmaceutyczna jest realizowana i szeroko stosowana, widać, że pacjenci wybierają aptekę, w której pracują życzliwi farmaceuci oraz w której mogą przedyskutować problemy zdrowotne na osobności [248]. W całokształcie osobę farmaceuty znacznie lepiej ocenili repondenci z Wielkiej Brytanii aniżeli Polscy (tabela 40).

Rozpowszechnienie opieki farmaceutycznej i usług farmaceutycznych w Wielkiej Brytanii przyczynia się do generowania oszczędności. Oszczędności te manifestują się między innymi racjonalizacją wykorzystania dostępnych zasobów ludzkich, w tym lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Na uwagę zasługuje fakt, że większość drobnych dolegliwości w Wielkiej Brytanii jest konsultowanych przez farmaceutów, a w Polsce każda z nich konsultowana jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (patrz tabele 29-38). Już dawno temu w Wielkiej Brytanii wyliczono oszczędności wynikające z wykorzystania farmaceutów i aptek jako ośrodka pierwszego kontaktu [249].

Dzięki sprawowaniu szeroko pojmowanej opieki farmaceutycznej zwiększa się profesjonalizm obsługi, co z kolei przekłada się na poziom satysfakcji pacjentów, co stwierdzili w swoich badaniach Cleary i McNeil [250] oraz Donabedian [251]. Satysfakcja pacjenta wiąże się nie tylko z realiami opieki, ale też z jego preferencjami i oczekiwaniami [252]. Preferencje i oczekiwania pacjenta mogą być postrzegane jako wyznacznik satysfakcji, natomiast elementy opieki (np. techniczne, interpersonalne) są składnikami zadowolenia [253]. Zadowolenie pacjenta może być także rozumiane jako ocena działania [51], tj. tego, jak pacjent ocenia farmaceutę podczas wykonywania różnych działań składających się na opiekę farmaceutyczną.

Wyniki uzyskane w populacji brytyjskiej (tabela 45, 51) są zgodne z obserwacjami z badań innych autorów. [254, 255], w których stwierdzono, że satysfakcja pacjenta jest ważnym wskaźnikiem jakości usług świadczonych przez farmaceutę. Kansanabo i wsp. [256] oraz Bultman i Svarstad [257] wykazali, że pacjenci (nawet 97%) uważają poradę farmaceuty za ważną i mającą bezpośredni wpływ na satysfakcję z usług aptecznych. Cenione są pytania farmaceuty o wątpliwości na temat leków, o obawy związane z ich przyjmowaniem, czy zachęty do zadawania pytań. Wykazano ponadto, że powodami mniejszej satysfakcji były: brak prywatności podczas zadawania pytań, długi czas oczekiwania na obsługę i niezadawanie pytań przez farmaceutę [246].

Potwierdzają to wyniki badań zaprezentowane w niniejszej dysertacji doktorskiej – dla pacjenta niezwykle ważne są zrozumienie i akceptacja ze strony farmaceuty [258].

Opieka farmaceutyczna realizowana poprzez ściśle zdefiniowany katalog usług farmaceutycznych to proces, który ma za zadanie nie tylko podnieść bezpieczeństwo farmakoterapii, ale również stworzyć nowe narzędzia konkurencji pomiędzy aptekami jakimi są wysokiej jakości usługi oferowane przez magistra farmacji. Całość działań przekłada się, jak wskazują badania, na wyższy stopień lojalności pacjentów wobec konkretnej apteki ogólnodostępnej w Wielkiej Brytanii, co może być efektem realizowanej w kraju pełnej opieki farmaceutycznej przez magistra farmacji [259] (tabela 18-21).

Na podstawie przeprowadzonej ankiety ustalono różnice wśród czynników wpływających na wybór apteki przez badanych respondentów z Polski i Wielkiej Brytanii. Dla pacjentów z Polski ważniejszy był estetyczny wygląd i niska cena leków, a dla Brytyjczyków – dobra porada farmaceutyczna, możliwość konsultacji w osobnym pokoju oraz fachowość obsługi (tabela 45, 46). Potwierdzają to także wnioski z innych badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii [260], w których stwierdzono, że odległość apteki od domu lub miejsca pracy, a także życzliwość farmaceutów to główne czynniki wpływające na wybór danej placówki. W badaniach Piecuch i Kozłowskiej-Wojciechowskiej [261] na wybór apteki przez warszawiaków największy wpływ miały dogodna lokalizacja i cena leków, a mniejszy – poziom obsługi. Z kolei z badań Kwileckiego [262, 263] wynika, że najważniejszym czynnikiem wyboru apteki była dostępność leków (ważniejsza niż profesjonalne doradztwo i miła obsługa).

Lojalność według ankiety Według Whitehead i wsp. [223] dostępność wyczerpujących informacji na temat leków w aptekach wpływa na zwiększenie lojalności pacjentów. Ostatnie zmiany w prawie farmaceutycznym i przepisach regulujących w Polsce spowodowały, że apteki nie mogą prowadzić programów lojalnościowych czy umieszczać reklam, co przekłada się na ograniczenie konkurencji cenowej między aptekami [182, 183]. Zmiany te powinny spowodować, że dużo większe znaczenie będzie miała funkcja doradcza farmaceutów.

W przeciwieństwie do Brytyjczyków Polacy nie wybierają konkretnej apteki, co wynika głównie z braku zaangażowania danego farmaceuty w proces terapii. Przedstawione w niniejszej książce wyniki wskazują, że profesjonalna opieka farmaceutyczna i większe skupienie się na pacjencie są podstawowymi czynnikami zapewniającym zadowolenie ze świadczonych usług farmaceutycznych. Rosnąca konkurencja na rynku sprawia, że apteki muszą podejmować działania w celu zdobycia stałych i lojalnych klientów. Wydaje się, że owe mechanizmy są dobrze rozumiane na brytyjskim rynku farmaceutycznym, na którym za cele obrano pomoc pacjentowi i jego zadowolenie. Polskie badania wskazują, że szczególną grupą docelową, która powinna zostać objęta opieką farmaceutyczną, jest populacja chorych w podeszłym wieku. Niniejsze badanie wskazało, że opieka farmaceutyczna może przyczynić się również do wzrostu zaufania i przywiązania pacjenta do konkretnej apteki ogólnodostępnej (tabela 45). Jedna z ostatnio opublikowanych prac [132] podkreśla, że większość usług farmaceutycznych realizowanych w aptekach ogólnodostępnych należy uznać za efektywne kosztowo. Za każdą usługę apteki brytyjskie otrzymują dodatkowe wynagrodzenie, co w konsekwencji stanowi znaczne źródło dodatkowych dochodów. Jednocześnie wprowadzenie w Wielkiej Brytanii usługi pomocy w zakresie drobnych dolegliwości pozwoliło

zaoszczędzić znaczną część publicznych środków finansowych [133]. Istotnym ograniczeniem wyżej wymienionej analizy jest to, że większość włączonych do przeglądu prac oparto na analizie użyteczności kosztowej (Cost Utility Analysis, CUA) [264].

Jak wynika z powyższego, to, co w Wielkiej Brytanii jest podstawową opieką farmaceutyczną, w Polsce ma charakter działań dodatkowych, na które pacjenci muszą wyrazić zgodę [265].

Jak twierdzi Mruk [266], polskie apteki, które będą pionierami we wprowadzaniu opieki farmaceutycznej, po pewnym czasie uzyskają realne zyski z tym związane, co widać na przykładzie wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Wielkiej Brytanii. Należy zaznaczyć, że w Wielkiej Brytanii i innych krajach opieka ta jest nowym narzędziem wykorzystywanym w konkurowaniu aptek ze sobą – w ich witrynach znajdują się reklamy usług farmaceutycznych świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej, a nie reklamy produktów. Wprowadzony w Polsce od 1 stycznia 2012 roku zakaz reklam aptek i ich działalności ma doprowadzić do podobnego zjawiska. Dlatego tak ważne jest wydanie kompleksowego stanowiska inspekcji farmaceutycznej w sprawie reklamy i promowania usług farmaceutycznych [267].

Niemniej jednak próby populacyjne pacjentów przebadanych w każdym z krajów wskazują na pewne preferencje określonych grup ludności korzystających z aptek.

W opinii autora niniejsze opracowanie identyfikuje zapotrzebowanie pacjentów na usługi farmaceutyczne w Polsce i Wielkiej Brytanii. Wiedza w tym zakresie może być pomocna we wdrożeniu opieki farmaceutycznej w Polsce oraz ustaleniu sposobu jej realizacji poprzez nowe usługi farmaceutyczne, a także w ocenie jakości usług farmaceutycznych.

4. WNIOSKI

1. Pacjenci w Polsce wyrazili wysoki poziom zainteresowania wszystkimi usługami farmaceutycznymi oferowanymi obecnie przez apteki ogólnodostępne w Wielkiej Brytanii, lecz niedostępnymi w Polsce.
2. W ocenie pacjentów zaangażowanie farmaceutów brytyjskich w doradztwo farmaceutyczne jest duże, natomiast polscy respondenci wskazują, że farmaceuci tylko sporadycznie przeprowadzają wywiad z pacjentem poprzedzający sprzedaż czy rekomendację leku OTC.
3. Apteki ogólnodostępne w Polsce powinny bardziej zaangażować się w pomoc pacjentom w zakresie małych dolegliwości.
4. Polscy pacjenci nie odróżniają magistra farmacji do technika farmaceutycznego w takim stopniu, jak ma to miejsce w Wielkiej Brytanii, co wpływa na ogólną ocenę jakości usług farmaceutycznych.
5. Słaby stopień realizacji zaleceń lekarskich przez polskich pacjentów wynikający z braku realizacji recept z powodów finansowych stwarza dla polskich farmaceutów nowe wyzwanie w sprawowaniu opieki farmaceutycznej, nieznanne w sytuacji lepszego finansowania opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii.
6. Usługi opieki farmaceutycznej są jednym z najważniejszych czynników wpływających na wybór apteki przez pacjenta w Wielkiej Brytanii, co pozwala wnioskować, że wprowadzenie opieki farmaceutycznej w Polsce może się przyczynić do wzmocnienia konkurencyjności aptek.
7. Wdrożenie modelu opieki farmaceutycznej obowiązującego w Wielkiej Brytanii, w Polsce zmieniłoby postrzeganie aptek ogólnodostępnych przez pacjentów.

5. PIŚMIENICTWO

- Rossing, C; Hansen, EH; Krass, I; Morgall, JM. Pharmaceutical care in Denmark: perceived importance of medicine-related problems and participation in post graduate training. *Pharm. World Sci.* 2003, 25, 73–78.
- Bell, HM; McElnay, JC; Hughes, CM; Woods, A. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists in Northern Ireland. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 1998, 55, 2009–2013.
- Hepler, CD; Strand, LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1990, 47, 533–554.
- Pod opieką farmaceuty. *Gaz. Lek.* 2011, 8, 6–13.
- Opieka farmaceutyczna. Przeciwwskazania? Nie występują. *Aptekarz.* 2011, 59, 11–13.
- Van Wijk, B; Klungel, O; Heerdink, E; i wsp. Effectiveness of interventions by community pharmacists to improve patient adherence to chronic medication: a systematic review. *Ann. Pharmacother.* 2005; 39; 319–328.
- Jasińska, M; Orszulak-Michalak, D. Leki OTC - wybrane aspekty farmakoterapii –część druga. *Aptekarz.* 2010. http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=614&Itemid=66 (Dostęp: 2013.04.01)
- TNS Polska. Rozkład odpowiedzi udzielonych przez Polaków na pytanie: Czy słyszał (a)Pan/Pani opinie farmaceutycznej? TNS OBOP: Warszawa, 2010.
- McNaughton, RJ; Oswald, NT; Shucksmith, JS; Heywood, PJ; Watson, PS. Making a success of providing NHS Health Checks in community pharmacies across the Tees Valley: a qualitative study. *BMC Health. Serv. Res.* 2011, 11, 222.
- Ladhani, NN; Majumdar, SR; Johnson, JA; Tsuyuki, RT; Lewanczuk, RZ; Spooner, R; Simpson, SH. Adding pharmacists to primary care teams reduces predicted long-term risk of cardiovascular events in Type 2 diabetic patients without established cardiovascular disease: results from a randomized trial. *Diabet. Med.* 2012.
- Trewin, V; Town, R. Pharmacist effectiveness at case conferences. *Br. J. Pharm. Pract.* 1986, 8, 298–304.
- Dornan, T; Ashcroft, D; Heathfield, H; i wsp. In-depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education. EQUIP study. Final report to the General Medical Council. University of Manchester School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences and School of Medicine: Manchester, 2009.
- Winstanley, P; Irvin, L; Smit, i wsp. Adverse drug reactions: a hospital pharmacy-based reporting scheme. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1989, 28, 113–116.
- Lee, A; Bateman, D; Edwards, C; i wsp. Reporting of adverse drug reactions by hospital pharmacists: pilot scheme. *Br. Med. J.* 1997, 315, 519.
- Green, C; Mottram, D; Rowe, P; i wsp. Adverse drug reaction monitoring by United Kingdom hospital pharmacy departments: impact of the introduction of 'yellow card' reporting for pharmacists. *Int. J. Pharm. Pract.* 1999, 7, 238–246.
- Varma, S; McElnay, J; Hughes, C; i wsp. Pharmaceutical care of patients with congestive heart failure: interventions and outcomes. *Pharmacotherapy.* 1999, 19, 860–869.
- Johnston, M; Clarke, A; Mundy, K; i wsp. Facilitating comprehension of discharge medication in elderly patients. *Age Ageing.* 1986, 15, 304–306.
- Goodyer, L; Miskelly, F; Milligan, P. Does encouraging good compliance improve patients clinical condition in heart failure? *Br. J. Clin. Pract.* 1995, 49, 173–176.
- Al-Eidan F, McElnay J, Scott M; i wsp: Management of Helicobacter pylori eradication – the influence of structured counselling and follow-up. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2002, 53, 163–171.
- McElnay, J; Scott, M; Armstrong, A; i wsp. Audiovisual demonstration for patient counselling in the use of pressurised aerosol bronchodilator inhalers. *J. Clin. Pharm. Ther.* 1989, 14, 135–144.
- Wood, S; Calvert, R; Acomb, C; i wsp. A self-medication scheme for elderly patients improves compliance with their medication regimens. *Int. J. Pharm. Pract.* 1992, 1, 240–241.
- Sporny, AJ. Leki alkalizujące – działania niepożądane, toksyczność, potencjalne szkodliwe interakcje. 2009. www.gastroenterologia.pl (Dostęp: 2009.11.24)
- Culig, J; Leppée, M; Boskovic, J; Eric, M. Determining the difference in medication compliance between the general patient population and patients receiving antihypertensive therapy: a case study. *Arch. Pharm. Res.* 2011, 34, 1143–1152.
- Osamor, PE; Owumi, BE. Factors associated with treatment compliance in hypertension in southwest Nigeria. *J. Health Popul. Nutr.* 2011, 29, 619–628.
- Commonwealth Department of Health and Family Services. Top 10 drugs. *Aust. Prescriber.* 1997, 20, 92.
- Kurpas, D; Steciwko, A. Paracetamol i ibuprofen w codziennej praktyce lekarza rodzinnego. *Terapia.* 2009, 17, 107–114.
- Meszáros, J. Leki przeciwbólowe dostępne bez recepty: – jak stosować, jak doradzać pacjentowi. *Przew. Lek.* 2001, 4, 76–87.
- Scullin, C; Scott, M; Hogg, A; i wsp. An innovative approach to integrated medicines management. *J. Eval. Clin. Pract.* 2007, 13, 781–788.
- Care Quality Commission: Guidance about Compliance. Essential Standards of Quality and Safety. Care Quality Commission: London, 2010.
- American College of Clinical Pharmacy. The definition of clinical pharmacy. *Pharmacotherapy.* 2008, 28, 816–817.
- Cotter, S; Barber, N; McKee, M. Professionalisation of hospital pharmacy: the role of clinical pharmacy. *J. Soc. Admin. Pharm.* 1994, 11, 57–67.
- Department of Health. Health Services Management. The Way Forward for Hospital Pharmaceutical Services. HC(88)54. HMSO: London, 1988.
- Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, *Dz.U.* 2008, nr 47, poz. 273.
- Strategia Wdrażania Opieki Farmaceutycznej w Polsce. Biuletyn Naczelnej Rady Aptekar-

- skiej. 2007, 4, I–XII.
35. Hatoum, HT; Hutchinson, RA ; Lambert, BL. OBRA 90: patient counseling—enhancing patient outcomes. *US Pharm.* 1993, 18, 76–86.
 36. OBRA '90. A practical guide to effecting pharmaceutical care. American Pharmaceutical Association: Washington, DC, 1994.
 37. Lynn, NJ; Kamm, RE. Avoiding liability problems. *Am. Pharm.* 1995, NS35, 14–22.
 38. Herrier, RN; Boyce, RW. Does counseling improve compliance? *Am. Pharm.* 1995, NS35, 11–12.
 39. Foster, SL; Smith, EB; Seybold, MR. Advanced counseling techniques: integrating assessment and intervention. *Am. Pharm.* 1995, NS35, 40–48.
 40. Bond, WS; Hussar, DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1991, 48, 1978–1988.
 41. Felkey, BG. Adherence screening and monitoring. *Am. Pharm.* 1995, NS35, 42–51.
 42. Herrier, RN; Boyce, RW. Establishing an active patient partnership. *Am. Pharm.* 1995, NS35, 48–57.
 43. Boyce, RW; Herrier, RN; Gardner, M. Pharmacist-patient consultation program, unit I: an interactive approach to verify patient understanding. Pfizer Inc.: New York, 1991.
 44. Pharmacist-patient consultation program, unit II: counseling patients in challenging situations. Pfizer Inc.: New York, 1993.
 45. Schaefer, M; Schultz, M. *Grundlagen der pharmazeutischen Betreuung.* Verlag: Eschborn, 2000.
 46. Yeaw, J; Benner, JS; Walt, JG; Sian, S; Smith, DB. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. *J. Manag. Care Pharm.* 2009, 15, 724–736.
 47. Their, SL; Yu-Isenberg, KS; Leas, BF; i wsp. In chronic disease, nationwide data show poor adherence by patients to medication and by physicians to guidelines. *Manag. Care.* 2008, 17, 48–52.
 48. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Chronic Diseases: The Power to Prevent, the Call to Control.* National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2009. <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/chronic.html> (Dostęp: 2012.03.01).
 49. Sokol, MC; McGuigan, KA; Verbrugge, RR; Epstein, RS. Impact on medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med. Care.* 2005, 43, 521–530.
 50. New England Healthcare Institute. *Thinking Outside the Pillbox. A System-wide Approach to Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease.* New England Healthcare Institute: Cambridge MA, 2009. http://www.nehi.net/uploads/full_report/pa_issue_brief_final.pdf (Dostęp: 2012.03.01)
 51. Schommer, J; Kucukarslan, S. Measuring patient satisfaction with pharmaceutical services. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 1997, 54, 2721–2732.
 52. MacKinnon, NJ. Striving beyond patient satisfaction: a roadmap for pharmacists <http://www.inetce.com/articles/pdf/221-999-05-007-H04.pdf> (Dostęp: 2016.05.21)
 53. Pasco, GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval. Program Plann.* 1983, 6, 185–210.
 54. MacKeigan, L; Larson, L. Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. *Med. Care.* 1989, 27, 522–536.
 55. Fitzpatrick, R. Surveys of patients satisfaction: I – important general considerations. *BMJ.* 1991, 302, 887–889.
 56. Hall, J; Feldstein, M; Fretwell, M; Rowe, J; Epstein, A. Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Med. Care.* 1990, 28, 261–270.
 57. Hall, J; Milburn, M; Epstein, A. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med. Care.* 1993, 31, 84–94.
 58. Marshall, G; Hays, R; Mazel, R. Health status and satisfaction with health care: results from the medical outcomes study. *J. Consul. Clin. Psychol.* 1996, 64, 380–390.
 59. Johnson, J; Coons, S; Hays, R; Pickard, A. Health status and satisfaction with pharmacy services. *Am. J. Manag. Care.* 1999, 5, 163–170.
 60. Bloom, B. Daily regimen and compliance with treatment. *Br. Med. J.* 2001, 323, 647.
 61. Tomerska-Kowalczyk, E. *Przygotowanie w aptece miejsca do świadczenia opieki farmaceutycznej.* Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza: Warszawa, 2006.
 62. Brandys, J; Skowron, A. *Opieka farmaceutyczna.* W *Farmacja Praktyczna*; Red. Jachowicz, R. Wydawnictwo Lekarskie PZWL: Warszawa, 2007, 188–214.
 63. Cipolle, RJ; Strand, LM; Morley, PC. *Pharmaceutical care practice. The Clinician's Guide.* McGraw-Hill, 2004.
 64. Jachowicz, R. *Farmacja Praktyczna.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL: Warszawa, 2010.
 65. Jasik, M. *Opieka diabetologiczna. Wybrane zagadnienia z diabetologii klinicznej dla aptekarzy.* Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego: Warszawa, 2005.
 66. Herrier, RN; Boyce, RW. Communicating risk to patients. *Am. Pharm.* 1995, NS3, 12–14.
 67. Łazowski, J. *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej.* Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego: Warszawa, 2005.
 68. *Patient Care Process.* Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences University of Alberta. <https://pharm.ualberta.ca/-/media/pharm/preceptors/documents/training-and-resources/pcp-whole-document-updated-august-2013.pdf> (Dostęp: 2016.04.24)
 69. Strand, LM. Remington Lecture. Revisioning the profession. *J. Am. Pharm. Assoc. (Wash.)* 1997, S37, 474–478.
 70. Strand, LM; Cipolle, RJ; Morley, PC; Perrier, DG. Levels of pharmaceutical care: a needs-based approach. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1991, 48, 547–550.
 71. Changing the way pharmacy only drugs are supplied would be unwise. *BMJ.* 2015, 351:h3951.
 72. Merks, P; Świeczkowski, D; Olszewska, A; Krysiński, J. Kategorie dostępności leków sposobem na nadzór farmaceuty w procesie samoleczenia pacjenta. *Czas. Aptek.* 2015, 8, 33–43.
 73. *The BlueGuide.* MHRA, 2005. <http://www.mhra.gov.uk/home/groups/pla/documents/publication/con2022589.pdf>

74. Personal view end pharmacists' monopoly on selling certain drugs Article. *BMJ*. 2015, 351:h3415.
75. Edmunds, J; Calnan, MW. The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom. *Soc. Sci. Med.* 2001, 53, 943–955.
76. Ryan-Woolley, BM; Cantrill, JA; Noyce, PR; Bennett, E; Geoghegan, M; Murphy, M. A partnership between community pharmacists and general practitioners in the management of ischemic heart disease: a feasibility study. *Pharmaceut. J.* 2001, 267, 255–258.
77. Hassell, K; Whittington, Z; Cantrill, JA; Bates, F; Rogers, AE; Noyce, PR. Managing demand: transfer of management of self-limiting conditions from general practice to community pharmacies. *BMJ*. 2001, 323, 146–147.
78. Bond, C; Matheson, C; Williams, S; Williams, P; Donnan, P. Repeat prescribing: a role for community pharmacists in controlling and monitoring repeat prescriptions. *Br. J. Gen. Pract.* 2000, 50, 271–275.
79. Morecroft, CW; Ashcroft, DM; Noyce, P. Repeat dispensing of prescriptions in community pharmacies: a systematic review of the UK literature. *IJPP*. 2006, 14, 11–19.
80. Committee of Inquiry. Pharmacy—report to the Nuffield Foundation. The Nuffield Foundation: London, 1986, 13, 131–133.
81. Bissell, P; Anderson, C. Supplying emergency contraception via community pharmacies in the UK: reflections on the experiences of users and providers. *Soc. Sci. Med.* 2003, 57, 2367–2378.
82. Anderson, C; Blenkinsopp, A; Armstrong, M. The contribution of community pharmacy to improving the public's health: Report 1 Evidence from the peer reviewed literature 1990–2001. Pharmacy Health Link: London, 2003.
83. Department of Health and Social Security. Promoting better health—the government's program for improving primary care. Cm 249. HMSO: London, 1987.
84. Department of Health/Royal Pharmaceutical Society of Great Britain Joint Working Party. Pharmaceutical care: the future of community pharmacy. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain: London, 1992.
85. Department of Health. The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform. Department of Health: London, 2000.
86. Department of Health. Pharmacy in the future – implementing the NHS Plan. Department of Health: London, 2000.
87. Scottish Executive. The right medicine – a strategy for pharmaceutical care in Scotland. Scottish Executive: Edinburgh, 2002.
88. Welsh Assembly Government. Remedies for success—a strategy for pharmacy in Wales. Welsh Assembly Government: Cardiff, 2002.
89. National Health Service. The National Health Service (Pharmaceutical Services) Regulations, 2005. <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2005/641/regulation/2/made> (Dostęp: 2013.03.21).
90. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. <http://psnc.org.uk/> (Dostęp: 2013.03.21).
91. Department of Health. Practice payments: DH/PSNC statement on dispensing staff levels, 2007. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Communitypharmacy/> (Dostęp: 2013.03.21).
92. Hawthorne, N; Anderson, C. The global pharmacy workforce: a systematic review of the literature. *Hum. Resour. Health.* 2009, 7, 48.
93. Merks, P; Piekart, E; Krupa, K; Białoszewska, K; Kozłowska-Wojciechowska, M. Patient medical records (PMR) as an important aspect of documenting pharmaceutical care. *Farm. Pol.* 2013, 69, 464–474.
94. Iversen, L; Mollison, J; MacLeod, T. Attitudes of the general public to the expanding role of community pharmacists: A pilot study. *Fam. Pract.* 2001, 18, 534–536.
95. Matheson, C; Bond, C; Tinelli, M. Community pharmacy harm reduction services for drug misusers: national service delivery and professional attitude development over a decade in Scotland. *J. Public Health (Oxf).* 2007, 29, 350–357.
96. Sheridan, J; Wheeler, A; Chen, L; Huang, A; Leung, I; Tien, K. Screening and brief interventions for alcohol: attitudes, knowledge and experience of community pharmacists in Auckland, New Zealand. *Drug Alcohol Rev.* 2008, 27, 380–387.
97. Cameron, I; Matheson, C; Bond, C. A survey of community pharmacists training needs in the management of opioid dependent clients in Grampian, Scotland. *Pharm. J.* 2006, 275, 601–603.
98. Larsson, E; Viberg, N; Vernby, A; Nordmark, J; Stalsby-Lundborg, C. Health information, an area of competition for Swedish pharmacies. *Pharm. Pract.* 2008, 6, 74–78.
99. Law, A; Shapiro, K. Impact of a community pharmacist directed clinic in improving screening and awareness of osteoporosis. *J. Eval. Clin. Pract.* 2005, 11, 247–255.
100. Fera, T; Bluml, B; Ellis, W; Schaller, C; Garrett, D. The diabetes ten city challenge: Interim clinical and humanistic outcomes of a multisite community pharmacy diabetes care program. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2008, 48, 181–190.
101. Folkes, L; Graham, A; Weiss, M. A qualitative study of the views of women aged 18–29 on over the counter availability of hormonal emergency contraception. *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care.* 2001, 27, 189–192.
102. Lawrie, T; Matheson, C; Bond, C; Roberts, K. Pharmacy customers' views and experiences of using pharmacies which provide drug misuse services. *Drug Alcohol Rev.* 2004, 23, 195–202.
103. Cordina, M; Safta, V; Ciobanu, A; Sautenkova, N. An assessment of community pharmacists' attitudes towards of professional practice in the Republic of Moldova. *Pharm. Pract.* 2008, 6, 1–8.
104. Larsson, M; Eurenus, K; Westerling, R; Tyden, T. Emergency contraceptive pills over the counter: a population based survey of young Swedish women. *Contraception.* 2004, 69, 309–315.
105. Griggs, S; Brown, C. Texas community pharmacists' willingness to participate in pharmacist

- initiated emergency contraception. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2007, 47, 48–57.
106. Landau, S; Besinque, K; Chung, F; Dries-Daffner, I; Monastersky Maderes, N; Taylor McGhee, B; Greene Foster, D. Pharmacists interest in and attitudes toward direct pharmacy access to hormonal contraception in the United States. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2009, 49, 43–50.
 107. Merks, P; Olszewska, A; Dehili, Ch; Allan, M; Kilpelainen, T; Grabowska, M; Kozłowska-Wojciechowska, M. Consultation room as one of the important aspects of implementation of advanced pharmaceutical services in Poland. *Farm. Pol.* 2013, 69, 399–407.
 108. Briefing paper on Out of Hours Services, Medicines Supply and the Role of Community Pharmacy. National Pharmaceutical Association and the Pharmaceutical Services Negotiating Committee, 2005.
 109. Department of Health, Scottish Home and Health Department, Welsh Office, Northern Ireland Department of Health and Social Services. Drug misuse and dependence—guidelines on clinical management. Stationery Office, 1999.
 110. Sheridan, J; Manning, V; Ridge, G; Strang, J. Community pharmacies and the provision of opioid substitution services for drug misusers: changes in activity and attitudes of community pharmacists across England 1995–2005. *Addiction.* 2007, 102, 1824–1830.
 111. Hall, W; Degenhardt, L; Lynskey, M. Opioid overdose mortality in Australia, 1964–1997: birth cohort trends. *Med. J. Aus.* 1999, 171, 34–37.
 112. Chaulk, CP; Kazandjian, VA. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: consensus statement of the Public Health Tuberculosis Guidelines Panel. *JAMA.* 1998, 279, 943–948.
 113. Verma, A; Harrison, A; Torun, P; Vestbo, J; Edwards, R; Thornton, J. Are pharmacists reducing COPD'S impact through smoking cessation and assessing inhaled steroid use? *Respir. Med.* 2012, 106, 230–234.
 114. Williams, DM; Newsom, JF; Brock, TP. An evaluation of smoking cessation-related activities by pharmacists. *J. Am. Pharm. Assoc. (Wash).* 2000, 40, 366–370.
 115. Sinclair, HK; Bond, CM; Stead, LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004, 1, CD003698.
 116. Kotecki, JE; Hillery, DL. A survey of pharmacists' opinions and practices related to the sale of cigarettes in pharmacies-revisited. *J. Community Health.* 2002, 27, 321–333.
 117. Tominz, R; Vegliach, A; Poropat, C; Zamboni, V; Bovenzi, M. Smoking cessation with the help of community pharmacists. *Epidemiol. Prev.* 2010, 34, 73–79.
 118. Goniewicz, ML; Lingas, EO; Czogala, J; Koszowski, B; Zielinska-Danch, W; Sobczak, A. The role of pharmacists in smoking cessation in Poland. *Eval. Health Prof.* 2010, 33, 81–95.
 119. Brandys, J; Panas, M; Skowron, A; Urbaczka, A. Assessment of the effectiveness of pharmacists' activities in treatment of tobacco-addicted patients in the context of pharmacists' counselling in Cracow's pharmacies. *Przegl. Lek.* 2009, 66, 836–840.
 120. Baluch, WM. Pharmacists' role in a smoking-cessation program at a health maintenance organization. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 1995, 52, 287–293.
 121. Smith, MD; McGhan, WF; Lauger G. Pharmacist counseling and outcomes of smoking cessation. *Am. Pharm.* 1995, NS35, 20–29.
 122. West, RJ; Hajek, P; Belcher, M. Severity of withdrawal symptoms as a predictor of outcome of an attempt to quit smoking. *Psychol. Med.* 1989, 19, 981–985.
 123. Hughes, JR. Tobacco withdrawal in self-quitters. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992, 60, 689–697.
 124. Hajek, P; Gillison, F; McRobbie, H. Stopping smoking can cause constipation. *Addiction.* 2003, 98, 1563–1567.
 125. Ussher, M; West, R; Steptoe, A; McEwen, A. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. *Tob. Control.* 2003, 12, 86–88.
 126. McRobbie, H; Hajek, P; Gillison, F. The relationship between smoking cessation and mouth ulcers. *Nicotine Tob. Res.* 2004, 6, 655–659.
 127. Meyer-Masseti, C; Kaiser, E; Hedinger-Grogg, B; Luterbacher, S; Hersberger, K. Medication safety in the homecare setting: Error-prone process steps. *Pflege.* 2012, 25, 261–269.
 128. Kovner, C; Menezes, J; Goldberg, JD. Examining nurses' decision process for medication management in homecare. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* 2005, 31, 379–385.
 129. Aitken, R; Manias, E; Dunning, T. Documentation of medication management by graduate nurses in patient progress notes: a way forward for patient safety. *Collegian.* 2006, 13, 5–11.
 130. Spinewine, A; Fialová, D; Byrne, S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging.* 2012, 29, 495–510.
 131. Audette, CM; Triller, DM; Hamilton, R; Briceland, LL. Classifying drug-related problems in home care. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2002, 59, 2407–2409.
 132. Baqir, W; Learoyd, T; Sim, A; Todd, A. Cost analysis of a community pharmacy 'minor ailment scheme' across three primary care trusts in the North East of England. *J. Public. Health (Oxf).* 2011, 33, 551–555.
 133. Paudyal, V; Hansford, D; Scott Cunningham, IT; Stewart, D. Cross-sectional survey of community pharmacists' views of the electronic Minor Ailment Service in Scotland. *Int. J. Pharm. Pract.* 2010, 18, 194–201.
 134. Fischer, B; Argento, E. Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: a review. *Pain Physician.* 2012, 15, ES191–203.
 135. Amari, E; Rehm, J; Goldner, E; Fischer, B. Nonmedical prescription opioid use and mental health and pain comorbidities: a narrative review. *Can. J. Psychiatry.* 2011, 56, 495–502.
 136. Huang, B; Dawson, DA; Stinson, FS; Hasin, DS; Ruan, WJ; Saha, TD; Smith, SM; Goldstein, RB; Grant, BF. Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry.* 2006, 67, 1062–1073.
 137. Merks, P; Iwanczyk, M; Ficenes, E; Olszewska, A. Opieka farmaceutyczna w Wielkiej Brytanii w opiniach polskich farmaceutów. *Czas. Apt.* 2014, 12, 11–15.
 138. Skowron, A. Wytyczne opieki farmaceutycznej w Polsce. *Farm. Pol.* 2006, 62, 577–624.
 139. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z ap-

- teki produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Dz. U. 2002, nr 183, poz. 1531.
140. Narodowy Fundusz Zdrowia. Realizacja recept - Aptekarze, 2003. <http://www.nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/1277> (Dostęp: 2013.03.21).
 141. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich. Dz. U. 2014, poz. 1429, z późn. zm.
 142. Skowron, A. O potrzebie opieki farmaceutycznej i jej finansowania. *Aptekarz*. 2011, 61, 31–32.
 143. Zygadło, E. Komunikacja a opieka farmaceutyczna nad pacjentem z chorobą przewlekłą. Wybrane aspekty praktyczne. *Farm. Pol.* 2003, 23, 1081–1085.
 144. Rajska-Neumann, A; Wieczorowska-Tobis, K. Pułapki farmakoterapii geriatrycznej. *Terapia*. 2010, 18, 24–27.
 145. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna. Deklaracja zasad: Samoopieka wraz z samoleczeniem – Zawodowa rola aptekarza. *Farm. Pol.* 1997, 53, 463.
 146. Pączkowska, M. Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ. 2008, 1–29.
 147. Hartman, M; Lichtański, P; Duda-Raszewska, B; Klimacka-Nawrot, E; Błońska-Fajfrowska, B. Samodzielnie leczysz przeziębienie czy korzystasz z pomocy? W *Samoleczenie*; Red. Krajewski-Siuda, K. Instytut Sobieskiego: Kraków, 2011, 203–210.
 148. Miaskowska-Daszekiewicz, K. Problemy związane z życzeniowym przyjmowaniem produktów leczniczych, 2008. www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=126
 149. TNS OBOP. Rady z za lady – mieszkańcy Europy Środkowej wolą farmaceutów od lekarzy, 2002. www.tnsglobal.pl/archive-report/id/1321
 150. Bąbelek, T. Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce. XI Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Edukacyjna „Opieka farmaceutyczna jako gwarancja skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii oraz jej wpływ na kondycję ekonomiczną aptek”. Materiały zjazdowe, Warszawa, 2004.
 151. Dulian, K; Skrabalak, M; Kamiński, R; Stożkowska, W. Edukacyjna rola farmaceuty w farmakoterapii w świetle opinii pracowników aptek i pacjentów. *Farm. Pol.* 2003, 59, 792–794.
 152. Jankowski, A; Bułaś, L; Jaros, K. Ocena realizacji opieki farmaceutycznej w aptekach regionu Podbeskidzia. *Farm. Pol.* 2007, 63, 57–61.
 153. Hartman, M; Lichtański, P; Klimacka-Nawrot, E; Donocik, K; Błońska-Fajfrowska, B. Wpływ reklamy na asortyment stosowanych leków na przeziębienie. W *Samoleczenie*; Red. Krajewski-Siuda, K. Instytut Sobieskiego: Kraków, 2011, 203–210.
 154. Shushkievich; Waszyk-Nowaczyk M; Simon, M. Kryteria wyboru leków OTC przez pacjentów aptek. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego: Poznań, 2008.
 155. Grzelak-Hodor, J. Efekty samoleczenia Polaków. [www.pulsmedycyny.com.pl /index/archiwum/11270](http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/11270)
 156. Szalonka, K; Sikorska, S. Opinia pacjentów o aptekach w Polsce-raport z badań ankietowych. *Farm. Pol.* 2007, 10, 423–429.
 157. Wazaify, M; Shields, E; Hughes, C. Societal perspectives on over – the –counter (OTC) medicines. *Fam. Pract.* 2005, 22, 170–176.
 158. Rynek Zdrowia. Polacy rocznie wydają na leki równowartość 100 USD, 2010. <http://www.medipharma.pl/index/?id=1534b76d325a8f591b52d302e7181331> (2016.05.21)
 159. Magowska, A. Ewaluacja opieki farmaceutycznej jako problem badawczy. *Opieka Farm.* 2008, 11, 80–87.
 160. Waszyk-Nowaczyk, M; Simon, M. Czym kieruje się pacjent dokonując wyboru preparatu OTC w aptece? W *Samoleczenie*; Red. Krajewski-Siuda, K. Instytut Sobieskiego: Kraków, 2011, 186–189.
 161. TNS OBOP. Jeśli leki to tylko w aptece. www.tnsglobal.pl/2004-03#478
 162. Ulatowska-Szostak, E. Wpływ reklamy na zakup leków, parafarmaceutyków i preparatów witaminowych w opiniach klientów aptek – porównanie lat 2002 i 2007. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008, 89, 441–444.
 163. Skowron, A. Prowadzenie Opieki Farmaceutycznej i rozwiązywanie problemów lekowych na wybranych przykładach. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego: Warszawa, 2006.
 164. Szalonka, K. Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia. WSH: Wrocław, 2008.
 165. Łazowski, J; Siewczyński, J. Problemy farmakoterapii i opieki farmaceutycznej u ludzi w podeszłym wieku. *Farm. Pol.* 2003, 59, 1027–1037.
 166. Oświadczenie Dotyczące Norm Zawodowych. *Opieka Farmaceutyczna. Farm. Pol.* 2000, 56, 668–669.
 167. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U., 2015, poz. 2135, z późn. zm.
 168. <http://warszawa.oia.org.pl/aktualnosci/ogolne/5020-technik-farmaceutyczny-nieodzwony-w-aptece-artyku.html>
 169. <http://pulsfarmacji.pl/29599552610,technik-farmaceutyczny-nieodzwony-w-aptece>
 170. Merks, P; Swieczkowski, D; Blicharska, E; Paciorek, K; Śliwa, R; Słomiak, K; Kazimierczak, J; Krupa, K; Krysiński, J. Perspektywa wdrożenia opieki farmaceutycznej do praktyki aptecznej w warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej. *Czas. Aptek.* 2015, 8, 31–41.
 171. Jachowicz, R. Ewolucja regulacji prawnych aptekarstwa polskiego. W *Podstawy prawa dla farmaceutów. Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa”*: Warszawa, 2002.
 172. Human, D. Współpraca farmaceutów i lekarzy dla dobra pacjenta. *Farm. Pol.* 2002, 58, 259–262.
 173. Jendryczko, B. Prawne aspekty wdrażania opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej. *Czas. Aptek.* 2008, 10, 30–34.
 174. Olejniczak-Rabinek, M; Waszyk-Nowaczyk, M; Matschay, A; Skotnicki, M. Community pharmacy education unit-firmly faced to the future. 5th German-Polish Symposium: New Challenges for Pharmaceutical Sciences. Materiały zjazdowe, Poznań, 2007.
 175. Waszyk-Nowaczyk, M; Skotnicki, M; Lulek, J; Cerbin, M. The role of the community pharmacist in pharmacy students' opinion. Abstract book of 10th International Congress of Young Medical Scientists, Materiały zjazdowe, Poznań, 2010.
 176. Iskierski, J; Zimmermann, A. Społeczna rola zawodu aptekarza w oczach własnych i pacjentów. *Farm. Pol.* 2006, 62, 210–217.

177. Kawecka-Jaszcz, K; Klocek, M; Tobiasz-Adamczyk, B. Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Termedia Wydawnictwo Medyczne: Poznań, 2006.
178. Constitution of the World Health Organisation. Basic Documents. Supplement. 45, 2006.
179. Cramer, JA; Spilker B. Introduction. W: *Quality of life and pharmacoconomics*. An introduction; Red. Cramer, JA; Spilker, B. Lippincott-Raven: Philadelphia, 1998.
180. Jaeschke, R; i wsp. Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Odcinek 8: Określanie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem. *Med. Prakt.* 1999, 4, 155–162.
181. Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich. *Dz. U.*, 2008, nr 47, poz. 273.
182. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. *Dz. U.*, 2008, nr 45, poz. 271, z późn. zm.
183. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. *Dz. U.*, 2015, poz. 345, z późn. zm.
184. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *Dz. U.*, 2015, poz. 581, z późn. zm.
185. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 roku w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. *Dz. U.*, 2003, nr 132, poz. 1238, z późn. zm.
186. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. *Dz. U.*, 2015, poz. 618, z późn. zm.
187. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz. U.*, 2011, nr 231, poz. 1375, z późn. zm.
188. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. *Dz. U.*, 2015, poz. 793, z późn. zm.
189. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. *Dz. U.*, 2014, poz. 1435, z późn. zm.
190. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. *Dz. U.*, 2015, poz. 464, z późn. zm.
191. Naczelna Izba Aptekarska. Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej nr IV/17/2007, 2007. <http://www.nia.org.pl/news/1680/8/biuletyn-naczelnej-rady-aptkarskiej-nr-iv1720.html> (Dostęp: 2013.03.21).
192. MediPharma Institute. <http://www.medipharma.pl/index> (Dostęp: 2013.03.21).
193. Kanavos, P. Pharmacies in the European Community. *Pharmacoconomics*. 2000, 18, 523–532.
194. Ustawa z dnia 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej. *Dz. U.*, 1991, nr 105, poz. 452.
195. http://perspektywaz030.org/data/documents/Perspektywy_rozwoju_farmacji_w_Polsce_do_roku_2030.pdf
196. Merks, P; Świeczkowski, D; Jaguszewski, MJ. Patients' perception of pharmaceutical services available in a community pharmacy among patients living in a rural area of the United Kingdom. *Pharm. Pract. (Granada)*. 2016, 14, 774.
197. Reebye, RN; Avery, AJ; Bissell, P; Van Weel, C. The issue of territoriality between pharmacists and physicians in primary care. *Int. J. Pharm. Pract.* 2002, 10, 69–75.
198. Broadfield, L. Opieka farmaceutyczna – praktyczny model dla aptekarza. *Farm. Pol.* 1996, 52, 168–173.
199. Nichols-English, S; Poirier, S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2000, 40, 475–485.
200. Rovers, PJ; Currie, JD; Hagel, HP. A practical guide to pharmaceutical care. American Pharmaceutical Association: Washington, 1998.
201. WMA Statement on the Relationship between Physicians and Pharmacists in Medicinal Therapy. http://www.wma.net/en/30publications/10policies/m33/Physicians_and_Pharmacists_in_Medical_Therapy-Oct2010.pdf (Dostęp: 2013.03.21).
202. Barta, J; Markiewicz, R. Ochrona danych osobowych – komentarz. Zakamycze: Kraków, 2001.
203. Stożkowska, W; Zimmermann, A. Opieka farmaceutyczna a ochrona danych osobowych. *Farm. Pol.* 2005, 61, 895–899.
204. Harden RM. What is a spiral curriculum? *Med. Teach.* 1999, 21, 141–3.
205. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad. Med.* 1990, 65(9 Suppl), S63–7.
206. General Pharmaceutical Council. Future pharmacists: Standards for the initial education and training of pharmacists. http://www.pharmacyregulation.org/sites/default/files/GPhC_Future_Pharmacists.pdf (Dostęp: 2013.03.21).
207. Davies GJ, Webb DG, McRobbie D, Bates I. A competency-based approach to fitness for practice. *Pharm. J.* 2002, 268, 104–6.
208. Kodeks Etyki Zawodu farmaceuty w Polsce (opracowanie własne) <http://www.nia.org.pl/page/82/kodeks-etyki-aptkarza-rzeczypospolitej-polskiej.html>
209. Kodeks Etyki Aptekarza Królewskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (Medicine Ethics and Practice) (opracowanie własne) <http://www.rpharms.com/support/mep.asp>
210. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. About community pharmacy <http://psnc.org.uk/psncs-work/about-community-pharmacy/> (Dostęp: 2013.03.21).
211. Ciastoń-Dziedziak, D. Opieka farmaceutyczna w Wielkiej Brytanii z perspektywy farmaceuty pierwszego stołu. *Czas. Aptek.* 2014, 1, 9–12.
212. Winslade, NE; Strand LM; Pugsley JA; Perrier DG. Practice functions necessary for the delivery of pharmaceutical care. *Pharmacotherapy*. 1996, 16, 889–98.
213. Farmacja.pl. Polski Portal Farmaceutyczny. NIA: opieka farmaceutyczna nie jest reklamą aptek. <https://farmacja.pl/aktualnosci/nia-opieka-farmaceutyczna-nie-jest-reklama-aptk#> (Dostęp 2016.09.17)
214. Merks, P. Opieka farmaceutyczna w Wielkiej Brytanii w opiniach polskich farmaceutów. *Czas. Aptek.* 2014, 12, 11–15.
215. Wang, HY; Chan, AL; Chen, MT; i wsp. Effects of pharmaceutical care intervention by clinical

- pharmacists in renal transplant clinics. *Transplant. Proc.* 2008, 40, 2319-23.
216. Von Muenster, SJ; Carter, BL; Weber, CA; i wsp. Description of pharmacist interventions during physician-pharmacist co-management of hypertension. *Pharm. World. Sci.* 2008, 30, 128-35.
217. Alderman, CP. Probable Drug-Related Meningioma Detected During the Course of Medication Review Services. *Consult. Pharm.* 2016, 31, 500-504.
218. Merks, P; Byliniak, M; Olszewska, A; i wsp. Usługa farmaceutyczna – powtarzanie recept sposobem na integrację środowiska lekarskiego i farmaceutycznego. *Farm. Pol.* 2015, 71.
219. Merks, P; Świczkowski, D; Jakubowska, M; i wsp. Kategorie dostępności leków sposobem na nadzór farmaceuty w procesie samoleczenia pacjenta. *Farm. Pol.* 2015, 71.
220. Farmacja.pl. Polski Portal Farmaceutyczny. Rp czy OTC? część 1. <https://farmacja.pl/opinie/rp-czy-otc-czesc-1#> (Dostęp 2016.09.17).
221. Wdowiak, L; Kapka, L. Wprowadzenie. I Samoleczenie a zdrowie publiczne. W: Samoleczenie; Red. Krajewski-Siuda, K. Instytut Sobieskiego: Kraków, 2009, 13-25.
222. TNS Polska: Zwyczaje zakupowe Polaków związane z nabywaniem leków. TNS OBOP: Warszawa, 2007.
223. Whitehead, P; Atken, P; Krass, I; Benrimoj, SI. Patient drug information and consumer choice of pharmacy. *Int. J. Pharm. Pract.* 1999, 7, 71-79.
224. Bednarczyk, RA; Nadeau, JA; Davis, CF; i wsp. Privacy in the pharmacy environment: analysis of observations from inside the pharmacy. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2010, 50, 362-367.
225. Rutter, P. *Community pharmacy, Symptoms, Diagnosis and Treatment.* Churchill Livingstone 2004.
226. Skowron, A. Model opieki farmaceutycznej dla polskiego systemu zdrowotnego. *Fall, Kraków* 2011.
227. Winfield, AJ; Richards, RME. *Pharmaceutical Practice 3rd Edition,* Churchill Livingstone 2004.
228. Pouliot, A; Vaillancourt, R. Medication Literacy: Why Pharmacists Should Pay Attention. *Can. J. Hosp. Pharm.* 2016, 69, 335-336.
229. Vaillancourt, R; Pouliot, A; Streitenberger, K; i wsp. Pictograms for Safer Medication Management by Health Care Workers. *Can. J. Hosp. Pharm.* 2016, 69, 286-293.
230. Merks, P; Kazmierczak, J; Białoszevska, K; i wsp. The use of pictograms as the first step in introducing pharmacy labelling in Poland – pilot study. *Farm. Pol.* 2015, 71, 70-80.
231. O'Brien, MK; Petrie, K; Raeburn, J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Med. Care Rev.* 1992, 49, 435-454.
232. Dowse, R; Ehlers, M. Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence? *Patient Educ. Couns.* 2005, 58, 63-70.
233. Jaye, C; Hope, J; Martin, IR. What do general practice patients know about their prescription medications? *N. Z. Med. J.* 2002, 115, 1-10.
234. Houts, PS; Doak, CC; Doak, LG; Loscalzo, MJ. The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ. Couns.* 2006, 61, 173-190.
235. Katz, MG; Kripalani, S; Weiss, BD. Use of pictorial aids in medication instructions: A review of the literature. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2006, 63, 2391-2397.
236. Morrell, RW; Park, DC; Poon, LW. Quality of instructions on prescription drug labels: effects on memory and comprehension in young and old adults. *Gerontologist.* 1989, 29, 345-354.
237. Jeetu, G; Girish, T. Prescription drug labelling medication errors: a big deal for pharmacists. *J. Young Pharm.* 2010, 2, 107-111.
238. Wallace, LS; Keenum, AJ; DeVoe, JE. Characteristics of container labelling in a sample of commonly prescribed children's oral medications. *Res. Social Adm. Pharm.* 2010, 6, 272-279.
239. Merks, P; Kozłowska-Wojciechowska, M. Etykietowanie produktów leczniczych, a wzrost bezpieczeństwa stosowania leków. *Farm. Pol.* 2012, 68, 616-627.
240. Bułaś, L; Skowron, A; Olczyk, P; Jurczyk, A; Ulz, Z; Jankowski, A. Ocena doradztwa farmaceutycznego w samoleczeniu w wybranych aptekach województwa śląskiego. *Farm. Pol.* 2011, 67, 73-77.
241. Co może magister farmacji a co technik farmaceutyczna. *Gaz. Lek.* 2011. <http://www.rynekapteki.pl/prawo/co-moze-magister-farmacji-a-co-technik-farmaceutyczny,4396.html> (Dostęp: 2013.07.31).
242. Świczkowski, D; Zimmermann A, 2014. Zawód technika farmaceutycznego. *Farm. Pol.* 2014, 70, 198-204.
243. Bąbulek, T. Compliance czyli jak skutecznie poprawić efekt farmakoterapeutyczny. *Czas. Aptek.* 2005, 1, 28-41.
244. Merks, P; Białoszevska, K; Kozłowska-Wojciechowska, M. Usługi farmaceutyczne w Polsce – profil korzystania oraz poziom satysfakcji pacjentów jako czynniki strategiczne przy wprowadzeniu pełnej opieki farmaceutycznej. *Farm. Pol.* 2012, 68, 812-819.
245. Skowron, A; Rybka, B. Bariery we wprowadzeniu opieki farmaceutycznej w Polsce. *Farm. Pol.* 2011, 67, 217-221.
246. Pronk, MC; Blom, AT; Jonkers, R; Bakker, A. Evaluation of patient opinions in a pharmacy-level intervention study. *Int. J. Pharm. Pract.* 2003, 11, 143-151.
247. Pray, WS. The pharmacist as a self-care advisor. *J. Am. Pharm. Assoc. (Wash).* 1996, 36, 329-334.
248. Wirth, F; Tabone, F; Azzopardi, LM; Gauci, M; Zarb-Adami, M; Serracino-Inglott, A. Consumer perception of the community pharmacist and community pharmacy services in Malta. *J. Pharm. Health Serv. Res.* 2010, 1, 189-194.
249. Community pharmacy management of minor illness: MINA study. Final report to Pharmacy Research UK. *Pharmacy Research UK.* 2014. <http://www.pharmacyresearchuk.org/waterway/wp-content/uploads/2014/01/MINA-Study-Final-Report.pdf>. (Dostęp: 2016.09.20).
250. Cleary, PD; McNeil, BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry.* 1989, 25, 25-36.
251. Donabedian, A. The quality of care in a health maintenance organization: a personal view. *Inquiry.* 1983, 20, 218-222.

252. Ware, JE; Snyder, MK; Wright, WR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval. Program. Plan.* 1983, 6, 247–263.
253. Sitzia, J; Wood, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc. Sci. Med.* 1997, 45, 1829–1843.
254. Ford, RC; Bach, SA; Fottler, MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Manage Rev. (Frederick).* 1997, 22, 74–89.
255. Liu, MY; Jennings, JP; Sameelson, WM; Sullivan, CA; Veltri, JC. Asthma patients' satisfaction with the frequency and content of pharmacist counselling. *J. Am. Pharm. Assoc.* 1999, 39, 493–498.
256. Kansanaho, H; Isonen-Sjolund, N; Pietila, K; Airaksinen, M; Isonen, T. Patient counselling profile in a Finnish pharmacy. *Patient Educ. Couns.* 2002, 47, 77–82.
257. Bultman, DC; Svarstad, BL. Effects of pharmacist monitoring on patient satisfaction with antidepressant medication therapy. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2002, 42, 36–43.
258. Głowiak, K. Komunikacja w pracy aptekarza – wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne. *Czas. Aptek.* 2005, 11, 46–47.
259. Merks, P; Kaźmierczak, J; Olszewska, AE; Kołtowska-Häggström, M. Comparison of factors influencing patient choice of community pharmacy in Poland and in the UK, and identification of components of pharmaceutical care. *Patient. Prefer. Adherence.* 2014, 8, 715–726.
260. Smith, FJ. Factors important to clients when seeking the advice of a pharmacist. *Pharm. J.* 1990, 244, 692–693.
261. Piecuch, A; Kozłowska-Wojciechowska, M. Self-medication in Poland: the pharmacist's advisory role in Warsaw. *Int. J. Clin. Pharm.* 2013, 35, 225–229.
262. Kwilecki, W. Oczekiwania pacjentów wobec aptek i farmaceutów. *Gaz. Farm.* 2010, 217, 12–15.
263. TNS Polska. Źródła informacji o suplementach diety. TNS OBOP: Warszawa, 2006.
264. Gammie, T; Vogler, S; Babar, ZU. Economic Evaluation of Hospital and Community Pharmacy Services: A Review of the Literature (2010-2015). *Ann. Pharmacother.* 2016. doi:10.1177/1060028016667741. [Epub ahead of print]
265. Merks, P. Różnice między polską i brytyjską apteką. *Czas. Aptek.* 2015, 2, 13–15.
266. Mruk, H. Opieka farmaceutyczna a pozycja apteki. *Man. Apt.* 2010, 6, 60–61.
267. Ulz, Z. Podejście inspekcji do opieki farmaceutycznej. *Farm. Szpit. Pol. Św.* 2007, 2, 10–13.

farmazeutische pflege pharmaceutick
farmaceutyczna soins pharmaceutiqu
farmaceutickej starostlivosti läkemed
opieka farmaceutycznapharmaceutiq
farmaceutickej starostlivosti läkemed
farmaceutiques farmacéutico pharm
starostlivosti läkemedelsvård gofal ff
farmaceutyczna soins pharmaceutic
farmaceutickej starostlivosti läkemed
re opieka farmaceutyczna soins ph
farmaceutickej starostlivosti läkemed
farmaceutiques cuidado farmacéut
farmaceutickej starostlivosti läkemed
farmaceutyczna **Lekolepki** pharmaceutiqu
tickej starostlivosti lä **PIKTOREX** ec
farmaceutiques farmacéutico pharm



Lekolepki

ISBN 978-83-951939-1-0



9 788395 193910

PIKTOREX

