

Wpływ Standardowych Procedur Operacyjnych na proces udzielania informacji pacjentom podczas realizacji recept lekarskich w aptekach ogólnodostępnych

Ewa Tomerska-Kowalczyk, Agnieszka Skowron¹, Jerzy Brandys¹

¹Zakład Farmacji Społecznej, Wydział Farmaceutyczny UJ CM

Adres do korespondencji: Agnieszka Skowron, Zakład Farmacji Społecznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, ul. Medyczna 9, 30-688 Kraków, e-mail: agnieszka.skowron@uj.edu.pl

Impact of Standard Operating Procedures on the process of providing information to patients during dispensing prescription medicines in community pharmacies · The aim of a study was to assess the model of information provided to patients during dispensing prescription medicines. The study was conducted in selected pharmacies in Poland, in Malopolska, Slask and Podkarpackie regions. Applied method allowed to evaluate both current practice and its modification by the proposed procedure. Results showed that pharmacists do not pay much attention to some of the important elements of the process such as the need of patient's identification, differentiation between new drugs and treatment continuation, patient's knowledge about drugs usage, provision an oral and written form of the information, ensuring that the patient understands advice or informing about the medicines' storage conditions (if applicable). Implementation of the Standard Operating Procedures for defined types of dispensing processes positively influenced the majority of evaluated elements. Frequency of asking almost all the questions and performing most of activities were increased and differences in frequency between the pre-post implementation phases amounted to several dozen of percent.
Keywords: community pharmacy, dispensing, providing information, procedures.

© Farm Pol, 2014, 70(3): 452–459

Wstęp

W ostatnich latach w związku ze zmieniającą się rolą farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych można zaobserwować rosnące zainteresowanie zagadnieniami poprawy jakości praktyki farmaceutycznej. Zagadnienia te zostały zawarte w opublikowanym w latach 90. XX w., a zaktualizowanym w 2010 r. dokumencie *Good Pharmacy*

Practice (Dobra Praktyka Apteczna), który zawiera ogólne zalecenia dotyczące stworzenia krajowych standardów jakości usług farmaceutycznych dostosowanych do warunków funkcjonowania aptek oraz całego systemu opieki zdrowotnej w danym kraju [1]. Usługi farmaceutyczne według definicji słownika medycznego są to: „wszelkie usługi świadczone przez farmaceutę. Oprócz przygotowywania i wydawania leków mogą zawierać także usługi konsultacyjne świadczone dla agencji i instytucji nieposiadających wykwalifikowanego farmaceuty” [2]. Rodzaj czynności zaliczanych do usług farmaceutycznych różni się w zależności od kraju i konstrukcji systemu opieki zdrowotnej [3–6]. W Polsce zostały one określone w Ustawie Prawo farmaceutyczne oraz w Ustawie o izbach aptekarskich [7, 8]. W świetle tego ostatniego aktu prawnego do podstawowych usług świadczonych w aptekach należy „udzielanie informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych”.

Wytyczne Dobrej Praktyki Aptecznej opisują profesjonalne cele – standardy, do których należy dążyć podczas codziennej pracy w aptece. Zalecają stworzenie narodowych standardów Dobrej Praktyki Aptecznej, które powinny odzwierciedlać aktualne potrzeby i priorytety. Opracowanie takiego dokumentu jest procesem długotrwałym i złożonym, wymaga akceptacji i zaangażowania farmaceutów praktyków, a ponadto musi zostać poprzedzone oceną istniejącej praktyki farmaceutycznej. W celu dokonania takiej oceny w Pracowni Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki Wydziału Farmaceutycznego UJCM (obecnie Zakład Farmacji

Spolecznej) od maja 2007 r. do stycznia 2008 r. (część I) oraz od marca 2009 r. do lutego 2010 r. (część II) przeprowadzono program „Rzetelność, jakość, bezpieczeństwo”. Jednym z elementów mających miejsce w II części programu była ocena usługi *Udzielania informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych* poprzez badanie wpływu Standardowej Procedury Operacyjnej (SOP) na rozmowę prowadzoną z pacjentem podczas realizacji recept lekarskich.

Cel badania

Celem badania była ocena sposobu prowadzenia wywiadu z pacjentem podczas wydawania leków, opracowanie procedury dotyczącej wykonywania tej usługi w sposób zapewniający pacjentowi wiedzę niezbędną do właściwego i bezpiecznego stosowania leku oraz sprawdzenie, czy opracowane procedury mają wpływ na jakość i ilość informacji udzielanych pacjentowi.

Metody

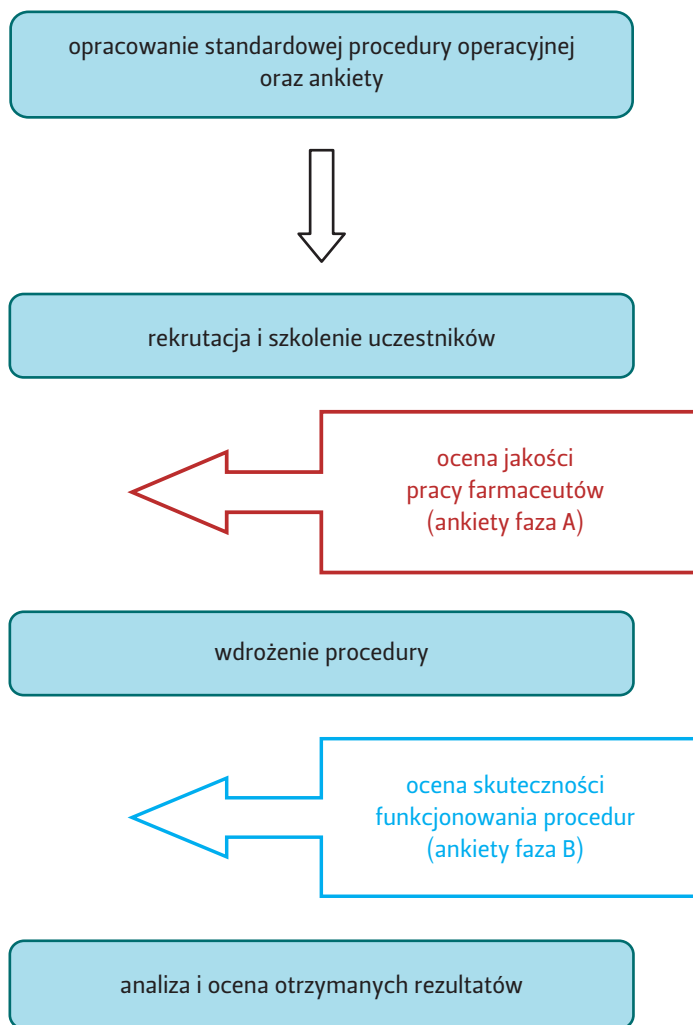
Na wstępie sformułowano standard postępowania dla usługi farmaceutycznej związanej z udzielaniem informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Na jego podstawie opracowano Standardową Procedurę Operacyjną, opisującą sposób realizacji standardu, oraz ankietę umożliwiającą ocenę pracy farmaceutów przed i po wprowadzeniu procedury. Opracowując procedurę, uwzględniono elementy związane z zapewnieniem skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii, m.in.: wydanie właściwego leku (kontrola doboru leku do stanu zdrowia pacjenta, weryfikacja nazwy, dawki, jakości preparatu), przekazanie pacjentowi niezbędnych informacji (dotyczących sposobu przygotowania leku przed zażyciem, dawkowania, przechowywania leku, czasu trwania terapii) oraz sprawdzenie wiedzy pacjenta. Ankieta *Ocena wywiadu z pacjentem podczas realizacji recepty lekarskiej* zawierała pytania weryfikujące, czy podczas rozmowy z pacjentem farmaceuta uwzględnił te elementy procesu.

Rekrutacja odbywała się w sposób elektroniczny: informacje o programie zamieszczono na stronie internetowej www.font.edu.pl oraz na portalu www.e-dukacja.pl, przy czym udostępniono je farmaceutom z terenu trzech województw: małopolskiego, śląskiego i podkarpackiego. Farmaceuti zgłaszający się do programu zostali zaproszeni do wzięcia udziału w kursie internetowym zamieszczonym na portalu [e-dukacja](http://www.e-dukacja.pl), zatytułowanym „Komunikacja i informacja o leku w pracy aptekarza

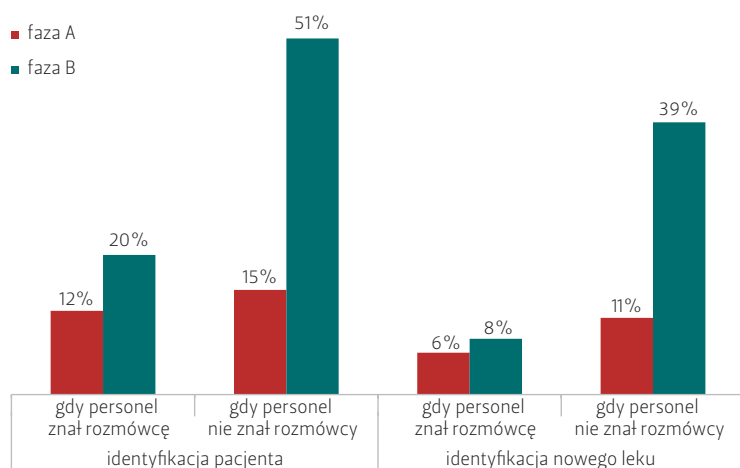
– wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne”, zaliczanym do kształcenia ciągłego i premiowanym zdobyciem 8 punktów tzw. twardych (pod warunkiem zaliczenia testu na zakończenie kursu). Przebieg badania obrazuje **rycina 1**.

Po kwalifikacji uczestników badania i przeprowadzeniu szkolenia internetowego apteki były odwiedzane przez obserwatora, który wypełniał ankiety podczas pracy farmaceutów. Następnie uczestnicy wdrażali procedury przez określony czas, po czym powtórnie obserwator odwiedzał aptekę i wypełniał ankiety. Obserwator był obecny w aptece podczas całej jednej zmiany pracy danego farmaceuty. Ilość ankiet dotyczących każdego farmaceuty wypełnionych przed wprowadzeniem procedur powinna być zbliżona do ilości ankiet po ich wprowadzeniu.

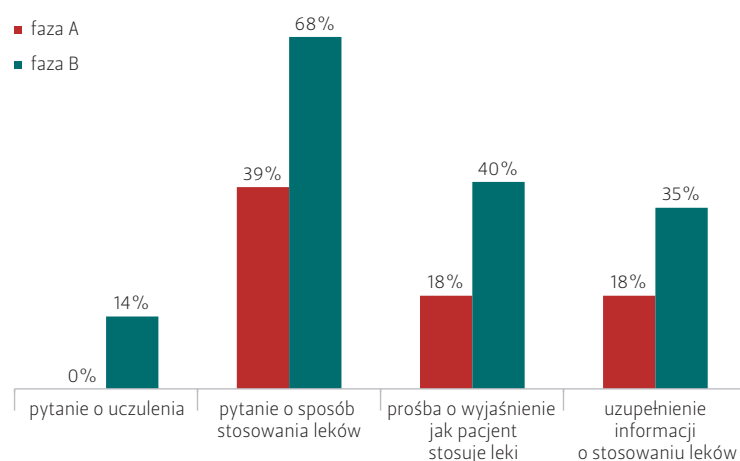
Analizę statystyczną badania przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 8.0. Analizowano tylko te pytania, dla których ilość ankiet spełniających dane kryterium (N) była większa niż 10. W celu zbadania, czy istnieją różnice



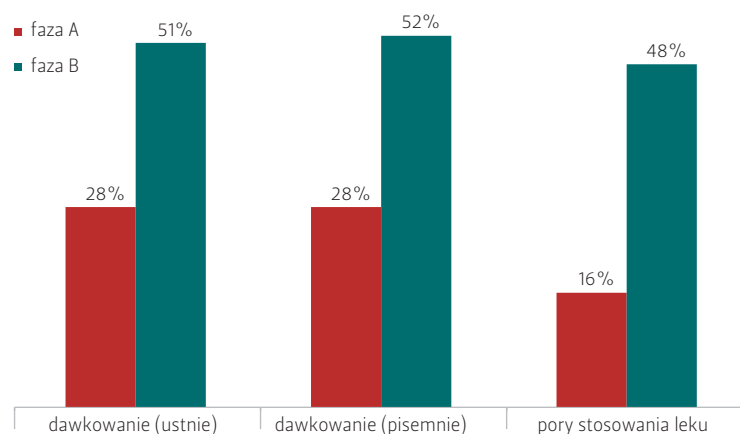
Rycina 1. Schemat badania



Rycina 2. Odsetek personelu dokonującego identyfikacji pacjenta i nowych leków



Rycina 3. Odsetek personelu pytającego o uczulenia i sposób stosowania leków



Rycina 4. Odsetek personelu udzielającego informacji na temat stosowania leków

w postępowaniu farmaceutów przed i po wprowadzeniu procedur, zastosowano test Chi² Pearsona lub test Chi² z poprawką Yatesa (jeśli oczekiwana liczebność w pytaniu była mniejsza od 5), natomiast

w przypadku pytań, w których ilość analizowanych danych była niewielka (liczność komórek wynosiła mniej niż 30) – dokładny test Fishera. W przypadku różnej ilości ankiet w obu fazach porównywano nie ilość, ale odsetek odpowiedzi TAK. Do weryfikacji, czy dana procedura jest skuteczna, wykorzystano test Chi² Pearsona oraz test Mc Nemary B/C. Przyjęto poziom istotności p=0,05.

Uczestnicy badania

W programie uczestniczyło 17 magistrów farmacji (w tym 2 mężczyzn) z 9 aptek z terenu województwa małopolskiego, śląskiego i podkarpackiego. Apteki różniły się lokalizacją, jedna znajdowała się we wsi, pozostałe w miastach o różnej liczbie mieszkańców. Większość farmaceutów (76%) była w wieku 31–50 lat.

Wyniki

Ilość ankiet wypełnionych przed wprowadzeniem procedury wyniosła 451, a po jej wprowadzeniu 487. Poniżej przedstawiono wyniki ankiety analizującej częstość wykonywania poszczególnych elementów procedury.

Realizując recepty lekarskie przed wprowadzeniem procedury, farmaceuci dokonywali identyfikacji pacjenta w 27% przypadków. Po wprowadzeniu procedury częstość pytania – *dla kogo mają być leki* – wzrosła do 71% (p<0,01). W głównej mierze miało to miejsce w sytuacjach, gdy farmaceuta nie znał osoby przedstawiającej receptę (rozmówcy), ale poprawa nastąpiła również w przypadku, gdy rozmówca był farmaceute znany (w obu przypadkach p<0,01). Poprawiła się także (p<0,01) z 17% do 47% częstość sprawdzania, czy na receptce są wypisane nowe leki. Również w tym przypadku różnica w zadawaniu tego pytania była znacznie większa w sytuacji, kiedy farmaceuta nie znał rozmówcy, niż w przypadkach, gdy był mu on znany (**rycina 2**).

Przed wprowadzeniem procedury farmaceuci praktycznie nigdy nie pytali pacjentów – *czy są uczuleni na jakieś leki* (w fazie A padło zaledwie jedno takie pytanie). Po wdrożeniu procedury częstość zadawania tego pytania wzrosła o 14% (p<0,01), było ono zadawane, gdy farmaceuta wcześniej dowiedział się, iż na receptce wypisane są nowe leki (**rycina 3**).

Częstość pytania przez farmaceutów – *czy pacjent wie, jak stosować leki* – wzrosła (p<0,01) z 39% do 68%. Zanotowano istotny (p<0,01) postęp w częstości weryfikowania (o 22%) i uzupełniania (o 17%) przez farmaceutów wiedzy pacjentów dotyczącej stosowania leków (**rycina 3**).

Rycina 4 przedstawia sumarycznie częstość udzielania informacji o sposobie stosowania leków, w sytuacji gdy farmaceuta nie zapytał pacjenta – czy

wie, jak to robić – bądź pacjent tej wiedzy nie posiadał. We wszystkich przypadkach różnica pomiędzy częstością w fazie A a w fazie B jest istotna statystycznie ($p < 0,01$).

Aby ułatwić właściwe stosowanie leków, nie wystarczy udzielić pacjentowi informacji, trzeba także zweryfikować – czy je zrozumiał. Stwierdzono poprawę (z 9% do 24%, $p < 0,01$) częstości upewniania się – czy pacjent zrozumiał udzielone mu informacje.

Częstość sprawdzania dawek leków po wprowadzeniu procedury wzrosła o 17%, przy czym znacznie większy wzrost, bo aż o 48%, odnotowano dla sytuacji, gdy wydawane były nowe leki lub leki dla dzieci. W przypadku gdy farmaceuta nie wiedział, czy wydaje nowe leki, częstość sprawdzania dawek wzrosła o niecałe 4%.

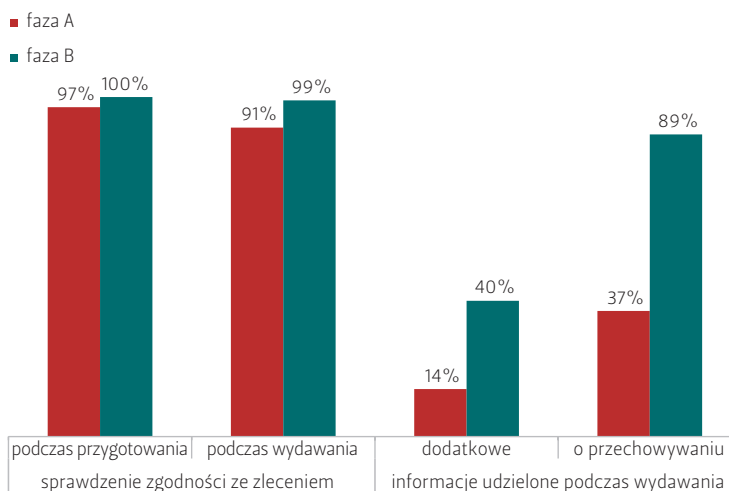
Na zakończenie oceniano czynności związane z przygotowaniem leków i wydaniem ich pacjentowi. W ich obrębie zanotowano jedyny przypadek, kiedy w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$) nastąpiło pogorszenie po wprowadzeniu procedury. Dotyczyło to sprawdzania dat ważności na opakowaniach, częstość wykonywania tej czynności spadła z 30% do 24%. W pozostałych pytaniach zanotowano znaczącą ($p < 0,01$) poprawę w zakresie wykonywania omawianych czynności (rycyna 5).

Analiza statystyczna wykazała skuteczność procedury ($p < 0,01$) w zakresie wpływu na jakość postępowania personelu apteki.

Omówienie

Tworzenie standardów jest procesem złożonym i wymaga opracowania kryteriów ich oceny, związanych z nimi procedur i protokołów, zapewnienia szkoleń, zwalidowania standardów, ustalenia sposobu ich oceny w praktyce, a wreszcie zbadania – czy skutecznie wpływają na poprawę jakości [9–12]. Nie jest możliwe przeprowadzenie całości tego procesu w obrębie pojedynczego badania, dlatego dostępne w piśmiennictwie naukowym badania opisują pewne jego elementy [13–19]. Omawiane badanie również dotyczy jednego z etapów procesu standaryzacji – oceny możliwości wykorzystania Standardowych Procedur Operacyjnych do poprawy jakości jednej z usług farmaceutycznych – udzielania informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Badanie umożliwiło ocenę istniejącej praktyki w zakresie rodzaju informacji udzielanych pacjentowi podczas realizacji recept lekarskich i sposobu wykonywania tej czynności, pozwoliło na zidentyfikowanie najważniejszych aspektów tego procesu, stworzenie procedury opisującej najważniejsze jego elementy oraz analizę wpływu tej procedury na sposób postępowania farmaceutów.



Rycina 5. Przygotowanie leku i wydanie pacjentowi

Otrzymane wyniki wskazały, że personel aptek nie przywiązuje zbyt dużej wagi do konieczności identyfikacji pacjenta. Przed wprowadzeniem procedury zaledwie 27% osób zadało pytanie – *dla kogo mają być leki*, co, przy niewielkiej ilości sytuacji, w których pacjent był znany osobie realizującej receptę, ujawnia dosyć poważne zaniedbanie w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta. Farmaceuta musi wiedzieć kim jest pacjent, aby ocenić prawidłowość doboru leku, jego dawki i sposobu dawkowania, a także aby udzielić mu odpowiednich informacji (inną formę będą mieć informacje kierowane bezpośrednio do pacjenta, a inne do przypadkowej osoby wykupującej dla kogoś leki).

Jeszcze bardziej niepokojący jest fakt, że tylko 17% osób sprawdzało, czy na receptie przepisano nowe leki, czy jest to kontynuacja leczenia, co wskazuje, że personel aptek nie przywiązuje wagi do tego pytania, tymczasem wiedza ta wpływa na rodzaj udzielanych informacji. Schommer i wsp. zaobserwowali różnice w ilości udzielanych informacji w zależności od tego, czy realizowano receptę na nowy lek, czy też była to kontynuacja leczenia [20]. Do podobnych wniosków doszli Prihastuti Puspitasari i wsp. na podstawie przeglądu badań dotyczących sposobu doradzania podczas realizacji recept lekarskich, zauważając, że częstość udzielania porad była znacznie wyższa w przypadku recept zawierających nowe leki niż w przypadku kontynuacji

Tabela 1. Sprawdzenie dawek leków

	Faza A n (N)	Faza B n (N)	p
Ogółem	29 (451)	111 (487)	<0,01 ¹
Nowe leki i leki dla dzieci	29 (126)	111 (156)	<0,01 ¹
Brak informacji czy to nowe leki	6 (308)	10 (181)	<0,05 ²

n – ilość odpowiedzi TAK, N – całkowita ilość ankiet, dla których analizowano daną czynność, ¹ – test V-kwadrat, ² – test Chi² z poprawką Yatesa

leczenia [21, 22]. Badacze wysunęli wniosek, iż prawdopodobnie farmaceuci uważają, że pacjenci zażywający przewlekle dane leki wiedzą, jak je stosować, toteż porada nie jest im potrzebna. Nie jest to jednak właściwy sposób postępowania, gdyż prawie 1/3 tych pacjentów nie posiada wystarczającej wiedzy do właściwego stosowania leków, ponadto rozmowa z pacjentami przy okazji realizacji recept zawierających kontynuację terapii może spowodować wykrycie problemów lekowych oraz zmniejszenie ilości działań niepożądanych [21, 22]. Inni badacze zauważyli, że w przypadku chorób przewlekłych wiedza pacjentów i stosowanie się do zaleceń poprawia się podczas procesu edukacji, jednakże po jego zakończeniu wraca do poziomu początkowego, co wskazuje na konieczność powtarzania tego procesu [23]. Z kolei Flynn i wsp. zaobserwowali, że farmaceuci udzielali porad w 43% podczas realizacji nowych recept, co oznacza, że ponad połowa pacjentów nie otrzymała informacji na temat nowych leków [24].

Oceniano także, czy w przypadku gdy farmaceuta był świadomy, że wydaje nowe leki, sprawdzał, czy pacjent jest na jakieś preparaty uczulony. Okazało się, że przed wprowadzeniem procedury takie postępowanie praktycznie nie miało miejsca.

Badano także sposób postępowania farmaceuty w zależności od odpowiedzi pacjenta na pytanie, czy wie, jak zastosować leki. W przypadku stwierdzenia przez pacjenta, że wie, jak zastosować leki, farmaceuta powinien sprawdzić wiedzę pacjenta, prosząc o wytłumaczenie, jak pacjent dane leki stosuje. Dzięki temu może on ocenić, czy pacjent stosuje leki zgodnie ze wskazaniami lekarza, czy nie wprowadził zmian w dawkowaniu, czy pamięta o regularnym ich przyjmowaniu, czy zażywa je w odpowiednim czasie, czym popija, czy nie łączy np. z nieodpowiednimi pokarmami lub innymi lekami. W ten sposób może ponadto zweryfikować wiedzę pacjenta dotyczącą jego choroby, wskazań do zastosowania leków, a nawet wykryć ewentualne interakcje czy działania niepożądane. Okazało się jednak, że farmaceuci nie zawsze widzą konieczność takiego postępowania: prośba o wytłumaczenie, jak pacjent stosuje leki miała miejsce zaledwie w 1/5 omawianych sytuacji, podobnie było z uzupełnianiem informacji o stosowaniu leków.

Osobnej analizie poddano sytuacje, w których pacjent powiedział, że nie wie, jak zastosować leki, w takich przypadkach farmaceuci prawie zawsze (95–98%) informowali, ile razy dziennie stosować leki i zapisywali te informacje na opakowaniach, a w 3/4 przypadków wyjaśniali także, o jakich porach najlepiej stosować leki.

Personel fachowy najczęściej zadawał pytanie zamknięte dotyczące użytkowania leków, w większości sytuacji (61%) nie weryfikując wiedzy pacjenta

na ten temat. Tymczasem sumaryczna częstość udzielania informacji na temat sposobu stosowania leków (zarówno w przypadkach, gdy pacjent nie wiedział, jak stosować leki, jak i gdy pytanie o tę wiedzę nie padło) wyniosła zaledwie 16–28%, co oznacza, że większość pacjentów nie otrzymała podstawowych informacji. Wyniki te są dużo gorsze niż opisywane przez innych badaczy, którzy częstość wykonywania tych czynności ocenili na 63% dla informacji ustnych oraz 89% dla pisemnych [25]. Trudno ocenić, co wpłynęło na tę różnicę, wydaje się, że zagadnienie to wymaga pogłębionych badań.

Warto zwrócić uwagę na celowo wprowadzone w procedurze rozróżnienie informacji o sposobie stosowania leków na dwa pytania: ile razy dziennie stosować lek oraz o jakich porach lek powinien być stosowany. Podanie tylko tej pierwszej informacji może spowodować niewłaściwe zastosowanie leku przez pacjenta (może on np. uznać, że powinien wstać w nocy, aby zażyć lek lub zażyć rano lek przeznaczony do zastosowania wieczorem).

W zasadzie jedyny rodzaj informacji pisemnych udzielanych pacjentowi to zapisywanie sposobu dawkowania na opakowaniach, gdyż w Polsce w przeciwieństwie do innych krajów (jak USA, Wielka Brytania) nie ma zaleceń nakazujących zapewnienie pacjentowi indywidualnej, dostosowanej do jego potrzeb informacji pisemnej dotyczącej stosowanych przez niego leków. Zresztą nawet w krajach, w których częstość takiego postępowania podczas wydawania nowych leków jest wysoka (89% przypadków wg badań w USA), pacjenci w formie pisemnej najczęściej otrzymują informacje właśnie o nazwie i sposobie stosowania leków [26].

Bardzo istotne jest zapewnienie, aby udzielaniu informacji pisemnej towarzyszyła również informacja ustna, będąca jej wyjaśnieniem lub wzmocnieniem, gdyż takie postępowanie daje znacznie większe prawdopodobieństwo, że pacjent zrozumie otrzymane wskazówki [27]. Wyniki omawianego badania wskazują, że polscy farmaceuci w znakomitej większości przypadków postępują właśnie w ten sposób (jeśli pacjent nie wiedział, jak stosować nowe leki, udzielali zarówno informacji ustnych, jak i pisemnych, odpowiednio w 95% i 98% przypadków), natomiast w przytoczonym powyżej badaniu z USA częstość takiego działania była znacznie niższa, 66% przypadków udzielania jakiegokolwiek informacji pisemnej nie towarzyszyła informacja ustna [25].

Kolejnym elementem było upewnianie się przez farmaceutów, że pacjent zrozumiał wskazówki (najlepiej poprzez prośbę o ich powtórzenie). Badania wskazują, że zaledwie część informacji otrzymywanych przez pacjentów jest przez nich rozumiana i zapamiętywana. Według raportu opublikowanego

w USA ponad 40% pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe to funkcjonalni analfabeci, większość nie czyta lub nie rozumie ulotki dołączanej do opakowania leków, co sprawia, że tylko połowa pacjentów stosuje leki w odpowiedni sposób. Ponadto pacjenci mający problemy ze zrozumieniem otrzymanych informacji wstydzą się do tego przyznać i udają, że wszystko zrozumieli [28]. Dlatego tak ważne jest, aby farmaceuci po udzieleniu pacjentom informacji upewnili się, że zrozumieli oni otrzymane wskazówki. Tymczasem stwierdzono, że czynność ta wykonywana była przez farmaceutów jedynie w około 9% przypadków i głównie dotyczyła sytuacji, gdy tłumaczyli oni, o jakich porach stosować leki, co daje znacznie gorszy rezultat niż w przypadku cytowanych już badań amerykańskich, w których częstość takiego postępowania wyniosła 48% [25].

Ostatnim weryfikowanym elementem był sposób postępowania farmaceutów podczas wydawania leku pacjentowi. Badano, czy farmaceuci sprawdzają dawki leków (czy na receptycie została przepisana prawidłowa dawka preparatu), zwłaszcza w przypadku leków nowych i leków dla dzieci, oraz daty ważności wydawanych preparatów, a także, czy dokonują kontroli zgodności leków, które przygotowują dla pacjenta z zapisanymi na receptycie zarówno podczas przygotowywania leków do wydania, jak i podczas wydawania ich pacjentowi. Stwierdzono, że przed wprowadzeniem procedury farmaceuci bardzo rzadko wykonywali tę czynność (tylko w ok. 6% przypadków, w których obserwator uznał, że czynność ta powinna mieć miejsce, gdyż np. w toku rozmowy wystąpiły wątpliwości odnośnie do dawki). Jeśli farmaceuci mieli świadomość wydawania nowych leków, wykonywali tę czynność w 23% przypadków, gdy nie mieli takiej informacji, zaledwie w ok 2% przypadków, jednakże, jak zauważono wcześniej, osoby realizujące recepty zwykle nie wiedziały, czy wydają nowe leki, więc trudno dokładnie oszacować ilość tych sytuacji. Ponadto w przypadku tego pytania potencjalnie możliwa była też taka sytuacja, farmaceuta sprawdził dawkę leku, ale ponieważ nie wykonał żadnej widocznej czynności z tym związanej, obserwator nie zanotował tej czynności (tzn. farmaceuta popatrzył na receptę i znając właściwe dawki dla danego preparatu uznał, że wszystko jest w porządku), toteż wyniki te mogą być obarczone pewnym błędem.

Tylko w 37% sytuacji wydawania preparatu wymagającego specjalnych warunków przechowywania farmaceuci udzielali informacji na ten temat. Zaledwie kilkanaście procent przypadków udzielania dodatkowych informacji również nie napała optymizmem. Wydaje się, że personel aptek nie widzi konieczności udzielania informacji innych niż związane ze sposobem stosowania leków.

Obserwacja ta jest zresztą zgodna ze spostrzeżeniami innych badaczy, według których personel aptek najczęściej udziela informacji na temat sposobu stosowania leków, następnie dawki, nazwy i wskazania do stosowania, a najrzadziej tych dotyczących środków ostrożności, przeciwwskazań, działań ubocznych, interakcji i sposobu przechowywania [29]. Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Flynn i wsp. tematami doradzenia były: częstość stosowania (24/40), działania niepożądane (21/40), dawkowanie (20/40), specjalne wskazówki (17/40), sposób użycia (15/40), interakcje (15/40) [30]. Taka sytuacja może też być spowodowana brakiem czasu farmaceutów zmuszonych do wykonania wielu czynności administracyjnych związanych z realizacją recepty, jednakże jest to zjawisko niepokojące i powinno stać się przedmiotem dalszych analiz.

Aby zapewnić bezpieczne stosowanie leków, konieczna jest kontrola jakości leku, jego daty ważności, zabezpieczenie przed uszkodzeniem. Analizując powyższe czynności, zauważono, że sprawdzanie dat ważności na opakowaniach miało miejsce tylko w 30% przypadków. Farmaceuci pytani o przyczynę takiego postępowania wyjaśniali, iż personel aptek nie wykonuje tej czynności rutynowo, gdyż uważa za wystarczające komunikaty pojawiające się w programach komputerowych w przypadku wydawania leków z krótką datą ważności (lub ostrzeżenia przed wydaniem leku przeterminowanego). Jednocześnie jednak farmaceuci często przyznawali, że nie kontrolują serii wydawanego opakowania z serią pozycji ściąganej ze stanu magazynowego, co oznacza, że nie wiadomo, z jaką datą ważności pacjent otrzymuje lek.

Zastosowanie podwójnej kontroli zgodności wydawanych pacjentowi leków z receptą (np. podczas ich przygotowywania, a następnie przekazywania pacjentowi) oraz niezwłoczny wydruk otaksowania zmniejszają ryzyko wystąpienia błędów i pomyłek. W odniesieniu do tej czynności zaobserwowano, że częstość sprawdzania zgodności preparatów z receptą zarówno podczas ich przygotowywania do wydania, jak i podczas wydawania pacjentowi była na bardzo wysokim poziomie (odpowiednio 97% i 91%), co oznacza, że farmaceuci są świadomi jej wagi.

Wprowadzenie procedury bardzo korzystnie wpłynęło na większość ocenianych elementów przeprowadzania wywiadu z pacjentem podczas realizacji recept. Poprawiła się częstość zadawania prawie wszystkich pytań i wykonywania większości czynności. Różnice częstości pomiędzy fazami badania wyniosły nawet kilkadziesiąt procent. Jedne z najlepszych wyników zanotowano dla pytania – *dla kogo mają być leki* (wzrost o 44%) oraz dla pytań: *czy to nowe leki* i *czy pacjent wie, jak stosować leki* (wzrost o 30%), przy czym dwa pierwsze

pytania znacznie częściej były zadawane w sytuacjach, gdy farmaceuta nie znał rozmówcy, co jest bardzo ważne dla zapewnienia, że pacjent będzie zażywał lek prawidłowo. Dzięki wprowadzeniu procedury farmaceuci uświadomili sobie wagę pytania pacjenta o uczulenia i zaczęli je zadawać. Ponadto dwukrotnie częściej farmaceuci rozmawiali z pacjentami, którzy zadeklarowali, że wiedzą, jak stosować leki, weryfikowali ich wiedzę i udzielali dodatkowych informacji. Gdy farmaceuta prosił pacjenta o wyjaśnienie, jak stosuje leki, w przeważającej większości przypadków występowała konieczność uzupełniania tych informacji, co oznacza, że nawet jeśli pacjent uważa, że wie, jak stosować leki, nie zawsze ta wiedza jest wystarczająca.

Należy także zwrócić uwagę na dość niepokojący fakt, że mimo zasadniczej poprawy w stosunku do sytuacji przed wprowadzeniem procedury, farmaceuci nie udzielili informacji dotyczących stosowania leków prawie 50% pacjentów, którzy mogli tych wiadomości potrzebować.

Trzykrotnie częściej farmaceuci upewniali się, czy pacjent zrozumiał otrzymane wskazówki. Największą poprawę w tym zakresie odnotowano dla wyjaśniania, ile razy dziennie stosować lek i zapisywania tych informacji na opakowaniach oraz informowania, jak przechowywać leki.

Częstość sprawdzania dawek leków, w przypadku kiedy farmaceuta wiedział, że wydaje nowe leki lub leki dla dzieci wzrosła o prawie 50%. Analiza częstości wykonana dla przypadku, w którym farmaceuta nie wiedział, jakie leki pacjent stosuje, nie zapytał, czy to nowe leki, ale sprawdził dawkę (niecałe 2% przypadków w fazie przed i ok. 5,5% w fazie po wprowadzeniu procedury), wskazuje, że dla pewnej grupy farmaceutów nawet wprowadzenie procedury nie spowodowało zmiany postępowania w zakresie prowadzenia wywiadu z pacjentem i nie dostrzegają oni wagi, jaką mają te czynności dla bezpieczeństwa pacjentów.

Do podobnych niezbyt optymistycznych wniosków można dojść, analizując częstość sprawdzania dat ważności na opakowaniach wydawanych preparatów – po wprowadzeniu procedury czynność ta nie tylko nie poprawiła się, ale nawet uległa pogorszeniu. Był to jedyny przypadek, dla którego po wprowadzeniu procedury zanotowano znaczące zmniejszenie częstości. Jak już wspomniano wcześniej, prawdopodobnie w tej kwestii farmaceuci w większości uważają, że kontrola za pomocą kodów paskowych jest wystarczająca. Niestety jest to przekonanie błędne, gdyż czytanie kodu umożliwiłoby jedynie jednoznaczny identyfikację nazwy i dawki leku, natomiast wybór serii i daty ważności wydawanego opakowania musi zostać dokonany przez farmaceutę, aby to wykonać, farmaceuta powinien odczytać informacje z opakowania leku.

Natomiast wprowadzenie procedury bardzo skutecznie przypomniało farmaceutom o konieczności informowania pacjentów, jak należy prawidłowo przechowywać leki, dotyczyło to głównie preparatów przechowywanych w lodówce, częstość udzielania tej informacji wzrosła o ponad 50%. Korzystnie wpłynęło także na pozostałe czynności związane z wydaniem leku pacjentowi, takie jak: sprawdzenie zgodności z receptą podczas przygotowywania i wydawania leków oraz udzielanie pacjentom dodatkowych informacji.

Omawiane badanie jest prawdopodobnie pierwszą w Polsce próbą wprowadzenia w aptekach ogólnodostępnych procedur związanych z udzielaniem informacji i porad w aptecce, a także porównania sposobu realizacji tej usługi w aptekach polskich przed i po interwencji. Zastosowana metoda pozwoliła ocenić zarówno bieżącą praktykę, jak i jej modyfikację pod wpływem zaproponowanej procedury, co odróżnia to badanie od większości opisanych w literaturze. Zwykle badacze skupiają się tylko na ocenie zgodności postępowania fachowego personelu aptek z określonymi wytycznymi, nie analizując stanu sprzed ich wprowadzenia. Wynika to w większości przypadków z faktu, iż w tych krajach istnieją obowiązujące standardy praktyki lub wytyczne kliniczne dotyczące doradzania pacjentom podczas wydawania leków (Westerlund i wsp., Watson i wsp.) [31–33]. Natomiast badanie oceniające proces wydawania leków przed i po wdrożeniu standardów przeprowadził Benrimoj i wsp., jednakże w dostępnej literaturze polskojęzycznej nie znaleziono przykładów podobnych badań [34, 35].

Niewielka ilość aptek biorących udział w badaniu nie uprawnia do uogólniania otrzymanych wyników i wysuwania zbyt daleko posuniętych wniosków. Badanie to zwraca jednak uwagę na konieczność poprawy jakości tego procesu. Farmaceuci polscy stosunkowo rzadko udzielają pacjentom niezbędnych informacji. Tymczasem w wielu krajach usługa ta świadczona w aptecce zaczyna odgrywać znaczącą rolę. Badania naukowe wskazują, że poprzez udzielanie porad farmaceuci mogą zidentyfikować i rozwiązać problemy lekowe pacjentów, zachęcić ich do prowadzenia zdrowego trybu życia, zwiększyć ich satysfakcję z otrzymanej opieki i poprawić jakość życia [36]. W dobie wszechobecnej reklamy leków i łatwego dostępu do internetu jest bardzo ważne, aby farmaceuci zapewniali pacjentom odpowiednie, zrozumiałe informacje dotyczące leków [37]. Edukacja pacjentów powinna być zaplanowana, mieć określoną strukturę i zawartość. Powinny składać się na nią takie elementy, jak: nauczanie, doradzanie, wskazanie rozwiązania problemów, praca z pacjentem w celu ułatwienia mu zrozumienia i wprowadzenia w życie właściwego sposobu stosowania leków [38]. W Kanadzie

opracowano nawet dokładne wytyczne dotyczące zawartości udzielanych informacji, sposobu, czasu i miejsca ich przekazywania oraz dokumentowania [26, 39]. Niewątpliwie również w Polsce konieczne jest stworzenie i wprowadzenie do praktyki farmaceutycznej tego typu standardów.

Opracowanie i wdrożenie Standardów Praktyki zaaprobowanych przez organizacje farmaceutyczne mogłyby się przyczynić do lepszego realizowania tych czynności, co pozwoli na poprawę jakości praktyki, a w konsekwencji umożliwi zapewnienie pacjentom skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii.

Otrzymano: 2014.07.07 · Zaakceptowano: 2014.07.21

Piśmiennictwo

- Lazowski J.: Dobra Praktyka Apteczna w Europie. Dokument Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej z 1994 r. W: Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej, Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa 2005.
- <http://www.mondofacto.com/facts/dictionary?query=pharmaceutical+services&action=look+it+up> [stan z 02.02.2013].
- Doucette D.H., Kreling J.C., Schommer C.A., Gaither D.A., Mott C.A., Pedersen W.R.: Evaluation of community pharmacy service mix: evidence from the 2004 National Pharmacist Workforce Study. *J Am Pharm Assoc* 2006, 46(3): 348–355.
- Kelly, W.: Pharmacy What it is and how it works, CRC Press 2007.
- NHS Primary Care Commissioning, <http://www.pcc.nhs.uk/contractual-framework>, [stan z 02.11.2009].
- The Scottish Executive. National Health Service in Scotland: The Scottish Government, <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/158742/0043086.pdf>, [stan z 04.02.2009].
- Ustawa z dnia 6 września 2001 Prawo farmaceutyczne z późn. zmianami art. 86 ust.1–3 (tekst ujednolicony – Dz.U. nr 45, poz. 271 z 2008 r.).
- Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. nr 47 poz. 273).
- Desselle S., Schwartz A., Rappaport H.: The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *J Pharm Care* 1997, 1: 1–11.
- Benrimoj S., Gilbert A., Quintrell N., de Almeida Neto A.: Non-prescription medicines: a process for standards development and testing in community pharmacy. *Pharm World Sci* 2007, 29: 386–394.
- Bond, C. M., Grimshaw, J. M.: Multi-disciplinary guideline development: a case study from community pharmacy. *Health Bull* 1995, 53(1): 26–33.
- Bond C., Watson M.: The development of evidence-based guidelines for over-the-counter treatment of vulvovaginal candidiasis. *Pharm World Sci* 2003; 25(4): 177–181.
- Curtiss F.: Framework for Pharmacy Services Quality Improvement – A Bridge To Cross the Quality Chasm. Part I. The Opportunity and the Tool. *J Manag Care Pharm* 2004, 10(1): 60–78.
- Gregory M.B., Wayne J., Williams R., Taylor B., Ciarns C.: Community pharmacy quality standards initiatives: the challenge of producing and demonstrating benefit. *Pharm J* 2000, 265(7114).
- Cordina M., McElnay J.C., Hughes C.M.: Societal perceptions of community pharmaceutical services in Malta. *J Clin Pharm Ther* 1998, 23(2): 115–126.
- Cavaco A., Sousa Diaz J.P., Bates I.: Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci* 2005, 27: 54–60.
- Aradottir H., Kinnear M.: Design of an algorithm to support community pharmacy dyspepsia management. *Pharm World Sci* 2008, 30: 515–525.
- Westerlund T., Allebeck P., Marklund B., Andersson I.-L., Branstad J.-O., Sjoblom M.: Evaluation of a model for counseling patients with dyspepsia in Swedish community pharmacies. *Am J Health-Syst Pharm* 2003, 60: 1336–1341.
- Bissell, P., Ward, P. R., Noyce, P. R.: Appropriateness measurement: application to advice-giving in community pharmacies, *Soc Sci Med* 2000; 51: 343–359
- Schommer J.C.: The association of prescription status, patient age, patient gender, and patient question asking behaviour with the content of pharmacist-patient communication. *Pharm Res* 1997, 14: 145–51.
- Prihhastuti Puspitasari H., Aslani P., Krass I.: How do Australian metropolitan and rural pharmacists counsel consumers with prescriptions? *Pharm World Sci* 2009, 31: 394–405.
- Prihhastuti Puspitasari H., Aslani P., Krass I.: A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies. *Res Soc Admin Pharm* 2009, 5: 197–210.
- Morris L., Halperin J.: Effects of Written Drug Information on Patient Knowledge and Compliance: A Literature Review. *Am J Public Health* 1979, 79(1): 47–52.
- Flynn E., Barker K., Berger B., Braxton Lloyd K., Brackett P.: Dispensing errors and counseling quality in 100 pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 2009, 49: 171–180.
- Svarstad B., Bultman D., Mount J.: Patient Counseling Provided in Community Pharmacies: Effects of State Regulation, Pharmacist Age, and Busyness. *J Am Pharm Assoc* 2004, 44(1): 22–29.
- Svarstad B., Bultman D., Mount J.: Patient Counseling Provided in Community Pharmacies: Effects of State Regulation, Pharmacist Age, and Busyness. *J Am Pharm Assoc* 2004, 44(1): 22–29.
- Morris L., Halperin J.: Effects of Written Drug Information on Patient Knowledge and Compliance: A Literature Review. *Am J Public Health* 1979, 79(1): 47–52.
- Grissinger M., Globus N., Fricker M.: The Role of Managed Care Pharmacy in Reducing Medication Errors. *J Manag Care Pharm* 2003, 9(1): 62–65.
- Prihhastuti Puspitasari, H., Aslani, P., Krass, I.: A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies. *Res Soc Admin Pharm* 2009, 5: 197–210.
- Flynn E., Barker K., Berger B., Braxton Lloyd K., Brackett P.: Dispensing errors and counseling quality in 100 pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 2009, 49: 171–180.
- Westerlund T., Allebeck P., Marklund B., Andersson I.-L., Branstad J.-O., Sjoblom M.: Evaluation of a model for counseling patients with dyspepsia in Swedish community pharmacies. *Am J Health-Syst Pharm* 2003, 60: 1336–1341.
- Westerlund T., Andersson I., Marklund B.: The quality of self-care counselling by pharmacy practitioners, supported by IT-based clinical guidelines. *Pharm World Sci* 2007, 29: 67–72.
- Watson M., Hart J., Johnson M., Bond C.: Exploring the supply of non-prescription medicines from community pharmacies in Scotland. *Pharm World Sci* 2008, 30: 526–535.
- Benrimoj S., Gilbert A., Quintrell N., de Almeida Neto A.: Non-prescription medicines: a process for standards development and testing in community pharmacy. *Pharm World Sci* 2007, 29: 386–394.
- Benrimoj S., Gilbert A., de Almeida Neto A., Kelly F.: National implementation of standards of practice for non-prescription medicines in Australia. *Pharm World Sci* 2009, 31: 230–237.
- Prihhastuti Puspitasari H., Aslani P., Krass I.: A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies. *Res Soc Admin Pharm* 2009, 5: 197–210.
- Prince Edward Island Pharmacy Board: Guidelines on counseling, http://www.napra.ca/Content_Files/Files/PEI/StandardsGuidelines/Guidelines-on-Counseling.pdf, [stan z 04.02.2010].
- Pronk M., Blom L., Jonkers R., Bakker A.: Community pharmacy and patient oriented activities: the Dutch case. *Patient Educ Counsel* 2002, 46: 39–45.
- Ontario College of Pharmacists: College's Task Force on Optimizing the Pharmacist's Role, [http://www.ocpinfo.com/client/ocp/OCPHome.nsf/object/MedConserv/\\$file/MedConserv.pdf](http://www.ocpinfo.com/client/ocp/OCPHome.nsf/object/MedConserv/$file/MedConserv.pdf) [stan z 07.02.2010].