

# Stosunki zawodowe między farmaceutą (aptekarzem) a lekarzem

Anna Piecuch, Magdalena Makarewicz–Wujec, Małgorzata Kozłowska–Wojciechowska

Adres do korespondencji: Anna Piecuch, Zakład Farmacji Klinicznej i Opieki Farmaceutycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Banacha 1, e-mail: anna.piecuch@wum.edu.pl

## Wstęp

Aktywizacja farmaceutów i ich głębsze zaangażowanie w opiekę nad pacjentem realizuje się poprzez przeorientowanie tradycyjnej farmacji w kierunku farmacji klinicznej [1]. W dziedzinę farmacji klinicznej wpisuje się filozofia opieki farmaceutycznej, która zakłada ukierunkowanie praktyki zawodowej aptekarza na indywidualnego pacjenta i nawiązanie współpracy międzyzawodowej z lekarzami oraz innymi specjalistami do spraw zdrowia [2].<sup>1</sup>

W praktyce opieka farmaceutyczna wdrażana jest poprzez świadczenie konkretnych farmaceutycznych usług kognitywnych (*cognitive pharmaceutical services*, CPS). Kognitywne usługi farmaceutyczne definiowane są jako „usługi zawodowe udzielane przez farmaceutów, posługujących się swoją wiedzą i umiejętnościami w celu odegrania czynnej roli we wspieraniu zdrowia pacjenta poprzez skuteczne interakcje zarówno z pacjentami jak i przedstawicielami innych zawodów medycznych” [3].

W USA od 2006 r. wdrażane są usługi zarządzania farmakoterapią (*medication therapy management*, MTM), które stanowią strategię wcielania w życie filozofii opieki farmaceutycznej [4]. Według definicji, MTM to „pojedyncza usługa albo grupa usług, służących optymalizacji wyników terapeutycznych u indywidualnego pacjenta. Usługi zarządzania farmakoterapią są niezależne od procesu wydawania leków, ale mogą zachodzić z nim jednocześnie” [5]. Aby osiągnąć założone cele, MTM wykorzystuje takie narzędzia, jak: konsultowanie pacjentów,

**Pharmacist–physician relationships** · The success of pharmaceutical care depends upon the quality of mutual relationships between pharmacists and physicians. This paper defines various forms of relations and mentions theoretical models. It also gives four examples of formalised interprofessional collaboration, functioning in USA, Australia, the Netherlands and Switzerland. In Poland pharmacists and physicians do not cooperate with each other in the strict sense. Their relationships exist at the level of isolation – pharmacies and outpatient clinics are characterised by geographical separation, their roles are traditional and separated, it is a doctor that predominates, while a pharmacist does not provide pharmaceutical care and is not involved in care over patients. Communication with physicians is one-sided and concerns formal questions only rather than substantial non-conformities. Therefore efforts should be made to create conditions that favour interprofessional collaboration and to support construction of a healthcare system culture that will strengthen the expectations towards collaboration and practising thereof.

**Keywords:** pharmacists, physicians, clinical pharmacy, interprofessional relationships, pharmaceutical care.

© Farm Pol, 2014, 70(7): 353–362

wywiad motywujący, przegląd leków, edukacja pacjentów oraz współpraca międzyzawodowa [4]. Wymagane jest dokumentowanie wszelkich planowanych i podejmowanych działań oraz systematyczne monitorowanie i weryfikowanie efektów tych działań [4]. Wdrażanie usług zarządzania farmakoterapią jest stymulowane poprzez szkolenia farmaceutów i wzmacnianie ich kompetencji zawodowych, zwiększanie liczby farmaceutów oraz zmiany w organizacji pracy aptek [6]. Mimo że usługi świadczone w ramach

<sup>1</sup> W niniejszej pracy używamy sformułowania „specjaliści do spraw zdrowia” (Załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. W sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (Dz.U. nr 82, poz.537), zmieniiony rozporządzeniem ministra pracy i polityki społecznej z dnia 12 listopada 2012 r. (Dz.U. poz. 1268)). Pojęcie „specjaliści do spraw zdrowia” jest szersze niż „zawody medyczne” zdefiniowane w art. 2a ust. 2 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 nr 45, poz. 271 z późn. zm.).

MTM są refundowane, to jednak wydaje się, że nakłady środków i pracy inwestowane przez farmaceutów i apteki nie znajdują adekwatnego pokrycia w mechanizmach finansowania tych usług [6]. Najważniejsze czynniki motywujące apteki do świadczenia usług MTM obejmują poczucie powinności świadczenia takich usług oraz chęć zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentów [6]. Świadczenie tych usług przekłada się na zwiększenie satysfakcji zawodowej farmaceutów, zwiększenie satysfakcji pacjentów oraz poprawę jakości opieki i osiąganych wyników klinicznych [6].

Innym przykładem wcielania w życie filozofii opieki farmaceutycznej jest australijski model podejmowania interwencji klinicznych przez farmaceutę. Farmaceuta, który zidentyfikuje rzeczywisty lub potencjalny problem lekowy, zobowiązany jest podjąć interwencję kliniczną. Interwencja kliniczna definiowana jest jako „każda czynność fachowa farmaceuty ukierunkowana na poprawę prawidłowego stosowania leków (*quality use of medicines*, QUM) i skutkująca zaleceniem zmiany farmakoterapii pacjenta, sposobu podania lub zachowania związanego z przyjmowaniem leku”. Farmaceuta ma obowiązek dokumentowania zidentyfikowanych problemów lekowych oraz podejmowanych w związku z nimi interwencji klinicznych, a także monitorowania efektu zalecanych działań oraz regularnego przeglądu podejmowanych interwencji klinicznych (po to, aby zidentyfikować ewentualne trendy i podejmować działania w celu zminimalizowania potencjalnych problemów lekowych) [7].

W latach 2008–2009 Europejska Dyrekcja ds. Jakości Produktów Leczniczych i Opieki Zdrowotnej (*European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare*, EDQM) przeprowadziła badanie na temat opieki farmaceutycznej [8]. Respondentami były europejskie ministerstwa zdrowia (lub inne odpowiednie agendy i podmioty rządowe), krajowe izby aptekarskie, lekarskie, pielęgniarskie oraz organizacje pacjentów. We wnioskach z badania EDQM zaleca m.in. wzmacnianie społecznego rozumienia pojęcia opieki farmaceutycznej i unikanie innych terminów, takich jak zarządzanie lekami. Zaleca również podejmowanie działań mających na celu wzmacnianie zaangażowania pacjentów w proces

opieki oraz wzmacnianie współpracy międzyzawodowej, a także dążenie do ujednoczenia sposobów dokumentowania opieki farmaceutycznej w Europie [8].

### Współpraca a współdziałanie

Współcześnie dąży się do zacieśniania współpracy między członkami zespołu sprawującego opiekę nad pacjentem [9]. Koncepcja opieki farmaceutycznej wymusza współpracę opartą na względnie trwałych relacjach międzyzawodowych [10]. Coluccio i Maguire zdefiniowali współpracę międzyzawodową jako „proces wzajemnego komunikowania się i wspólnego podejmowania decyzji mający na celu zaspokojenie potrzeb pacjenta w obszarze dobrostanu i choroby<sup>2</sup> z poszanowaniem unikalnych przymiotów i umiejętności każdego ze specjalistów” [11]. Według Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (*Fédération Internationale Pharmaceutique*, FIP) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) relacje farmaceutów z innymi specjalistami opiekującymi się pacjentem, szczególnie z lekarzami, „muszą być zawiązywane na zasadzie partnerskiego współdziałania, opartego na wzajemnej pewności i zaufaniu w każdym aspekcie farmakoterapii” [12]. W 1999 r. Chen pisał wręcz o potrzebie budowania takiej kultury w obrębie systemu ochrony zdrowia, która będzie podsycala oczekiwania względem współpracy i jej praktykowanie, szczególnie między farmaceutami i lekarzami [13].

Ścisłe relacje farmaceutów i lekarzy oraz podejmowane przez nich działania na rzecz wspólnego celu opisywane są zwykle za pomocą dwóch określeń – współpracy bądź współdziałania (kooperacji). Są to pojęcia bliskoznaczne i bywają stosowane zamiennie, jednak w omawianym kontekście nie są one tożsame [14, 15]. Wydaje się, że „współdziałanie” zakłada większą jedynomyślność między partnerami, natomiast „współpraca” uznaje pewien naturalny konflikt występujący w stosunkach zawodowych lekarzy i farmaceutów [16].

Obecnie, zwłaszcza w krajach anglosaskich, relacje między farmaceutą a lekarzem stają się coraz bardziej sformalizowane i dążą do integracji, czyli dostosowywania i scalenia działań i zachowań partnerów relacji na rzecz wspólnego celu.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> W definicji tej użyte zostało słowo „illness” (choroba), akcentujące osobistą percepcję choroby. Percepcja ta jest wysoce uwarunkowana czynnikami społeczno-kulturowymi. W języku angielskim funkcjonują jeszcze dwa terminy oznaczające chorobę – „disease” oraz „sickness”. „Disease” odwołuje się do biomedycznych aspektów choroby, natomiast w terminie „sickness” choroba rozumiana jest jako pewien stan społeczny.

<sup>3</sup> W Polsce pacjenci mają prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (nie częściej niż dwa razy w roku) (art. 28. ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tekst jednolity Dz.U. 2008 nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (art. 29), prawo wyboru szpitala (art. 30) oraz prawo wyboru lekarza dentyisty (art. 31. ust. 1). Prawo pacjenta dotyczy wyboru spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prawo pacjentów do swobodnego wyboru świadczeniodawców oraz do swobodnego wyboru apteki utrudnia integrację opieki zdrowotnej, a nawet może ją uniemożliwiać.

Według Axelssona i Axelsson integracja może przebiegać w wymiarze wertykalnym (między organizacjami lub jednostkami organizacyjnymi zajmującymi różne pozycje w strukturze hierarchicznej) i horyzontalnym (między organizacjami lub jednostkami organizacyjnymi mającymi równy status lub zajmującymi te same pozycje w strukturze hierarchicznej) [15]. Zgodnie z przyjętym przez nich podziałem (rycina 1) integracja może przybierać formę:

- współpracy (*collaboration*) – osiągniętej poprzez dobrowolne i wzajemne porozumienia;
- koordynacji (*coordination*) – czyli integracji osiągniętej na poziomie struktur kierowniczych i wdrażanej na niższych szczeblach, np. poprzez mechanizmy kontroli i nadzoru;
- współdziałania (*cooperation*) – kooperacja zakłada istnienie wspólnych struktur kierowniczych, jednak charakteryzuje się też dobrowolnymi i wzajemnymi porozumieniami między bezpośrednimi uczestnikami relacji;
- kontraktowania (*contracting*) – w tym wypadku trudno mówić o integracji, gdyż między uczestnikami relacji może występować wzajemna rywalizacja, prowadząca do wypracowania wspólnych ustaleń usankcjonowanych zawarciem formalnej umowy [15].

Stosunki społeczne mogą mieć charakter współpracy lub kooperacji, gdy cele osób pozostających w stosunku społecznym są wspólne lub od siebie zależne, oraz charakter konfliktu, gdy cele są sprzeczne [17]. Stosunki zawodowe pomiędzy lekarzami i farmaceutami mogą cechować się napięciem [18]. W badaniach eksperymentalnych nad współpracą i rywalizacją zaobserwowano, że jeśli dwie grupy są ze sobą skonfliktowane i zarysowuje się między silny podział na linii „my-oni”, wówczas przywrócenie współpracy możliwe jest tylko poprzez wdrożenie strategii celów nadrzędnych. Początkowo skonfliktowane grupy zmuszone są do współpracy na rzecz wspólnego celu, ważnego dla obu stron, a następnie współpraca eskalowana jest na inne aktywności, prowadząc do wyciszenia konfliktu [17]. Celem nadrzędnym, który jest wspólny dla lekarzy i farmaceutów, jest zdrowie i dobro pacjenta [19].



**Rycina 1.** Pojęciowy model różnych form integracji międzyzawodowej  
 Źródło: Opracowano na podstawie Axelsson R. and Axelsson SB.: Integration and collaboration in public health – a conceptual framework, Int J Health Plann Manage 2006, 21 (1): 80.

### Teoretyczne modele relacji na linii farmaceuta–lekarz

Istnieje szereg modeli teoretycznych opisujących relacje międzyzawodowe w systemie ochrony zdrowia, w tym relacje między farmaceutami i lekarzami [13, 16, 20–22, 27].

Armitage wyróżnił pięć stopni współpracy w opiece zdrowotnej (tabela 1). Zgodnie z przyjętą przez niego systematyką – na najniższym poziomie współpracy uczestnicy relacji są odizolowani od siebie i zasadniczo nie wchodzi w bezpośrednie interakcje. Na najwyższym poziomie – praca wszystkich członków zespołu jest w pełni zintegrowana [20].

Hudson i wsp. zaproponowali podobny model, konkludując, że „efektywna współpraca międzyzawodowa stanowi pochodną lokalnych powiązań tworzonych na gruncie współdziałania, zaufania i wzajemnego szacunku” [21]. Model ten odwołuje się do poziomu zaufania oraz poziomu integracji. Zakłada on cztery etapy na kontinuum współpracy: pierwszym jest izolacja, która wiąże się z najmniejszym poziomem zaufania i wzajemnego dostosowania, następnie przechodzi ona w komunikację, dalej we współpracę,

**Tabela 1.** Systematyka współpracy w ochronie zdrowia według Armitage’a

1. Izolacja	2. Spotkania	3. Komunikacja	4. Współpraca międzyludzka	5. Współpraca na poziomie instytucjonalnym
Uczestnicy nigdy się nie spotykają, nie rozmawiają lub nie wymieniają pisemnych komunikatów.	Uczestnicy kontaktują się lub korespondują ze sobą, ale nie interagują w pełnym tego słowa znaczeniu.	Kontakty lub korespondencja zawiera wymianę informacji.	Partnerzy współdziałają ze sobą na zasadzie porozumień międzyludzkich.	Praca wszystkich członków jest w pełni zintegrowana.

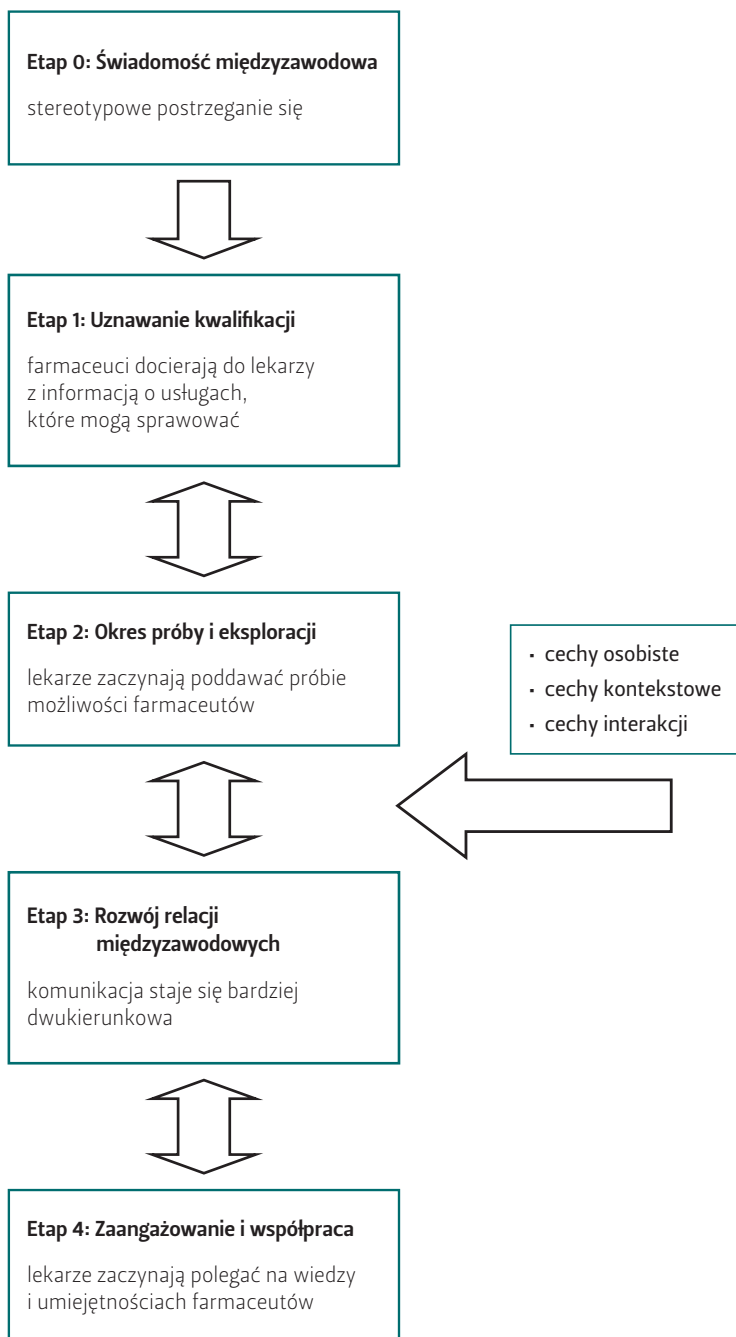
Źródło: Armitage P.: Joint working in primary health care, Nurs Times 1983, 79(43): 76.

aż do osiągnięcia najwyższego stopnia zaufania i pełnej integracji.

McDonough i Doucette opracowali najbardziej znany model opisujący relacje między lekarzami i farmaceutami [27]. Ich model opisuje relacje zawodowe oparte na wzajemnej współpracy (*collaborative working relationships*, CWR) i nakreśla ramy teoretyczne, które mogą

pomóc farmaceutom rozwijać zawodowe relacje z lekarzami. Według Doucette'a i McDonougha: „zanim farmaceuci będą mogli czerpać korzyści ze skoordynowanych programów o współpracy między aptekami a przychodniami (*collaborative practice agreements*, CPAs), muszą najpierw stworzyć silniejsze relacje zawodowe z lekarzami” [22]. Zaproponowany przez nich model zakłada kształtowanie się CWR na przestrzeni pięciu etapów (**rycina 2**).

Na etapie zerowym ewentualne interakcje występują sporadycznie i mają charakter jednorazowy. Przykłady takich interakcji obejmują kontakt w celu zweryfikowania treści recepty, informowanie lekarza o działaniach niepożądanych czy problemach lekowych zidentyfikowanych przy wydawaniu leku. Interakcje te nie mają na celu zbudowania relacji ani wdrożenia nowych strategii poprawy procesu opieki nad pacjentem. Na etapie pierwszym próby nawiązania relacji są inicjowane przez farmaceutę, który przykładowo może prosić lekarza o informowanie pacjentów o nowej usłudze farmaceutycznej. Etap ten jest niezbędny dla farmaceutów, ale nie dla lekarzy, którzy mogą nawet nie dostrzegać wartości usługi proponowanej przez farmaceutów ani wartości samej relacji. Na etapie drugim lekarz rozważa potencjalne ryzyko i korzyści wynikające z podjęcia współpracy oraz ocenia umiejętności i kompetencje farmaceuty. Na etapie trzecim lekarz docenia już wkład farmaceuty w opiekę nad pacjentem. Komunikacja jest dwustronna i obaj uczestnicy relacji stają się partnerami, którzy wymieniają się istotnymi informacjami. Wraz z rosnącym zaufaniem do działań, farmaceuta otrzymuje coraz większą odpowiedzialność, np. możliwość korekty dawkowania. Ostatni etap zakłada coraz liczniejsze angażowanie się lekarzy we współpracę i zawiązywanie się trwałych i długoterminowych relacji międzyzawodowych. Konsekwencją jest powstawanie sformalizowanych CPAs [27]. Postęp w kształtowaniu się relacji uzależniony jest od szeregu czynników. Do istotnych cech charakteryzujących indywidualnych lekarzy i farmaceutów należą: wiek, cechy osobowości (ekstrawersja i introwersja) oraz dotychczasowe doświadczenie we współpracy międzyzawodowej z innymi specjalistami. Wśród cech wynikających z kontekstu relacji można wymienić: rodzaj przychodni, odległość między przychodnią a apteką, natężenie interakcji oraz czynniki organizacyjne czy systemowe (np. współpracę międzyzawodową może być łatwiej zawiązać w przypadku apteki zlokalizowanej na terenie przychodni) [27]. Do cech determinujących interakcje, które są najsilniejszymi predyktorami zawiązania się współpracy,



**Rycina 2.** Model rozwoju relacji zawodowych opartych na wzajemnej współpracy (CWR)

Źródło: Opracowano na podstawie: McDonough R, Doucette W.: Dynamics of pharmaceutical care: Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians, JAPhA 2001, 41(5): 685.

**Tabela 2.** Pojęciowy model współpracy lekarzy i farmaceutów według Bradleya i wsp.

	Poziom 1. Izolacja	Poziom 2. Komunikacja	Poziom 3. Współpraca
Lokalizacja	separacja geograficzna	zwykle separacja geograficzna, jednak z pewnymi wyjątkami	zlokalizowane w jednym miejscu lub blisko siebie
Świadczenie usług	apteka nie świadczy dodatkowych usług poza wydawaniem leków lub świadczy je w bardzo ograniczonym zakresie	apteka świadczy dodatkowe usługi – wzmożony kontakt może spowodować poprawę lub pogorszenie relacji	apteka prowadzi zaawansowane usługi – współpraca może skutkować sformalizowaniem i zacieśnieniem relacji
Zaufanie	lekarze mają niewielkie zaufanie do farmaceuty, szczególnie biorąc pod uwagę biznesowy aspekt działalności apteki	pewne zaufanie mogło zostać zbudowane w toku dotychczasowych kontaktów, jeśli farmaceuta wykazał w nich, że jest godny zaufania; brak zaufania lekarzy odnosi się do szczególnych typów farmaceutów	wzajemne zaufanie zostało zbudowane w czasie wcześniejszych kontaktów; lekarz, który ma dobre doświadczenia z farmaceutami, jest skłonny obdarzyć farmaceutów większym zaufaniem
„Znajomość” siebie nawzajem	lekarze i farmaceuci nie mają poczucia, że znają się nawzajem	lekarze mogą uważać, że znają niektórych farmaceutów z okolicy	zarówno lekarze, jak i farmaceuci uważają, że znają się nawzajem
Komunikacja	ograniczona, zwykle jednokierunkowa (inicjowana przez farmaceutę)	umiarkowana, raczej jednokierunkowa (inicjowana przez farmaceutę); ograniczona komunikacja może być postrzegana jako pożądana, gdyż wskazuje na niewielką liczbę pojawiających się problemów	normą jest regularna komunikacja dwukierunkowa; zarówno lekarze, jak i farmaceuci czują się swobodnie, komunikując się ze sobą, zarówno formalnie, jak i nieformalnie
Role zawodowe	zdefiniowane, odseparowane role tradycyjne; farmaceuta może być niechętny rozszerzeniu swojej roli	lekarze uważają, że farmaceuci mogą być użyteczni, wyręczając ich w niektórych obowiązkach, a ich pomoc powinna być ograniczona do mniej poważnych dolegliwości/przypadków	lekarze na podstawie doświadczenia uważają, że farmaceuci mogą sprawować zaawansowane usługi farmaceutyczne; postrzegają ich jako użyteczne źródło wiedzy; motywacją do współpracy jest korzyść pacjenta
Szacunek zawodowy	ograniczone dowody szacunku zawodowego lub zaufania względem apteki	pewne dowody szacunku względem farmaceuty ze strony lekarza; jest to uwarunkowane typem farmaceuty – „niektórzy są lepsi niż inni”	przykłady wzajemnego szacunku między lekarzami i farmaceutami, jak również względem obu profesji

Źródło: Bradley F. et al.: Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration, *Res Social Adm Pharm.* 2012, 8(1): 40.

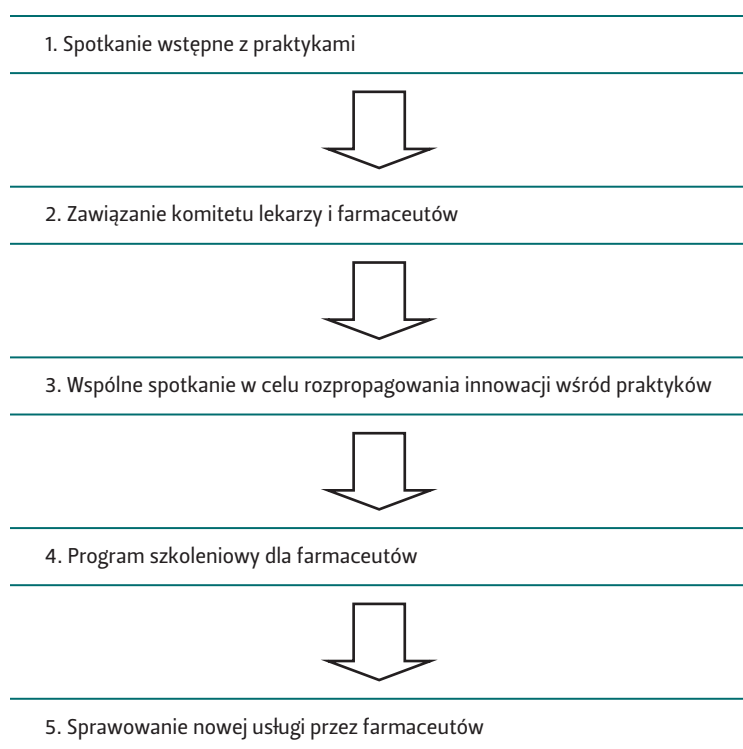
należą: jasne określenie ról, wiarygodność i inicjowanie relacji przez farmaceutę [23, 24].

W oparciu o brytyjskie doświadczenia we współpracy między farmaceutami a lekarzami Bradley i wsp. zaproponowali bardziej rozbudowany model współpracy między przedstawicielami tych dwóch zawodów (tabela 2) [16]. W modelu tym wyróżnione zostały trzy poziomy relacji: poziom pierwszy – izolacja, poziom drugi – komunikacja oraz poziom trzeci – współpraca. Model Bradleya uwzględnia asymetrię relacji lekarz–farmaceuta, wynikającą z posiadanej przez lekarzy władzy do stawiania diagnozy i wystawiania recept. Autorzy wysuwają wniosek, że z powodu nierównorzędności relacji wzajemne i dobrowolne porozumienia o współpracy mogą nie stanowić odpowiedniego podejścia dla tych dwóch profesji. Wbrew tradycyjnemu podejściu do komunikowania się, uważanego za nieodłączny element zacieśniania współpracy, Bradley i wsp. sugerują, że lekarz może postrzegać komunikację z farmaceutą jako zbędną, jeśli w procesie terapeutycznym nie ma żadnych nieprawidłowości. Kluczem do zwiększenia roli farmaceutów wydaje się rozpropagowanie

kognitywnych usług farmaceutycznych wśród lekarzy oraz pozyskanie zaufania lekarzy do kompetencji farmaceutów w tym zakresie [16, 25]. Istotnym elementem jest ściśle zdefiniowanie nowej roli i zadań farmaceuty, aby zarówno farmaceuci, jak i lekarze postrzegali tę rolę podobnie i by jasne było, gdzie przebiegają granice odpowiedzialności zawodowej farmaceutów [26].

Chen i wsp. w oparciu o teorię dyfuzji innowacji oraz model badawczo-wdrożeniowo-upowszechnieniowy Havelocka (inaczej: model powiązań) opracowali pięciostopniowy model wdrażania nowej usługi farmaceutycznej w warunkach lokalnych na poziomie opieki ambulatoryjnej (rycina 3). Model ten może być wykorzystany do zawiązywania i zacieśniania współpracy międzyzawodowej przy wdrażaniu kognitywnych usług farmaceutycznych, takich jak opieka farmaceutyczna [13].

Faza pierwsza modelu zakłada osobiste spotkanie inicjatorów programu zainteresowanych wdrożeniem usługi (np. badaczy) z grupą farmaceutów i lekarzy pracujących relatywnie blisko siebie. Według Chena należy dążyć do



**Rycina 3.** Nawiązywanie współpracy międzyzawodowej – pojęciowy model interwencji

Źródło: Chen T. et al.: Collaboration between community pharmacists and GPs in innovative clinical pharmacy services – a conceptual model, *J Soc Admin Pharm.* 1999, 16: 138.

maksymalizacji frekwencji, a tradycyjne wykłady czy seminaria zastąpić dwiema krótkimi prezentacjami autorytetów obu środowisk, którzy streszczą potencjalne korzyści ze współpracy z obu perspektyw. Zamiast długiego sympozjum należy umożliwić nawiązanie osobistego kontaktu przedstawicielom obu profesji, aby przy tej okazji mogli oni poznać się osobiście oraz wymienić poglądami i opiniami [13]. Konsekwencją spotkania pierwszego jest druga faza, w której według Chena należy stworzyć możliwość przedstawicielom obu profesji aktywnego wkładu w projekt oraz dalszego zacieśniania więzi (między inicjatorami, farmaceutami i lekarzami). W fazie tej należy zadbać o rozpowszechnianie dotychczasowych ustaleń wśród innych lekarzy i farmaceutów pracujących w danej społeczności/okolicy. Faza trzecia zakłada zorganizowanie kolejnego spotkania w celu dalszego rozpowszechniania informacji o możliwości współpracy. Podobnie jak w fazie pierwszej, spotkanie to powinno być nastawione na tworzenie osobistych więzi oraz umożliwić

praktykom doświadczyć korzyści ze współpracy. Faza czwarta zakłada przeprowadzenie szkolenia dla farmaceutów, które da im niezbędną wiedzę i umiejętności kliniczne do sprawowania nowej usługi i jej dokumentowania. Dopiero piąta faza zakłada wdrożenie usługi do praktyki [13]. Wydaje się, że model proponowany przez Chena może zostać wykorzystany przy wdrażaniu opieki farmaceutycznej w Polsce oraz do zacieśniania więzi międzyzawodowych na poziomie lokalnym.

### Przykłady sformalizowanej współpracy na linii farmaceuta–lekarz

W odniesieniu do sformalizowanych relacji między farmaceutami a lekarzami mówi się najczęściej o wzajemnej współpracy [16]. W Stanach Zjednoczonych realizowana jest ona poprzez CPAs, w Australii poprzez domowe przeglądy leków (*Home Medicines Reviews, HMR*) [27]. W Europie przykładem takiej sformalizowanej współpracy są szwajcarskie koła jakości lekarzy i farmaceutów (*physicians–pharmacists quality circles, cercles de qualité médecins–pharmaciens, PPQCs*), a w Holandii tzw. konsultacje farmakoterapii (*farmaco therapie overleg*; w literaturze anglojęzycznej używane są m.in. takie tłumaczenia, jak grupy wzajemnej oceny – *peer review groups* oraz spotkania w celu weryfikacji farmakoterapii – *pharmacotherapy audit meetings*) [28].

#### USA

Porozumienia o współpracy między praktykami (CPAs) służą do tworzenia formalnych relacji między farmaceutami i innymi specjalistami do spraw zdrowia, głównie lekarzami, które umożliwiają farmaceutom sprawowanie rozszerzonych usług na rzecz pacjenta i opiekującego się nim zespołu. Porozumienia definiują zakres usług klinicznych, jakie farmaceuta może sprawować autonomicznie na rzecz pacjenta w zdefiniowanych sytuacjach i uwarunkowaniach [29]. W większości stanów istnieją ograniczenia prawne dotyczące tego, którzy farmaceuci są uprawnieni do zawierania porozumień z lekarzami. W niektórych wystarczy posiadanie tytułu doktora farmacji (*doctor of pharmacy, Pharm. D.*)<sup>4</sup>, w innych wymagany jest dodatkowo 1–2-letni staż kliniczny. W 2012 r. CPAs funkcjonowały w 46 stanach oraz Dystrykcie Kolumbii [30]. Zakres porozumień różni się pomiędzy poszczególnymi stanami ze względu na różnice

<sup>4</sup> W USA funkcjonuje zawodowy tytuł doktora farmacji. Obecnie studia farmaceutyczne w USA przypominają nieco studia lekarskie, gdyż w ich toku bardzo silnie akcentowane są przedmioty i praktyki kliniczne, co ma dać przygotowanie studentom do optymalizacji farmakoterapii w ich praktyce zawodowej.

w uprawnieniach farmaceutów i stawianych im wymaganiach. 1/3 stanów pozwala farmaceutom na dobór leków i rozpoczęcie farmakoterapii, wiele pozwala im na decydowanie o konieczności jej zaprzestania, a prawie wszystkie pozwalają na modyfikacje w farmakoterapii i dostosowanie jej do potrzeb pacjenta. Trzydzieści jeden stanów pozwala farmaceutom na zlecenie i interpretowanie badań laboratoryjnych [30]. Szczegółowy zakres kompetencji farmaceuty określony jest indywidualnie w treści podpisywanego przez niego porozumienia. W ośmiu stanach aptekarze pracujący w aptekach ogólnodostępnych nie mogą zawierać CPAs. Sześć stanów definiuje w jakich jednostkach chorobowych możliwe jest nawiązanie porozumienia, a wiele kolejnych wymaga, aby porozumienie było ukierunkowane na konkretną jednostkę chorobową [30]. Powodzenie CPAs zależy od zastosowania odpowiednich zachęt, zarówno w stosunku do pacjentów, świadczeniodawców, jak i płatników, a także od wykazywania poprawy wyników klinicznych i korzyści ekonomicznych dla systemu ochrony zdrowia [31].

#### **Australia**

W Australii farmaceuci przeprowadzają domowe przeglądy leków (HMR), które funkcjonują w ramach programu prowadzonego przez Australijski Cech Aptek (*the Pharmacy Guild of Australia*), a finansowanego ze środków publicznych [32]. Program realizowany jest poprzez formalną współpracę między lekarzem, farmaceutą oraz innymi specjalistami do spraw zdrowia i ich pacjentami (a niekiedy również opiekunami pacjentów). Celem programu jest poprawa stosowania leków i korzyści związanych z farmakoterapią, a także zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych. O zakwalifikowaniu pacjenta do programu decyduje lekarz [33]. Jeśli farmaceuta chce udzielać HMR, musi najpierw zaakceptować warunki programu, a następnie złożyć swoją aplikację do Australijskiego Cechu Aptek. Dopiero po uzyskaniu akceptacji ze strony organizacji może udzielać HMR [32, 33]. Do objęcia usługą mogą być zakwalifikowani ubezpieczeni pacjenci, którzy mieszkają w społeczności (a nie w szpitalu, domu opieki lub innym ośrodku tego typu) i są narażeni na ryzyko niepowodzenia farmakoterapii (np. stosują przewlekle więcej niż 5 leków, stosują leki o wąskim indeksie terapeutycznym, znajdują się pod opieką wielu specjalistów) [33]. Lekarz, który opiekuje się pacjentem, musi potwierdzić, że w danym przypadku istnieje uzasadniona klinicznie potrzeba objęcia pacjenta tą usługą [32]. Pacjent, który wyraził pisemną zgodę na objęcie usługą,

może wybrać aptekę, w której pracuje farmaceuta uprawniony do pełnienia tej usługi. Farmaceuta przeprowadza wywiad w domu pacjenta i na tej podstawie sporządza raport zwrotny dla lekarza. Lekarz może uzgodnić z pacjentem wdrożenie koniecznych działań, poczynsz od wyjaśnienia, jak należy prawidłowo stosować leki po zamianę leków [33].

#### **Holandia**

W Holandii farmaceuta jest doradcą lekarza i innych specjalistów do spraw zdrowia, a także pacjentów i ubezpieczycieli zdrowotnych, wspierając racjonalne stosowanie leków. Usystematyzowana współpraca międzyzawodowa została zapoczątkowana w 1992 r. i od tamtej pory zyskuje na znaczeniu, obejmując obecnie niemal wszystkich farmaceutów i lekarzy [34]. Lekarze i farmaceuci w warunkach lokalnych tworzą grupy dyskusyjne, w których spotykają się regularnie [34]. Spotkania te zwykle odbywają się co najmniej 6 razy w roku (od 5 do 10 spotkań), trwają około 1,5 godziny (90–120 minut) i na ogół w spotkaniach uczestniczy ok. 10 uczestników (od 5 do 15 osób) [35]. W czasie spotkań omawiane są różne aspekty farmakoterapii. Celem tych konsultacji jest poprawa jakości farmakoterapii zarówno na poziomie zlecanej preskrypcji, jak i wydawania leków. W początkowym etapie funkcjonowania konsultacji lekarze i farmaceuci ograniczają się do wymiany informacji na temat farmakoterapii. Im dłużej uczestnicy konsultacji ze sobą współpracują, tym większe jest prawdopodobieństwo, że ich spotkania będą prowadziły do uzgadniania receptariuszy albo wspólnych wytycznych terapeutycznych dostosowanych do lokalnych potrzeb, np. przychodni czy domu opieki. Uzgodnienia mogą dotyczyć zarówno tworzenia nowych dokumentów, jak i udoskonalania tych już obowiązujących. Obecnie wyróżnia się 4 poziomy konsultacji: na poziomie 1. nie ma ustrukturyzowanych spotkań; na poziomie 2. częste spotkania nie prowadzą do konkretnych decyzji, na poziomie 3. częste spotkania wiążą się z wypracowaniem konkretnych decyzji, a na poziomie 4. częste spotkania prowadzą do wypracowania konkretnych decyzji oraz oceny tych decyzji [36]. Im wyższy poziom współpracy i bardziej wiążące porozumienia, tym bardziej efektywna jest współpraca [35, 36]. W czasie spotkania lekarze i farmaceuci dyskutują opisy przypadków klinicznych, omawiają diagnozy, analizują dane dotyczące trendów w preskrypcji, co może prowadzić do weryfikacji farmakoterapii i proponowania leków o udowodnionej wartości terapeutycznej do leczenia wybranych jednostek

chorobowych, a nawet osiągnięcia porozumienia z ubezpieczycielami co do limitu kosztów i wielkości preskrypcji [37]. Niekiedy prowadzi to do utworzenia receptariuszy i protokołów leczenia, co ułatwia praktykom wybór racjonalnej terapii, jak i pociąga za sobą korzyści ekonomiczne [38]. Taka współpraca gwarantuje, że mniej leków się marnuje, a drogie leki nie są przepisywane w ilościach większych niż jest to rzeczywiście potrzebne. W rezultacie Holandia świadczy wysokiej jakości farmakoterapię, jednocześnie utrzymując całkowity koszt leków na stosunkowo niskim poziomie [37].

### **Szwajcaria**

Szwajcarskie koła jakości lekarzy i farmaceutów (PPQCs) zostały powołane w 1997 r. w kantonie Fryburg [39]. W 2009 r. koła jakości istniały już w 8 kantonach, w których co najmniej 422 lekarzy współpracowało z 70 farmaceutami [40]. W skład kół jakości wchodzi zwykle 3–10 lekarzy rodzinnych oraz co najmniej jeden farmaceuta, posiadający uprawnienia do prowadzenia takich spotkań [40]. Do wymogów stawianych farmaceutom należy ukończenie 52-godzinnego szkolenia na temat efektywności, skuteczności i bezpieczeństwa produktów leczniczych najczęściej przepisywanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej [40]. Dodatkowo farmaceutyci muszą ukończyć roczny kurs kształcenia ustawicznego (obejmujący 16 godzin edukacyjnych), którego celem jest aktualizacja ich wiedzy klinicznej i farmakoterapeutycznej. Po ukończeniu niezbędnych szkoleń oraz 2-letniej praktyki polegającej na uczestniczeniu w pracach PPQCs, farmaceuta nabywa uprawnienia do samodzielnego organizowania tych spotkań [40]. Do zadań farmaceuty należy organizowanie i moderowanie spotkań kół oraz zachęcanie lekarzy do uczestnictwa. Pacjenci nie są w żaden sposób związani z konkretną apteką i mogą realizować recepty w dowolnej placówce [39].

Wyjściowym elementem pracy koła jest przygotowanie przez farmaceutę analizy porównawczej recept wystawianych w danym roku przez lekarzy uczestniczących w spotkaniach. Analiza obejmuje zarówno porównanie praktyki przepisywania leków przez danego lekarza z innymi lekarzami oraz innymi kołami jakości, jak i porównanie do grupy kontrolnej lekarzy, która nie uczestniczy w kołach jakości. Następnie uczestnicy koła jakości przeprowadzają analizę recept pod kątem stosunku korzyści do ryzyka, a także porównując swoje zwyczaje z obowiązującymi wytycznymi klinicznymi, najnowszymi informacjami dotyczącymi bezpieczeństwa

i skuteczności tych leków oraz danymi dotyczącymi ich kosztów. Uczestnicy wspólnie szukają alternatyw i starają się wypracować własne uzgodnienia na temat optymalnej farmakoterapii. Uzgodnienia te są następnie wdrażane w praktyce klinicznej [40]. Dodatkowo farmaceutyci mają indywidualne spotkania z lekarzami [40]. Koła jakości mogą prowadzić do zmiany postaw lekarzy, skutkując istotnymi oszczędnościami i poprawą bezpieczeństwa farmakoterapii [39, 40].

### **Relacje zawodowe na linii farmaceuta–lekarz w Polsce**

Farmaceutyci i lekarze w Polsce nie współpracują ze sobą [41, 42]. Relacje polskich farmaceutów i lekarzy znajdują się na poziomie izolacji – apteki i przychodnie cechuje separacja geograficzna, role są tradycyjne i odseparowane, dominuje lekarz, a farmaceuta nie sprawuje opieki farmaceutycznej i jest niez zaangażowany w opiekę nad pacjentem [13, 16, 20, 21, 27]. Komunikacja z lekarzami jest jednostronna i dotyczy kwestii formalnych, a nie merytorycznych nieprawidłowości. Ograniczona komunikacja merytoryczna z lekarzami może wynikać z braku wystarczającej wiedzy i umiejętności farmaceutów, którzy nie czują się kompetentni do podejmowania takich interwencji. Przyczyną nie muszą być braki w posiadanych kompetencjach merytorycznych, ale np. obiektywny brak możliwości uzyskania pełnej informacji o pacjencie i jego terapii. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy mogą być uwarunkowania systemowo-prawne, gdyż rola polskiego farmaceuty jest marginalizowana do czynności formalnych. Z tego powodu należy dążyć do stworzenia uwarunkowań sprzyjających współpracy międzyzawodowej, np. poprzez systemy elektronicznej wymiany informacji o pacjencie, a także edukację międzyzawodową [43, 44]. Wydaje się, że tak jak postuluje Chen, kluczowe znaczenie ma budowanie takiej kultury systemu ochrony zdrowia, która będzie wzmacniała oczekiwania wobec współpracy oraz jej praktykowanie [13].

Zanim opieka farmaceutyczna stanie się powszechną praktyką, należy wspierać nawiązywanie osobistych relacji między farmaceutami i lekarzami na poziomie lokalnym. Farmaceuta musi wykazać się kompetencjami, aby zdobyć zaufanie lekarza, a podejmowane przez niego działania muszą mieć istotne znaczenie kliniczne. Zmian nie da się wprowadzić, dopóki wiedza i umiejętności farmaceutów nie zostaną wzmocnione [26]. Przyczyną ograniczonego kontaktu merytorycznego z lekarzami może być także ograniczone poczucie własnej skuteczności, gdyż jednostki generalnie unikają



angażowania się w te czynności, w których nie czują się pewnie [45]. Poczucie własnej skuteczności kształtuje się na podstawie dotychczasowych doświadczeń i obserwacji. Może być ono funkcją przekonań co do zdolności podjęcia danego zachowania oraz oczekiwań (zarówno pozytywnych, jak i negatywnych) wobec jego konsekwencji. Nawet jeśli farmaceuta posiada kompetencje merytoryczne i społeczne do zainicjowania merytorycznego kontaktu z lekarzem bądź pacjentem, to jeszcze nie musi przełożyć się na zrealizowanie tego działania, jeśli spodziewa się jego negatywnych skutków.

### Źródło finansowania

Artykuł napisano w ramach projektu badawczego realizowanego w latach 2012–2014, finansowanego ze środków dotacji statutowej uzyskanej przez Wydział Farmaceutyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (nr grantu: FW25A/PM31D/12).

Otrzymano: 2014.05.11 · Zaakceptowano: 2014.06.21

### Piśmiennictwo

- WHO/FIP: Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook – 2006 edition, Geneva, 21 November 2006.
- Hepler C.D.: Clinical pharmacy, pharmaceutical care and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy* 2004, 24(11): 1491–8.
- Roberts A.S., Benrimoj S.J., Chen T.F., Williams K.A., Aslani P.: Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother.* 2008, 42(6): 861–8.
- McGivney M.S., Meyer S.M., Duncan–Hewitt W., Hall D.L., Goode J.V., Smith R.B.: Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc.* 2007, 47(5): 620–8.
- Bluml B.M.: Definition of medication therapy management: development of professionwide consensus. *J Am Pharm Assoc.* 2005, 45(5): 566–72.
- Schommer J.C., Doucette W.R., Johnson K.A., Planas L.G.: Positioning and integrating medication therapy management. *J Am Pharm Assoc.* 2012, 52(1): 12–24.
- PSA. Standard and guidelines for pharmacists performing clinical interventions. 8 march 2011. Dostęp online: <http://www.psa.org.au/download/practice-guidelines/pharmacists-performing-clinical-interventions-guideline.pdf> (stan z 17.01.2014).
- Kijlstra N., Ridge K., Walser S.: Pharmaceutical Care: Where do we stand – Where should we go? Survey Report 2009 – Key concepts in pharmaceutical care, quality assessment of pharmaceutical care in Europe and sources of information. Council of Europe 2009.
- PGEU. Europejska Farmacja Apteczna: Strategia w celu optymalizacji profilaktyki i leczenia indywidualnych pacjentów oraz podniesienia jakości systemów ochrony zdrowia w Europie. Bruksela, 15 listopada 2012 r.
- Art. 2a ust. 1 pkt 7 Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. 1991 r. nr 41, poz. 179, Dz.U. 2003 r. nr 9, poz. 108 oraz Dz.U. 2008 r. nr 136, poz. 856).
- Coluccio M., Maguire P.: Collaborative practice: becoming a reality through primary nursing. *Nurs Adm Q.* 1983, 7(4): 59–63.
- FIP. Guidelines for Good Pharmacy Practice, Tokyo, 1993. Dokument zmieniony w 1997 oraz w 2011 r. W 2011 r. została uchwalona wspólna wersja dokumentu opracowana przez FIP i WHO. Dostęp z: [https://www.fip.org/www/uploads/database\\_file.php?id=331&table\\_id=](https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=331&table_id=) (stan z 7.01.2013)
- Chen T., Crampton M., Krass I., Benrimoj S.: Collaboration between community pharmacists and GPs in innovative clinical pharmacy services – a conceptual model. *J Soc Admin Pharm.* 1999, 16: 134–144.
- Sobol E.: Nowy Słownik Języka Polskiego PWN. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2002.
- Axelsson R., Axelsson S.B.: Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *Int J Health Plann Manage* 2006, 21(1): 75–88.
- Bradley F., Ashcroft D.M., Noyce P.R.: Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Social Adm Pharm.* 2012 Jan–Feb, 8(1): 36–46.
- Winefield H.R., Peay M.Y.: Nauka o zachowaniu w medycynie, PZWL, Warszawa, 1986.
- Ranelli P.L., Biss J.: Physicians' perceptions of communication with and responsibilities of pharmacists. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 2000, 40(5): 625–30.
- Snyder M.E., Zillich A.J., Primack B.A., Rice K.R., Somma McGivney M.A., Pringle J.L., Smith R.B.: Exploring successful community pharmacist–physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm.* 2010, 6(4): 307–23.
- Armitage P.: Joint working in primary health care. *Nurs Times.* 1983, 79(43): 75–78.
- Hudson B., Hardy B., Henwood M., Wistow G.: Strategic Alliances: Working across professional boundaries: Primary health care and social care. *Pub Money Manag.* 1997, 17(4): 25–30.
- McDonough R.P., Doucette W.R.: Building working relationships with providers. *J Am Pharm Assoc.* 2003, 43(5 Suppl 1): S44–5.
- Doucette W.R., Nevins J., McDonough R.P.: Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. *Res Social Adm Pharm.* 2005, 1(4): 565–78.
- Liu Y., Doucette W.R.: Exploring stages of pharmacist–physician collaboration using the model of collaborative working relationship. *J Am Pharm Assoc.* 2011, 51(3): 412–7.
- Alkhateeb F.M., Unni E., Latif D., Shawaqfeh M.S., Al-Rousan R.M.: Physician attitudes toward collaborative agreements with pharmacists and their expectations of community pharmacists' responsibilities in West Virginia. *J Am Pharm Assoc.* 2009, 49(6): 797–800.
- Bryant L.J., Coster G., Gamble G.D., McCormick R.N.: General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services. *Res Social Adm Pharm.* 2009, 5(4): 347–62.
- McDonough R., Doucette W.: Dynamics of pharmaceutical care: Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *J Am Pharm Assoc.* 2001, 41(5): 682–689.
- Niquille A., Ruggli M., Buchmann M., Jordan D., Bugnon O.: The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians–pharmacists quality circles. *Ann Pharmacother.* 2010, 44(4): 650–7.
- APhA Foundation / APhA. Consortium recommendations for advancing pharmacists' patient care services and collaborative practice agreements. *J Am Pharm Assoc.* 2013, 53: e132–e141.
- Weaver K.: Collaborative practice agreements vary among the states. February 19, 2013. Dostęp online: <http://www.pharmacist.com/collaborative-practice-agreements-vary-among-states> (stan z 30.03.2014).
- National Center for chronic disease prevention and health promotion. Collaborative practice agreements and pharmacists' patient care services: a resource for pharmacists. CDC, Atlanta, 2013. Dostęp online: [http://www.cdc.gov/dhdp/pubs/docs/Translational\\_Tools\\_Pharmacists.pdf](http://www.cdc.gov/dhdp/pubs/docs/Translational_Tools_Pharmacists.pdf) (stan z 30.03.2014).
- The Pharmacy Guild of Australia. 5th Community Pharmacy Agreement: Home Medicines Review. Dostęp online: <http://5cpa.com.au/programs/medication-management-initiatives/home-medicines-review/> (stan z 31.03.2014).
- PSA. Guidelines for pharmacists providing Home Medicines Review (HMR) services. October 2011. Dostęp online: <http://www.psa.org.au/download/practice-guidelines/home-medicines-review-services.pdf> (stan z 1.04.2014).
- Kocken G.: Pharmacotherapy discussion groups in Netherlands under the spotlight. *Essential Drugs Monitor* 1998, 25–26: 31. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip10e/11.html>
- Eijk MEC van.: Effects of outreach strategies on quality of pharmacotherapy. Utrecht, Utrecht University 2001.
- Florentinus S.R., van Hulst R., Kramer M., van Dijk L., Heerdink E.R., Leufkens H.G., Groenewegen P.P.: Which pharmacists contribute to high-level pharmacotherapy audit meetings with general practitioners? *Ann Pharmacother.* 2006, 40(9): 1640–6.
- Philipsen N.: Regulation of and by Pharmacists in the Netherlands and Belgium: An Economic Approach. *Intersentia, Antwerp* 2003.

38. Bouvy M., Dessing R., Duchateau F.: White Paper on Pharmacy in the Netherlands Position on Pharmacy, pharmacists and pharmacy practice. KNMP (Royal Dutch Pharmacists Association), the Netherlands 2011.
39. Guignard E., Bugnon O.: Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Switzerland. *Ann Pharmacother* 2006, 40: 512-7.
40. Niquille A., Ruggli M., Buchmann M., Jordan D., Bugnon O.: The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. *Ann Pharmacother* 2010, 44: 650-7.
41. Iskierski J., Zimmerman A.: Społeczna rola zawodu aptekarza w oczach własnych i pacjentów. *Farm Pol.* 2006, 62(5): 210-217.
42. Piecuch A., Kozłowska-Wojciechowska M., Makarewicz-Wujec M.: Pharmacist-physician relationships from the pharmacist's perspective in Poland. *Int J Clin Pharm.* 2013, 35: 491. Poster. PCNE Working Conference 2013, 6-8 lutego 2013, Berlin, Niemcy.
43. Austin Z., Gregory P.A., Martin J.C.: Characterizing the professional relationships of community pharmacists. *Res Social Adm Pharm.* 2006, 2(4): 533-46.
44. Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D., Zwarenstein M.: Inter-professional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013, 3: CD002213.
45. Bandura A.: Self-efficacy. The exercise of control. WH Freeman & Co; New York 1997.