Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 4 (13) październik–grudzień 2020 • ISSN 2545-2290

czas z apteki *ex tempore*

NATURAL NURSING
Collection

babyono

HAVE FUN!
BE ACTIVE!
TAKE CARE!
GET READY!

To produkty wspierające naturalne karmienie niemowląt. Unikalna struktura smoczka, zaworek antykolkowy oraz wyprofilowany kształt butelki, przypominający kobiecą pierś sprawiają, że karmienie butelką to bezpieczna alternatywa, która nie zaburza naturalnego odruchu ssania. Babyono, pomagamy rosnąć!

WE HELP TO GROW
www.babyono.com

mgr farm. **ALINA GÓRECKA**
Prezes Wielkopolskiej
Okręgowej Rady Aptekarskiej

Za nami rok, który zmienił świat

Każdy mijający rok jest tym jedynym, niepowtarzalnym w życiu człowieka, buduje niepowtarzalną historię każdego z nas. Ale są też lata szczególne, które zmieniają życie rodzin, społeczności, narodów i świata.

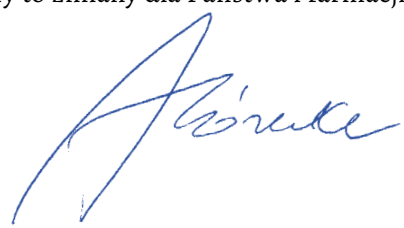
W 2018 r. ukazała się książka reporterskiego duetu Ewa Winnicka i Cezary Łazarkiewicz „1968. Czasy nadchodzą nowe". W opinii autorów nic w świecie po 1968 r. nie było takie samo. Mijający rok 2020 też będzie należał do lat, po których nic nie będzie już takie samo. Zmienił nie tylko nasze życie prywatne, ale także przyniósł kolosalne zmiany farmaceutom i aptekom.

W obliczu pandemii zrozumiano, jak ważnym ogniwem bezpieczeństwa zdrowotnego jest farmaceuta i apteka. Często był to jedyny przedstawiciel systemu ochrony zdrowia, z którym mógł mieć bezpośredni kontakt obywatel.

Odeszły do historii papierowe rachunki refundacyjne, wysyłane pocztą lub dostarczane osobiście do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, rozwiązania cyfrowe uprościły nasze kontakty z refundatorem. Nagle możliwe stały się płatności NFZ za rachunki refundacyjne w ciągu kilku dni, a nie dwóch tygodni. Doczekaliśmy się także kompetencji wystawiania recept przez farmaceutów. Najbardziej pożądaną apteką stała się ta najbliżej domu, to szansa dla wielu na zbudowanie praktyk aptekarskich. Pacjent będzie odwiedzał swojego farmaceutę, tak jak przychodzi do swojego lekarza.

Negatywnie na kondycję aptek wpłynęło ogólnospołeczne kierowanie swoich zakupów do systemu e-commerce. Zamykanie się poradni lub całych szpitali wraz z wdrożeniem obligatoryjnym e-recepty do praktyk lekarskich stało się zagrożeniem dla utrzymania aptek zlokalizowanych w ich pobliżu. Obserwowaliśmy także żmudny proces legislacyjny ustawy o zawodzie farmaceuty. Na każdym etapie legislacji musieliśmy, jako samorząd aptekarski, nieustannie bronić niezależności wykonywania zawodu jako istoty zawodu zaufania publicznego, jako podstawowej normy, którą ten akt prawny wprowadza. 17 grudnia 2020 r. Prezydent RP podpisał ustawę. Tak więc praca nad ustawą, na którą farmaceuci czekali 30 lat, dobiegła końca. Stało się to z końcem tego szczególnego roku, który zmienił cały świat, roku 2020.

Życzę Państwu szczęśliwego Nowego Roku 2021. Roku, w którym nic już nie będzie takie samo. Życzę, aby były to zmiany dla Państwa i farmacji tylko pozytywne.



spis treści

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

10 Na straży jakości leków | Rozmowa z dr n. farm. ANNĄ KOWALCZUK dyrektorem Narodowego Instytutu Leków w Warszawie

18 Aptekarze w czasach pandemii

28 Chronologia zmian w przepisach prawa, mających wpływ na funkcjonowanie aptek i pracę farmaceutów, wprowadzonych w związku z Covid-19

34 Zaraza Galena

36 Samotni w obliczu prawa

42 Reklamacje w dystrybucji farmaceutycznej

46 Odpowiedzialność zawodowa farmaceuty za błędy pracowników

48 Redaktor w układzie zamkniętym

50 Apteka dla aptekarzy

54 Biblioteka muzealna

55 W szkockiej aptece

58 Czas z apteki *ex tempore*

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

66 Naturalny antybiotyk z ula

71 Krew z serca cesarza

73 Związek Zawodowy Farmaceutów Pracowników w RP (1919–1939)

74 Skarby orientalnej apteki

78 Muzeum na szlaku wody

82 Lek na melancholię

84 Nieinstrumentalna wartość życia

87 Poznańska *officina sanitatis*

Tomasz Czachorowski

Wydawca
Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska
60-273 Poznań, ul. Palacza 87
www.woia.pl

Redakcja
60-273 Poznań, ul. Palacza 87
www.farmacjawielkopolska.pl
e-mail: redakcja@woia.pl
Tel. +48 798 192 957
Tel. 61 861 96 93 wew. 105

Redaktor naczelny
Eugeniusz Jarosik

Koncepcja czasopisma
mgr farm. Alina Górecka i Eugeniusz Jarosik

Koncepcja redaktorska i graficzna (współautor projektu)
Eugeniusz Jarosik

Rada Programowa
mgr farm. Alina Górecka (przewodnicząca Rady Programowej), Eugeniusz Jarosik, prof. dr hab. Anna Jelińska, dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Stefan Piechocki

Okładka
Igor Morski

Projekt graficzny i skład
Wiesław Wiszowaty

Autorzy
dr Hanna Cytryńska, dr n. o zdr. Lidia Maria Czyż, dr n. farm. Maria Ellnain-Wojtaszek, mgr Gabriela Frischke, mgr farm. Alina Górecka, Eugeniusz Jarosik, dr n. farm. Marek Jędrzejczak, Marcin Józefiak, prof. dr hab. Ilona Kaczmarczyk-Sedlak, mgr farm. Krystyna Malinger, dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Hanna Piechocka-Koczwara, dr n. farm. Stefan Piechocki, Henryk Sawka, ks. dr Adam Sikora, mgr farm. Zbigniew Skotnicki, mgr farm. Mateusz Szamatek, Magdalena Tamborska, dr n. farm. Magdalena Waszyk-Nowaczyk

Prezentowane przez autorów prace są wyrazem ich poglądów naukowych i redakcja nie ponosi za nie odpowiedzialności. Redakcja dołożyła wszelkich starań, aby publikowane artykuły były obiektywne i na najwyższym poziomie merytorycznym. Prezentowane interpretacje przepisów nie stanowią wykładni prawa i nie mogą być podstawą roszczeń wobec ich autorów. Wszelkie publikacje nie mogą być kopiowane w żadnej formie ani żadnymi metodami mechanicznymi ani elektronicznymi, łącznie z wykorzystaniem systemów przechowywania i odtwarzania informacji bez pisemnej zgody redaktora naczelnego.

PUBLIKUJEMY LIST W SPRAWIE POPARCIA PODCZAS PRAC LEGISLACYJNYCH W SENACIE RP USTAWY O ZAWODZIE FARMACEUTY, KTÓRY W IMIENIU FARMACEUTÓW WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ WICEPREZES WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ WYSTOSOWAŁA NA POCZĄTKU LISTOPADA 2020 ROKU DO ZWIĄZANYCH Z WIELKOPOLSKĄ SENATORÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

■ *W dniu 28 października 2020 r. Sejm RP przyjął bardzo ważną dla całego środowiska aptekarskiego w naszym kraju ustawę o zawodzie farmaceuty (dalej: UOZF). W najbliższym czasie Senat RP, w którego pracach bierze Pan udział, będzie procedował UOZF, na którą polscy farmaceuci czekali kilkadziesiąt lat. Jej uchwalenie jest niezbędne do pełnego uregulowania zasad wykonywania zawodu, lepszego wykorzystania potencjału farmaceutów, zagwarantowania ich niezależności oraz realizacji założeń zawartych w rządowym dokumencie „Polityka lekowa państwa na lata 2018–2022”.*

Samorząd aptekarski wielokrotnie podkreślał, że uchwalenie UOZF przyniesie wiele korzyści zarówno dla pacjentów i farmaceutów, jak i całego systemu opieki zdrowotnej. Apteki oraz pracujący w nich farmaceuci są jednym z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia, dlatego tak ważne jest utworzenie ram prawnych umożliwiających świadczenie dodatkowych usług na rzecz pacjentów. Mogłyby nimi być między innymi przeglądy lekowe, profesjonalne doradztwo w przypadku wystąpienia drobnych dolegliwości zdrowotnych oraz pomoc w nauce obsługi inhalatorów, glukometrów itp. Dzięki nowym regulacjom będzie możliwe efektywniejsze wykorzystanie wiedzy i doświadczenia ponad 30 tysięcy farmaceutów, których większość wykonuje zawód w aptekach, będących najbardziej dostępnymi placówkami ochrony zdrowia publicznego, a nie tylko miejscami dystrybucji produktów leczniczych. W konsekwencji zaproponowane rozwiązania zwiększą poziom bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Ewidentnym przykładem wykorzystania potencjału farmaceutów jest wystawienie przez nich od marca 2020 r. około pół miliona tzw. recept farmaceutycznych. Są to recepty wystawiane przez magistrów farmacji w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia. W czasie epidemii koronawirusa, kiedy utrudniony jest dostęp do lekarzy, dzięki posiadanym uprawnieniom aptekarze wystawiający recepty farmaceutyczne pomogli pacjentom na niespotykaną wcześniej skalę.

W imieniu wielkopolskich farmaceutów uprzejmie proszę Pana Senatora o zwrócenie uwagi na ewentualne poprawki do ww. ustawy, mające na celu osłabienie pozycji farmaceuty i kierownika apteki. Spodziewamy się, że w Senacie będą one zgłaszane pod wpływem przedstawicieli organizacji reprezentujących sieci apteczne oraz przedsiębiorców niebędących farmaceutami. Działania te, podejmowane już podczas prac legislacyjnych w Sejmie, mają na celu zniwelowanie regulacji, które mają gwarantować farmaceucie niezależność w wykonywaniu zawodu w aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej.

Lobbyści mogą dążyć między innymi do zaimplementowania określenia „w sposób uporczywy" lub „rażący", które dotyczyć by miało naruszania niezależności farmaceuty, zwłaszcza kierownika apteki, hurtowni lub punktu aptecznego. Niezależności od wszelkich nacisków jego pracodawcy, którym może być niefarmaceuta, w tym tzw. koordynator aptek. Pojęcie „uporczywości", przez brak jednoznaczności, przez brak wyraźnych granic ją wytyczających, jest niewłaściwym określeniem, które nie powinno być wykorzystywane przy tworzeniu przepisów. Na podstawie wieloletnich analiz dotyczących funkcjonowania tzw. mafii lekowej można sobie wyobrazić następującą sytuację. Właściciel apteki niebędący farmaceutą, bez wiedzy i zgody jej kierownika, dokonuje jednorazowej, ale niedozwolonej prawnie sprzedaży produktów leczniczych. Gdyby Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna miała cofać zezwolenie tylko za „uporczywe naruszenia", ta apteka nadal mogłaby działać i łamać prawo.

Pomysłodawcy „zmiękczenia" przepisów będą też prawdopodobnie dążyć do usunięcia z przepisów maksymalnie trzymiesięcznej kary wstrzymania działalności na przykład apteki, jako skutku naruszania ww. niezależności farmaceuty. W świetle realnego zagrożenia zdrowia i życia pacjentów, jako skutku nacisków niefarmaceutów na farmaceutów, zaproponowana kara wydaje się być zaledwie łagodną i przemijającą dolegliwością.

Opisane zagrożenia nie są hipotetyczne. W 2018 r. w Jarocinie doszło do głośnego wydarzenia. Właściciel apteki niebędący farmaceutą otworzył ją podczas urlopu jedynej zatrudnionej tam farmaceutki. W tym czasie osoba nieuprawniona, czyli technik farmaceutyczny, wydała lek narkotyczny w dawce 10 razy większej od przepisanej na recepcie.

Można przypuszczać, że przeciwnicy UOZF będą narzucać narrację, że ww. kara wstrzymania działalności będzie wymierzana przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną w sposób uznaniowy i na podstawie wątpliwych przesłanek. Tymczasem jakakolwiek uznaniowość jest niemożliwa w świetle obowiązujących przepisów zawartych w Kodeksie Postępowania Administracyjnego i innych ustawach, które wytyczają zakres działania inspektorów PIF. To właśnie inspekcja farmaceutyczna jest pomysłodawcą ww. sankcji. Będą jej służyły w prowadzeniu skutecznej walki z mafią lekową i nielegalnym wywozem leków.

Każdy przypadek uniemożliwiający swobodną realizację ustawowych zadań farmaceuty może prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia pacjenta. Dlatego tak ważne jest, aby UOZF gwarantowała niezależność i bezpieczeństwo pracy tym osobom, z którymi pacjent ma często pierwszy i jedyny kontakt. To nie właściciel apteki, niebędący farmaceutą, tylko fachowy personel apteki wykonujący zawód zaufania publicznego udziela świadczeń zdrowotnych polegających między innymi na czuwaniu nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii pacjenta. To właśnie farmaceuci w okresie utrudnionego dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w czasie trwającej epidemii gwarantowali i nadal gwarantują dostęp do produktów leczniczych i porad farmaceutycznych, często narażając własne zdrowie, a niekiedy i życie.

Mam nadzieję, że przyjęcie ustawy o zawodzie farmaceuty przyczyni się do usprawnienia systemu opieki zdrowotnej oraz przyniesie wymierne korzyści nie tylko dla farmaceutów, którzy jako jedyna grupa z zawodów zaufania publicznego nie mieli dotąd swojej ustawy.

W imieniu członków Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej serdecznie dziękuję wszystkim parlamentarzystom, którzy poparli projekt UOZF. Liczymy na dalszą Państwa przychylność i pomoc we wprowadzeniu nowych uregulowań prawnych, istotnych dla całego środowiska farmaceutów.

W załączeniu przekazuję Panu opracowanie Naczelnej Izby Aptekarskiej, zawierające najważniejsze informacje o projekcie ustawy o zawodzie farmaceuty.

mgr farm. MAGDALENA CZERNIEWICZ
Wiceprezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

DYŻURY NOCNE I ŚWIĄTECZNE ZAGRAŻAJĄ PŁYNNOŚCI FINANSOWEJ APTEK

Pełnienie dyżurów nocnych przez aptekę w Puszczykowie jest obciążeniem przekraczającym możliwości kadrowe i ekonomiczne. Apteka pełni dyżur siedem dni w tygodniu od godziny 8.00 do 21.00, a w niedziele do godziny 14.00. Jest to duże wyzwanie dla farmaceutów, którzy muszą odpocząć w święta i dni ustawowo wolne od pracy. Mimo to obsługujemy pacjentów w nagłych wypadkach. Wszyscy potrzebujący, którzy muszą pilnie zrealizować receptę, są obsługiwani po godzinach pracy. Jest to udokumentowane w raportach fiskalnych. W roku ubiegłym mieliśmy 6 takich przypadków, w roku bieżącym cztery. W związku z tym nie zgadzamy się z projektem uchwały Rady Powiatu.

mgr farm. ANNA BERERZAŃSKA
i zespół farmaceutów apteki „W starym domu" w Puszczykowie

Z informacji przeze mnie posiadanych na terenie gminy Rokietnica nie funkcjonuje szpital ani jednostka pomocy doraźnej, która pozwalałaby na przyjmowanie pacjentów w godzinach nocnych oraz w niedziele, święta i inne dni wolne od pracy. Mieszkańcy gminy mogą korzystać z wyznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia podmiotów pomocy doraźnej w Poznaniu oraz Szamotułach. Na terenie tych miast działają apteki pełniące dyżury. Ponadto uważam, że dyżury aptek w gminie Rokietnica nie mają ekonomicznego uzasadnienia chociażby ze względu na bliskość dużych miast, między innymi Poznania i Szamotuł. Pragnę zwrócić uwagę, że spełnienie planu dyżurów autorstwa Starostwa Powiatowego w Poznaniu wymaga poniesienia dużych kosztów (na przykład wynagrodzenie w stawkach nocnych dla fachowego personelu) w całości ponoszonych przez poszczególne apteki, bez jakiejkolwiek gwarancji, że uda się choćby w najmniejszym stopniu zbilansować poniesione nakłady finansowe. Uważam, że powyższy plan wprost zagraża płynności finansowej aptek na terenie gminy Rokietnica (...).

dr n. farm. BARTOSZ URBANIAK
kierownik apteki „Consultorio" w Rokietnicy

W odpowiedzi na pismo Wlkp. OIA z 21 października 2020 r. informuję, że projekt uchwały Rady Powiatu Gostyńskiego w sprawie dyżurów jest nie do zaakceptowania, gdyż narusza art. 40 ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym poprzez przekroczenie przez organ granicy upoważnienia zawartego w art. 94 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz narusza art. 94 ust. 2 tej ustawy w związku z art. 2 i art. 7 Konstytucji RP. (...)

mgr farm. MAGDALENA WALEŃSKA
Gostyń

SZCZEPIENIA?! CHCEMY MIEĆ WYBÓR...
OK. PRZED JEDZENIEM CZY PO JEDZENIU?

NA STRAŻY JAKOŚCI LEKÓW

„Lekarz, który potrafi zdefiniować chorobę i postawić diagnozę, powinien częściej odwoływać się do kompetencji farmaceuty w obszarze leków. Farmaceuta powinien być zaangażowany w dobór najlepszego leku i czuwać nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii" – mówi dr n. farm. **ANNA KOWALCZUK**, dyrektor Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, w rozmowie z **Eugeniuszem Jarosikiem**, redaktorem naczelnym „Farmacji Wielkopolskiej".

EUGENIUSZ JAROSIK, „Farmacja Wielkopolska": Narodowy Instytut Leków prowadzi rozległą działalność na rzecz ochrony zdrowia w Polsce. Od ponad 60 lat zajmuje się kontrolą leków będących w obrocie, stojąc na straży jakości, bezpieczeństwa, a w konsekwencji skuteczności produktów leczniczych.

ANNA KOWALCZUK: Podstawową funkcją Narodowego Instytutu Leków, jako jednostki nadzorowanej przez Ministerstwo Zdrowia, jest kontrola leków w wyniku realizacji zleceń Głównego Inspektora Farmaceutycznego, z którym co roku podpisujemy umowę. Oprócz kontroli planowych prowadzimy też kontrolę jakościową produktów leczniczych dopuszczonych po raz pierwszy do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie bowiem z art. 119a ustawy Prawo farmaceutyczne produkty te kierowane są do badań jakościowych przez inspekcję farmaceutyczną. Warto podkreślić, że nasze prawo przewiduje badanie produktu leczniczego w procesie rejestracji w Polsce, natomiast nie jest ono wykonywane, ponieważ Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych nie korzysta z tego przepisu. W ciągu ostatnich lat nie wpłynęła do nas ani jedna próbka na etapie badania przedrejestracyjnego. Badanie leku po wprowadzeniu do obrotu powoduje niekiedy poważne komplikacje. Moim zdaniem jest to poważne niedopatrzenie. Produkty lecznicze powinny być badane na etapie rejestracji, a nie dopiero wtedy, kiedy już trafiły na rynek. Warto się zatem zastanowić nad nowelizacją „martwego" obecnie art. 119a ustawy Prawo farmaceutyczne.

Wraz z rozwojem leku określenie jego jakości jest coraz większym wyzwaniem.

Najwyższym priorytetem dla nas jest ocena i badanie jakości leków. Dużym wyzwaniem są nowe leki biologiczne. Farmacja ciągle ewoluuje, idziemy w kierunku medycyny spersonalizowanej, nowoczesnych leków, dlatego też nasz warsztat musi być cały czas doskonalony. Powinniśmy zarówno

podnosić nasze kompetencje, jak i inwestować w infrastrukturę. Będąc w strukturach sieci laboratoriów Europejskiego Dyrektoriatu Jakości Leków i Ochrony Zdrowia (EDQM), wymieniamy się doświadczeniami, ale i realizujemy badania leków dla Europejskiej Agencji Leków (EMA), która zapewnia ocenę naukową, nadzór i monitorowanie bezpieczeństwa produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych na obszarze Unii Europejskiej.

OD LAT BORYKAMY SIĘ Z PROBLEMEM LUKI PRAWNEJ, KTÓRA UNIEMOŻLIWIA NAM SPRAWDZENIE JAKOŚCI LEKÓW NA RYNKU POZAAPTECZNYM. PRAWO NIE WSKAZUJE, KTO MOŻE POBRAĆ PRODUKT SPRZEDAWANY NA PRZYKŁAD NA MIEJSKIM STRAGANIE I NA JAKIEJ PODSTAWIE MA ON ZOSTAĆ ZBADANY

Pod auspicjami Narodowego Instytutu Leków prowadzone są też ośrodki referencyjne: KOROUN i KORLD.

KOROUN to Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, działający w obrębie Zakładu Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków. Jego zadaniem jest monitorowanie pozaszpitalnych bakteryjnych zakażeń ośrodkowego układu nerwowego i innych inwazyjnych zakażeń bakteryjnych nabytych poza szpitalem. Badania prowadzone w KOROUN są źródłem informacji niezbędnych dla celów tworzenia polityki szczepień ochronnych i rekomendacji chemioprofilaktyki oraz schematów terapeutycznych na potrzeby między innymi Ministerstwa Zdrowia, klinicystów i różnych instytucji zajmujących się polityką zdrowotną. KORLD to

z kolei Krajowy Ośrodek Referencyjny do spraw Lekowrażliwości Drobnoustrojów. Do jego zadań należy na przykład opracowywanie rekomendacji doboru testów do oznaczania wrażliwości bakterii na antybiotyki i chemioterapeutyki, monitorowanie rozprzestrzenianie się w środowisku szpitalnym i pozaszpitalnym opornych szczepów gatunków bakterii, istotnych z punktu widzenia klinicznego i epidemiologicznego na obszarze Polski, a także identyfikowanie nowych mechanizmów oporności przy użyciu metod fenotypowych i genotypowych.

Z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa ważną inicjatywą jest Narodowy Program Ochrony Antybiotyków (NPOA), koordynowany przez Zespół Pionu Mikrobiologii Klinicznej i Profilaktyki Zakażeń w Narodowym Instytucie Leków.

Lekooporność drobnoustrojów jest jednym z głównych obciążeń i jednocześnie globalnych zagrożeń dla zdrowia publicznego. Priorytetem staje się racjonalizacja stosowania antybiotyków poprzez ilościowe i jakościowe monitorowanie struktury ich zużycia, a także rozprzestrzeniania się w różnych ekosystemach szczepów opornych drobnoustrojów, zwłaszcza patogenów alarmowych, o wysokiej zjadliwości, dysponujących mechanizmami wielolekooporności. Dynamika narastania oporności na leki znacznie przekracza tempo opracowywania nowych preparatów przeciwdrobnoustrojowych. Wobec związanych z tą sytuacją zagrożeń konieczne są działania międzyresortowe, z uwzględnieniem wszystkich sektorów, w których stosuje się antybiotyki, czyli między innymi medycyny, weterynarii, rolnictwa i ochrony środowiska. Niezbędne są też działania edukacyjne, mające na celu racjonalizację stosowania i zużycia antybiotyków, ukierunkowaną ściśle na ograniczenie ich stosowania.

Narodowy Instytut Leków działa na styku ochrony zdrowia, nauki i biznesu.

Naszym podstawowym zadaniem jest prowadzenie badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych dostosowanych do potrzeb ochrony zdrowia ludności, w tym badań związanych z wprowadzaniem do lecznictwa nowych produktów leczniczych. Bardzo mocno pracujemy, aby zaistnieć z nowymi propozycjami, z nowymi rozwiązaniami terapeutycznymi. Wytworzenie nowej cząsteczki leku oryginalnego wymaga ogromnych

nakładów finansowych i wieloletnich badań. Natomiast kwestia nowych wskazań, lepszej formulacji, zastosowania takiej drogi podania, która obniża efekty niepożądane, a skutecznie leczy, to jest właśnie zadanie dla instytutu badawczego. Jesteśmy jednostką samofinansującą się, a realizowane zadania są częściowo wymuszane przez potrzeby finansowe. Szukając nowych sposobów finansowania, skupiliśmy się na aspekcie wdrożeniowym naszych prac naukowych. Od lipca 2019 roku wszelkie zlecenia w zakresie działalności badawczo-rozwojowej realizujemy poprzez spółkę InnoNIL. Działając na zlecenie firm, pomagamy między innymi opracować formulacje i bezpieczny, racjonalny skład suplementów diety. Rynek tych produktów jest niczym ocean, a wprowadzane do obrotu suplementy diety, nie mogą stanowić zagrożenia dla zdrowia i życia konsumentów.

Składniki oraz ich poziomy zawarte w suplementach diety muszą gwarantować, że normalne stosowanie tych produktów zgodnie ze wskazaniami producenta będzie bezpieczne dla konsumenta. Nadzór nad bezpieczeństwem żywienia i żywności, czyli także suplementów diety, sprawuje Państwowa Inspekcja Sanitarna. Czy Narodowy Instytut Leków współpracuje w tym zakresie z Głównym Inspektorem Sanitarnym?

O ILE KWESTIE ZWIĄZANE Z REKLAMĄ LEKÓW SĄ DOBRZE PRAWNIE ZDEFINIOWANE, O TYLE W PRZYPADKU SUPLEMENTÓW DIETY NIE MOŻNA MÓWIĆ O PRZEKRACZANIU GRANIC, BO TE GRANICE NIE ZOSTAŁY WYTYCZONE

Oczywiście. W ramach tej współpracy przeprowadzamy badania suplementów diety, ale nadal jest to jest bardzo mała liczba próbek w porównaniu do liczby notyfikowanych suplementów. Część badań suplementów diety wykonujemy na zlecenie producentów, którzy chcą zweryfikować ich jakość. Istnieje Klaster Roślinnych Produktów Leczniczych i Suplementów Diety, który powstał z inicjatywy Narodowego Instytutu Leków jako odpowiedź na potrzebę regulacji rynku preparatów niebędących lekami, a zbyt często udających leki. Jednym z zadań naszego klastra jest informowanie o źródłach pochodzenia oraz dystrybucji roślinnych produktów leczniczych

i suplementów diety. Certyfikat klastra NIL, wydawany po przeanalizowaniu zarówno dokumentacji, jak i wykonaniu odpowiednich badań, jest gwarancją jakości i oznacza, że roślinne produkty lecznicze i suplementy diety spełniają obowiązujące normy wytwarzania, ich skład jest zgodny z zadeklarowanym, a stosowanie jest bezpieczne dla pacjenta.

Suplementy diety nie leczą, ale mają działać prozdrowotnie, wspomagać funkcjonowanie organizmu.

Mają wywoływać efekt inny niż farmakologiczny. Logo klastra naszego instytutu na produkcie gwarantuje, że produkt ten jest przebadany i najwyższej jakości, że preparat zawierający na przykład witaminę D czy witaminę C ma deklarowany skład, jest w formie przyswajalnej przez organizm i nie zawiera zanieczyszczeń.

PRODUKTY LECZNICZE POWINNY BYĆ BADANE NA ETAPIE REJESTRACJI, A NIE DOPIERO WTEDY, KIEDY JUŻ TRAFIŁY NA RYNEK. WARTO SIĘ ZATEM ZASTANOWIĆ NAD NOWELIZACJĄ „MARTWEGO" OBECNIE ARTYKUŁU 119A USTAWY PRAWO FARMACEUTYCZNE

Suplementy diety nie są lekami, ale dzięki różnym działaniom marketingowym w wielu przypadkach skutecznie je udają. Podobieństwo do leków i intensywna reklama, zwłaszcza telewizyjna, powodują, że są traktowane jak łatwo dostępne leki bez recepty, stanowiące panaceum na wszelkie dolegliwości. Jakie wnioski płyną z badania polskiego rynku suplementów diety?

Wnioski z badania przeprowadzonego przez Narodowy Instytut Leków wbrew pozorom nie są aż tak negatywne. Suplementy diety polskich producentów, którzy mają w swoim portfolio produkty lecznicze, zazwyczaj wytwarzane są w podobnych warunkach jak leki. Te preparaty, mające uzupełnić niedobór witamin i składników mineralnych, odznaczają się bardzo dobrą jakością. Problem pojawia się w przypadku suplementów diety sprowadzanych z Dalekiego Wschodu, zwłaszcza z Chin, w przypadku których trzeba zweryfikować skład produktów zazwyczaj złożonych z wielu składników. Istotne jest również badanie składu surowcowego importowanych z Azji suplementów diety pochodzenia naturalnego, zawierających rzekomo rośliny. Często okazuje się, że do ich wytworzenia użyto susz roślinny lub ekstrakt, do którego dodano substancje niedozwolone. Najwięcej zagrożeń niesie ze sobą sprzedaż internetowa suplementów diety. Bardzo często dochodzi do sytuacji, w których oferowane za pośrednictwem stron internetowych suplementy zawierają dodatki, które są wręcz szkodliwe czy niebezpieczne dla zdrowia. To rynek charakteryzujący się zdecydowanie największym stopniem ryzyka.

Dużą popularnością cieszą się w Internecie suplementy diety stosowane w kuracji odchudzającej oraz wspomagające erekcję.

W przypadku produktów mających na celu redukcję masy ciała trzeba zachować szczególną ostrożność. Preparaty z grupy tzw. spalaczy tłuszczu mogą zawierać niezadeklarowane komponenty, które nie powinny wchodzić w skład środków spożywczych, gdyż są niebezpieczne dla ludzi – na przykład stymulanty podobne strukturalnie do amfetaminy czy inne substancje psychoaktywne wymienione w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Niedopuszczalna jest również obecność sildenafilu oraz jego pochodnych w suplementach mających zwiększyć potencję. Ich zastosowanie może spowodować różnego rodzaju incydenty w obrębie układu krążenia.

Wprowadzanie do obrotu zafałszowanego suplementu diety, szkodliwego dla zdrowia lub zagrażającego życiu, jest czynem zabronionym. Według raportu Najwyższej Izby Kontroli, obowiązujące prawo jest niewystarczające. NIK postuluje stworzenie nowych, kompleksowych rozwiązań prawnych rangi ustawowej, dotyczących suplementów diety. Proponuje na przykład wprowadzenie systemu ostrzegania konsumentów przed niezbadanymi suplementami diety znajdującymi się w obrocie, poprzez informowanie o fakcie nienotyfikowania danego preparatu, uregulowanie procedur wycofywania z rynku przez producenta lub dystrybutora suplementów diety, a także podwyższenie kar pieniężnych dla podmiotów wprowadzających do obrotu niebezpieczne lub nielegalne suplementy diety do takiego poziomu, by zgodnie z unijnym rozporządzeniem nr 178/2002 były skuteczne, proporcjonalne i odstraszające.

Już od dłuższego czasu Narodowy Instytut Leków postuluje zmiany w obszarze prawa, zarówno w ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia – choć w tym wypadku możliwości są ograniczone, ponieważ wiąże nas dyrektywa unijna – jak i w obrębie prawa farmaceutycznego. W 2015 roku zainicjowałam prace zespołu z udziałem przedstawicieli Głównego Inspektora Farmaceutycznego i Głównego Inspektora Sanitarnego, które miały na celu uporządkowanie rynku suplementów diety. Wnioskowaliśmy między innymi o to, aby suplementy diety sprzedawane w aptece posiadały atest. Zgodnie z art. 86 ustawy Prawo farmaceutyczne w aptekach ogólnodostępnych można sprzedawać określone produkty, które posiadają wymagane prawem atesty lub zezwolenia. Te działania legislacyjne pozwoliłyby zapewnić wyższy poziom ochrony konsumentów i zwiększyć bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa. Pacjent apteki musi mieć pewność, że otrzymuje produkt bezpieczny i wysokiej jakości.

Wiele wątpliwości, również prawnych, budzą reklamy suplementów diety, w tym treści zamieszczane na stronach internetowych, przypisywanie suplementom właściwości leczniczych, sugerowanie, że stanowią one niezbędny element codziennej diety, będący remedium na liczne dolegliwości i potrzeby, obiecywanie szybkiej poprawy zdrowia...

Nieuczciwi sprzedawcy wykorzystują niewiedzę, nieświadomość czy brak doświadczenia klientów. Naganne jest nadużywanie zaufania odbiorców przekazów reklamowych. Co prawda producenci suplementów diety podjęli próbę samoregulacji, powstał kodeks dobrych praktyk reklamy tych produktów, ale w praktyce nie ma żadnych konsekwencji dla tych, którzy nie chcą przestrzegać uzgodnionych reguł. O ile kwestie związane z reklamą leków są dobrze prawnie zdefiniowane, o tyle w przypadku suplementów diety nie można mówić o przekraczaniu granic, bo te granice nie zostały wytyczone. Istotnym problemem z punktu widzenia ochrony konsumentów jest stosowanie przez producentów praktyki tzw. marek parasolowych (umbrella branding). Polega ona na upodabnianiu do siebie produktów należących do różnych kategorii: dotyczy to zwłaszcza przypadków, gdy pod określoną marką zostaje wypromowany na rynku środek leczniczy, a następnie – pod tą samą lub zbliżoną marką – wprowadza się do obrotu suplement diety, który oczywiście właściwości leczniczych nie wykazuje. Ktoś sięga po określony produkt myśląc, że dostał lek, a tymczasem skład jest zupełnie inny.

Niepokój środowiska aptekarskiego i medycznego budzi działalność różnych „klinik urody", w których podaje się na przykład osocze wysokopłytkowe oraz dokonuje się dożylnych wlewów witaminowych przez osoby nieuprawnione w firmie, która nie prowadzi działalności leczniczej w rozumieniu obowiązującego w Polsce prawa. Pojawia się pytanie, jakie jest pochodzenie i źródło nabycia iniekcji i wlewów dożylnych, które powinny mieć status produktu leczniczego zarejestrowanego w Polsce i jako takie powinny być nabywane w hurtowni farmaceutycznej. Czy Narodowy Instytut Leków badał tego rodzaju preparaty?

Współpracowaliśmy z prokuraturą w sprawie dotyczącej podawania pacjentom wlewów zawierających EDTA, czyli kwas wersenowy. Zwolennicy leczenia miażdżycy za pomocą chelatacji przekonują, że EDTA absorbując wapń, powoduje rozpad płytek miażdżycowych i powiększenie światła naczyń, co prowadzi do lepszego ukrwienia tkanek. Brak jednak podstaw naukowych, które wskazywałyby na skuteczność terapii chelatowej. Ponadto wykonujemy badania dla wytwórców na przykład hialuronianu sodu, który już jakiś czas temu zyskał niezwykłą popularność jako wypełniacz wykorzystywany w medycynie estetycznej. Są to badania na zlecenie i nie wiemy, co dalej będzie się z tym preparatem działo. Co do zasady – kosmetyki znajdują się w kompetencjach

Państwowego Zakładu Higieny i to on jest odpowiedzialny za kontrolę tych produktów. Należy podkreślić, że wszelkie preparaty podawane z naruszeniem powłok skórnych, do wewnątrz, powinny być traktowane jak lek i oceniane pod względem jakościowym według reguł przyjętych dla produktu leczniczego.

Uporządkowania wymaga obrót pozaaptekczny lekami OTC. Polska wyróżnia się negatywnie na tle innych krajów Unii Europejskiej – brakuje ograniczeń dotyczących maksymalnych ilości bądź dawek leków sprzedawanych w innych placówkach niż apteka. Odnosi się to zwłaszcza do niesteroidowych leków przeciwzapalnych i paracetamolu, których spożycie jest w naszym kraju bardzo duże. Praktycznie nikt nie sprawuje należytej kontroli nad sprzedażą leków w sklepach ogólnospożywczych i na stacjach benzynowych.

To ważny problem. Niesteroidowe leki przeciwzapalne, dostępne także bez recepty, to druga po antybiotykach grupa najczęściej stosowanych produktów leczniczych. Łatwy dostęp do leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych w placówkach innych niż apteki, brak fachowej porady specjalisty, nie zawsze właściwe warunki przechowywania tych produktów leczniczych w sklepach ogólnospożywczych grożą poważnymi konsekwencjami, między innymi przedawkowaniem i interakcjami z innymi lekami. Niestety, od lat borykamy się z problemem luki prawnej, która uniemożliwia nam sprawdzenie jakości leków na rynku pozaaptecznym. Prawo nie wskazuje, kto może pobrać produkt sprzedawany na przykład na miejskim straganie i na jakiej podstawie ma on zostać zbadany. Nie może tego zrobić ani Główny Inspektor Farmaceutyczny, ani Główny Inspektor Sanitarny, ani wreszcie Państwowa Inspekcja Handlowa. Z tej luki korzystają nieuczciwi sprzedawcy. Ich ofiarami często są ludzie starsi, którzy niedowidzą, nie orientują się w praktykach marketingowych, a przy wyborze produktu leczniczego nierzadko kierują się wyglądem opakowania, nie wiedząc, że wytwórca czasem celowo ujednolica szatę graficzną leków będących w jego ofercie. Rynek pozaaptekczny wymaga zatem zdecydowanie regulacji i weryfikacji.

Rozwój rynku pozaaptecznego to nie tylko zwiększone ryzyko wprowadzenia do obrotu leku sfałszowanego, ale także pozbawienie pacjentów możliwości kontaktu z farmaceutą. Przepis, który stanowi, że sprzedawca w sklepie na podstawie ulotki ma poinformować kupującego o działaniu leku, to absurd i ewidentne lekceważenie ludzkiego zdrowia.

Tylko w aptece możliwe jest udzielenie specjalistycznej porady i prowadzenie opieki farmaceutycznej. Dlatego tak ważne jest wzmacnianie roli apteki jako najbardziej dostępnej placówki ochrony zdrowia publicznego i niezależności farmaceuty w wykonywaniu zawodu. Czas pandemii unaocznił,

LEKOOPORNOŚĆ DROBNOUSTROJÓW JEST JEDNYM Z GŁÓWNYCH OBCIĄŻEŃ I JEDNOCZEŚNIE GLOBALNYCH ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

jak istotnym elementem w systemie ochrony zdrowia jest apteka. Czas ten pokazał również, że jeszcze bardziej trzeba wykorzystać ogromną wiedzę i doświadczenie farmaceutów. Liczę, że podpisana przez Prezydenta RP i opublikowana w ostatnich tygodniach ustawa o zawodzie farmaceuty wzmocni rolę farmaceutów w całym systemie ochrony zdrowia.

10 grudnia 2020 roku uchwalona została ustawa o zawodzie farmaceuty, na którą środowisko aptekarskie czekało kilkadziesiąt lat. Definiuje ona wykonywanie zawodu farmaceuty, które polega między innymi na sprawowaniu opieki farmaceutycznej. Te regulacje stwarzają szansę na lepsze wykorzystanie wysokich kompetencji farmaceutów.

Opieka farmaceutyczna to przestrzeń do współpracy pomiędzy farmaceutą, lekarzem i pacjentem. Lekarz, który potrafi zdefiniować chorobę i postawić diagnozę, powinien częściej odwoływać się do kompetencji farmaceuty w obszarze leków. Farmaceuta powinien być zaangażowany w dobór najlepszego leku i czuwać nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii. Podstawą tej współpracy jest wymiana informacji, co wymaga coraz lepszego wykorzystania technologii informatycznej w opiece zdrowotnej oraz rozwinięcia narzędzi wpływających na wzrost bezpieczeństwa wymiany informacji między lekarzem, pacjentem i farmaceutą. Lekarz i farmaceuta muszą się wzajemnie informować, musi być system powiązań, bo informacja daje szanse na jak najlepsze decyzje w zakresie rozwiązywania problemów lekowych pacjenta. Mam nadzieję, że obecnie podejmowane działania w zakresie e-zdrowia zaprocentują w przyszłości poprawą komunikacji na linii lekarze – farmaceuta – pacjent.

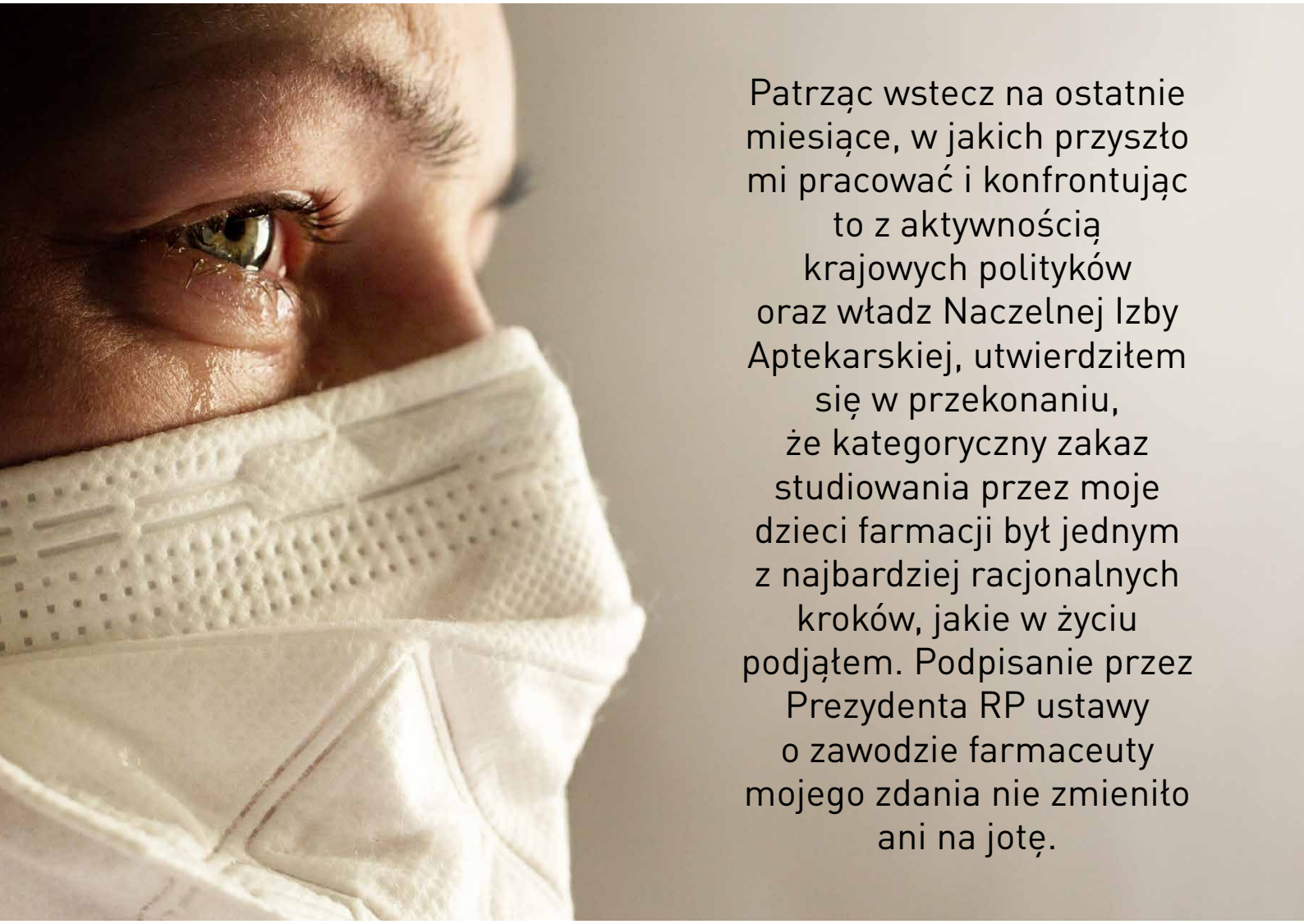
Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał EUGENIUSZ JAROSIK
„Farmacja Wielkopolska"
Współpraca: ANNA JAROSIK
Zdjęcia: Eugeniusz Jarosik

REDAKTOR NACZELNY „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ" EUGENIUSZ JAROSIK I DR N. FARM. ANNA KOWALCZUK, DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU LEKÓW W WARSZAWIE

dr n. farm. WOJCIECH MUSIAŁ

APTEKARZE W CZASACH PANDEMII



Patrząc wstecz na ostatnie miesiące, w jakich przyszło mi pracować i konfrontując to z aktywnością krajowych polityków oraz władz Naczelnej Izby Aptekarskiej, utwierdziłem się w przekonaniu, że kategoryczny zakaz studiowania przez moje dzieci farmacji był jednym z najbardziej racjonalnych kroków, jakie w życiu podjąłem. Podpisanie przez Prezydenta RP ustawy o zawodzie farmaceuty mojego zdania nie zmieniło ani na jotę.

www.stock.adobe.com

Jaką rolę pełni apteka w czasie trwającej pandemii? Analizując fakty i zdarzenia, których świadkami jesteśmy od marca 2020 roku, udzielić można dwóch odpowiedzi.

Pierwszą wyczytać można z przekazów płynących z wszelkich mediów i forów, głównie tych moderowanych przez członków Naczelnej Izby Aptekarskiej i kręgi widzące możliwość zarobienia na farmaceutach niezłych pieniędzy. Narracja ta podkreśla znaczącą rolę aptekarza w walce z pandemią, i wskazuje na farmaceutę jako istotny element ochrony zdrowia. Szkoda miejsca, by te wszystkie banały wymieniać. Przekaz ten prezentują władze NIA notorycznie, politycy zaś wtedy, gdy jest im to wygodne. Narracja ta snuta jest również przez kręgi widzące w niej swe potencjalne zyski finansowe, płynące chociażby z obowiązkowych, płatnych szkoleń z zakresu opieki farmaceutycznej, szczepień, obowiązkowych ubezpieczeń, którymi zamierza się nas, farmaceutów, uraczyć. Mnie nadal zdumiewa, że to bajdurzenie, bo tak trzeba wprost tę narrację nazwać, w konfrontacji z sytuacją, w której my, aptekarze, jesteśmy, nie spotyka się z żadnym protestem ze strony naszego środowiska. Obudzimy się, jak zawsze, gdy będzie już za późno.

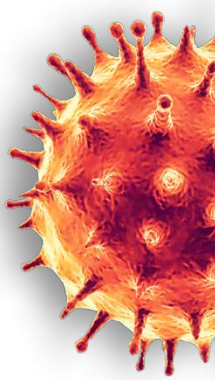
Druga odpowiedź na zadane we wstępie pytanie jest następująca: nasza, aptekarzy/farmaceutów, rola jest identyczna jak sprzedawcy w dyskoncie. Czyli żadna.

Która z tych odpowiedzi jest prawdziwa, każdy sam może ocenić. Ja przypomnę niektóre fakty związane z pracą aptekarza (jak to władze Naczelnej Rady Aptekarskiej określały – „stania na pierwszej linii w walce z wirusem") w czasie obecnej pandemii.

Marzec 2020 rok – w Europie zadomowił się na dobre SARS-CoV-2. Zawitał i do Polski. I do dzisiaj ma się dobrze. Już 13 marca z Ministerstwa Zdrowia dociera do gabinetów POZ bezpłatny środek antyseptyczny. To miejsca – warto przypomnieć – w których większość lekarzy bardzo szybko znacznie ograniczyła pracę i/lub zaczęła udzielać porad telefonicznych. Udziela ich zresztą do tej pory. Te porady lekarskie bez kontaktu osobistego z pacjentem nazwano teleporadą. Kiedyś był Kaszpirowski leczący przez telewizor, a od marca 2020 r. pacjenci wysyłają zdjęcia zmian skórnych smartfonem lub kaszlą do słuchawki. Konsekwencje akceptowania tego faktu pojawiły się dość szybko. Gdy lato minęło, zorientowano się, że oprócz problemów z koronawirusem mamy nadal nowotwory, udary, zawały. Chyba jest już naprawdę źle, gdyż prosi się, by pacjenci nie rezygnowali z wizyt u lekarzy. Nadal słyszymy jednak głównie o zgonach spowodowanych przez koronawirus. O ponad 2000 ofiar nowotworów co tydzień, udarach, zawałach cisza jak makiem zasiał. Ale propozycje, by aptekarze diagnozowali „proste" (co to znaczy?) przypadki, wyręczając lekarzy, naturalnie za darmo, już się pojawiły.

W marcu apteki praktycznie żadnych środków ochronnych nie dostały. Około 20 marca przydzielono bezpłatnie po jednym pojemniku pięciolitrowym na aptekę preparatu Trisept. Trudno stwierdzić, czy dopiero po interwencji NIA, czy ktoś z ministerstwa raczył zauważyć, że w aptekach też są pacjenci? To jeden z wielu dobitnych przykładów, jaką w rzeczywistości pozycję w hierarchii Ministerstwa Zdrowia zajmuje farmaceuta i apteka.

Problem rzeczywistego braku dostępu do lekarzy okazał się wiosną tego roku na tyle poważny, że nagle przypomniano sobie o nas, aptekarzach. Z wielkim zdziwieniem czytałem apele wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych, aby aptekarze wystawiali recepty w czasie ogłoszonej pandemii. Gdy o to prosiliśmy przez lata, wszyscy decydenci zgodnie mówili „NIE". Nie byliśmy tego godni, w odróżnieniu od pielęgniarki z licencjatem. Tymczasem wiosną mogliśmy przeczytać: „Jesteście Państwo świetnie wyszkolonym personelem medycznym i posiadacie Państwo pełną możliwość oceny sytuacji, czy należy pacjentowi wydać lek na receptę farmaceutyczną". To w sytuacji, gdy lekarze pozamykali swe gabinety, mamy wystawiać recepty? A później co będzie? Kim my dla was, rządzący i kontrolujący, właściwie jesteśmy? Istotnym elementem systemu tylko w czasie klęski takiej jak obecna?



Władze NIA dumnie ogłosiły sukces, gdyż farmaceuci wystawili już ponad 500 000 recept (może więcej). Natomiast do dzisiaj nie podęto żadnych kroków mających zabezpieczyć aptekarzy przed ewentualnymi sankcjami ze strony Narodowego Funduszu

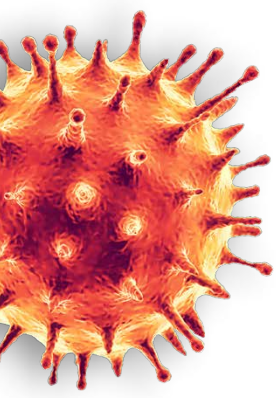
Zdrowia za błędnie, w rozumieniu NFZ, wystawione i zrealizowane recepty! Nie zaproponowano również żadnego wynagrodzenia za dodatkową pracę! Tymczasem NFZ już w październiku zaczął się przyglądać receptom wystawionym przez farmaceutów. A nie przypominam sobie, by NIA mocno akcentowała fakt, że wystawienie przez farmaceutę recept z refundacją wiąże się z obowiązkiem posiadania i prowadzenia przez tego farmaceutę dokumentacji uprawniającej pacjenta do zniżki.

APTEKI W NASZYM KRAJU UTRZYMUJĄ SIĘ PRZEDE WSZYSTKIM ZE SPRZEDAŻY KOSMETYKÓW I SUPLEMENTÓW DIETY, A NIE LEKÓW. URZĘDOWE MARŻE APTECZNE NA LEKI REFUNDOWANE SĄ W POLSCE JEDNYMI Z NIŻSZYCH W EUROPIE

Drodzy aptekarze, warto, byście wiedzieli, że w ramach podziękowania lekarzom w lipcu 2020 roku Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia informowało: „Świadczeniodawca POZ, który w lipcu 2020 roku ma zadeklarowanych 5 tys. pacjentów i będzie wystawiał e-skierowania na poziomie powyżej 90 proc., może liczyć miesięcznie na dodatkowe środki w kwocie od 3,5 do 4,4 tys. zł (jeśli posiada również certyfikat akredytacyjny)". We wrześniu dziennikarze radia TOK FM poinformowali, że lekarze POZ dostaną dodatkowe 40 zł za teleporadę, 75 zł za przyjęcie pacjenta w gabinecie i 100 zł więcej za wizytę domową u pacjenta z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem. A co farmaceuci/aptekarze dostali za wprowadzaną na ich plecach e-receptę? Jaką gratyfikację finansową otrzymali za wyręczanie lekarzy w wystawianiu recept? Każdy aptekarz zna odpowiedź na te pytania. Szkoda, że wybrane w styczniu 2020 roku władze NIA nie upomniały się o członków samorządu, którzy w czasie pandemii są często jedynym zawodem medycznym, z którym pacjent ma kontakt.

W marcu pogarszającą się sytuację odzwierciedla hasło „ratuj się kto może". Pracownicy aptek walczą o swoje własne zdrowie, a starsi wręcz o życie, wszelkimi sposobami starając się zminimalizować ryzyko zarażenia koronawirusem. Na portalach pojawiają się zdjęcia prowizorycznych rozwiązań przesłon i zabezpieczeń osobistych. Władze NIA oraz inspekcje sanitarne, nieznające chyba zasad fizyki, publikują zalecenia wydawania leków przez okienka do sprzedaży nocnej. Sieci apteczne zaś proponowały pracownikom aptek premię frekwencyjną w wysokości do 1000 zł brutto, z niechęcią podchodząc do zaleceń dystansu, osłon w sali ekspedycyjnej aptek. Tyle warta w oczach organizacji reprezentujących interesy biznesu jest praca farmaceuty w warunkach podwyższonego zagrożenia, w wielu przypadkach, podkreślmy, bez zabezpieczenia podstawowych środków ochrony osobistej. Można spytać: osiągnęliśmy już, jako zawód, poziom niewolnika, czy jeszcze nie? To właśnie w tym czasie po raz kolejny mogliśmy się ostatecznie przekonać, jak bardzo przedmiotowo niektórzy przedsiębiorcy traktują pracowników aptek, zapomnijmy więc o prestiżu zawodu.

Przełom zimowo-wiosenny i czas przed Świętami Wielkiej Nocy to było istne pandemonium. Ludzie wykupują towary w sklepach. W aptekach zaczyna brakować leków. Dodatkowo z przerażeniem obserwujemy w aptekach galopujące ceny hurtowe, co przekłada się na rosnące ceny detaliczne. Na portalach internetowych pojawiają się informacje o pacjentach czy raczej klientach wydających w aptekach setki czy tysiące złotych na wątpliwe w skuteczności środki mające chronić przed koronawirusem. Można było znaleźć również doniesienia o obowiązkowej wiązanej sprzedaży środków antyseptycznych z innymi towarami. Winni, rzecz jasna, szybko się znaleźli. To, jakżeby inaczej: aptekarze. To właśnie ich już w maju próbowano obarczyć odpowiedzialnością za ceny w aptekach. Poseł RP Tomasz Olichwer z Koalicji Obywatelskiej zapytał premiera, czy zamierza zająć się nieetycznymi i przestępczymi działaniami niektórych aptek w czasie



epidemii. Pojawia się reportaż „Apteki żerują na klientach podczas epidemii korona wirusa", a Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji oddala skargę na ten, szkalujący apteki i aptekarzy, reportaż. Nikt oczywiście słowem się nie zająknął o galopujących cenach hurtowych. Nie wspomniano również o tym, że rynek hurtowy został praktycznie zmonopolizowany. Przy pełnej akceptacji kolejnych rządów. I to monopoliści dyktują rządowi i aptekom swoje warunki, a nie odwrotnie!

Na dokładkę ciągle słychać głosy oburzenia na postawę farmaceutów. Dlaczego nie reagują? Gdzie misja, idea? A ja pytam: DLACZEGO farmaceuta miał reagować? Jeżeli właściciel może zwolnić pracownika za nierealizowanie celów sprzedażowych, jeżeli kierownik apteki mniej znaczy dla właściciela niż koordynator, często analfabeta w dziedzinie leków? Jeżeli magister farmacji jest traktowany przez korporację sieci aptek na równi z technikiem farmaceutycznym bez matury lub po „studiach" z zakresu „sterowania wiatrem" czy „zarządzania polem namiotowym"? A wynagrodzenie farmaceuty jest uzależnione od obrotu apteki, w której pracuje. Z misji posiłku dla dzieci się nie przygotuje, a ideą rachunków nie zapłaci. I taka jest prawda.

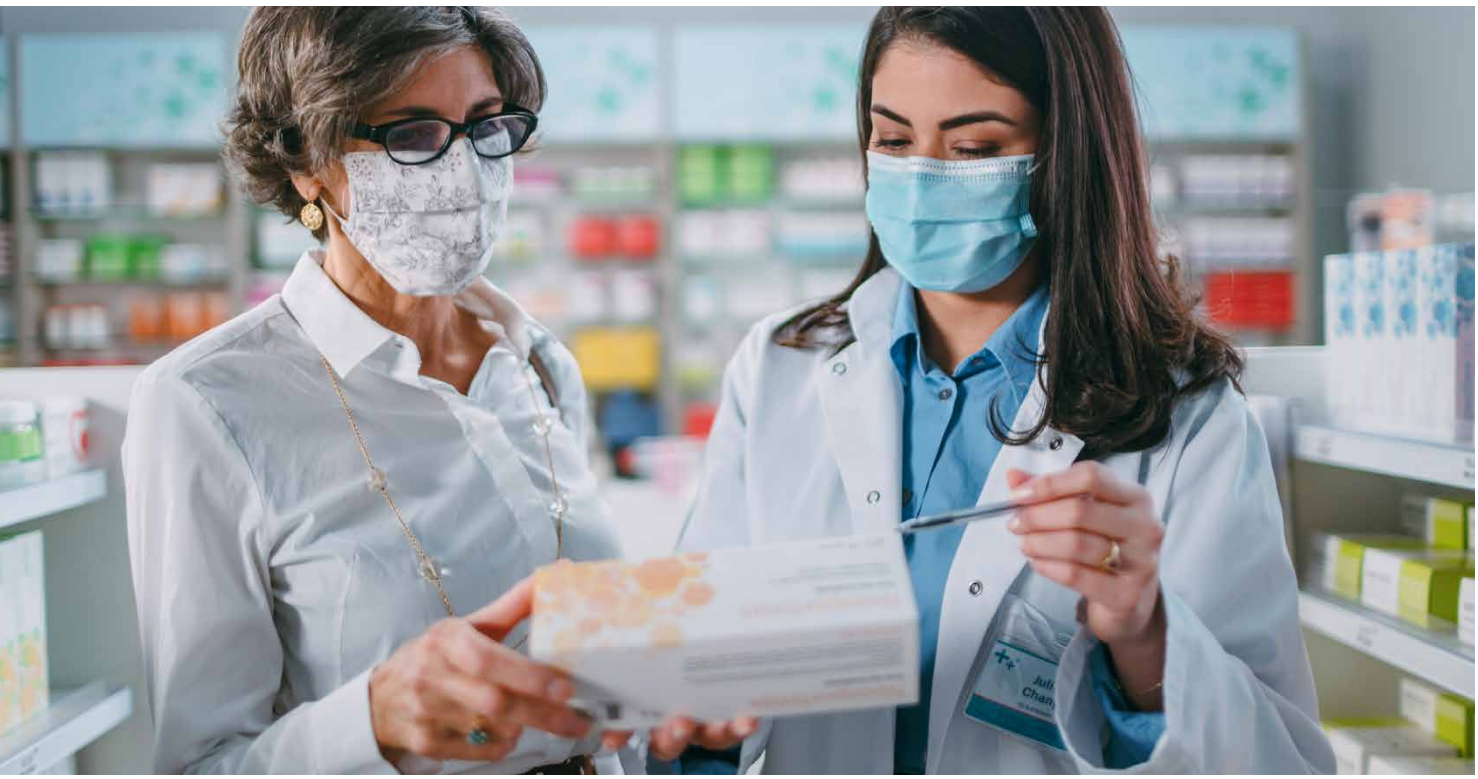
Apteki z Polsce działają i utrzymują się obecnie w dużej mierze ze sprzedaży suplementów diety i kosmetyków. Nie leków, szczególnie refundowanych, których marże są żenująco niskie. Urzędowe marże apteczne są w Polsce jednymi z niższych w Europie. Nie jest to żadną tajemnicą. Dobitnie

www.stock.adobe.com

nasze miejsce w szeregu pokazała nam w listopadzie 2020 roku w dyskusji zorganizowanej przez Warsaw Enterprise Institute Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Wyraziła się ona następująco:

„Pacjenci nie znają zawiłości regulacyjnych, jakie rządzą rynkiem aptecznym. Zależy im po prostu na kilku rzeczach: tym, żeby apteki były blisko, żeby było ich dużo, żeby leki były dostępne i żeby były w przystępnych cenach". Tyle znaczymy w oczach organizacji stowarzyszających pacjentów! Ktoś ma jeszcze wątpliwości? Apteka w odbiorze społecznym to obecnie sklep. A sklep żyje z obrotu i marży. Ma być dużo, tanio i szybko! A kto obsługuje klienta, nie ma dla nikogo znaczenia, podobnie jak to, jaką wiedzę posiada.

Od marca 2020 roku komplikuje się sytuacja kadrowa w aptekach. Większość farmaceutów to kobiety, a szkoły przeszły na kształcenie zdalne. Tak więc opieka nad dziećmi, dodatkowo kwarantanny, zachorowania – tę sytuację próbują wykorzystać najwięksi gracze na rynku detalicznym. Podjęte więc zostały kroki mające na celu nie zadbanie o pracowników farmaceutów, lecz wyeliminowanie nas z obrotu detalicznego lekiem. Oto już w kwietniu 2020 roku przedstawiciel Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET zaapelował o zaprzestanie kontroli aptek przez inspekcję farmaceutyczną, a w październiku pojawiła się szokująca propozycja, uzasadniana oczywiście pandemią, by jeden kierownik mógł kierować maksymalnie... trzydziestoma aptekami. W czerwcu 2020 roku Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA zaproponował zmiany legislacyjne w zakresie dostaw leków do pacjenta. Ich celem jest możliwość zamawiania leków i realizacji



www.stock.adobe.com

zamówień z pominięciem aptek. To kolejna próba zalegalizowania sprzedaży internetowej i przejęcia rynku przez kilka sieci realizujących internetowy handel w około 95%. W sprawy handlu detalicznego w Polsce ingerują przedstawiciele obcych krajów, wspierając fundusze inwestycyjne mające interes w przejęciu polskiego rynku. Jeżeli rząd polski ulegnie naciskom, a ku temu sprawa zmierza, w kilka miesięcy polskie apteki indywidualne prawdopodobnie przestaną istnieć, najwięksi gracze przejmą zaś rynek. W kolejnym etapie zniknie my, farmaceuci, jako zbędny dodatek do prowadzenia wielkiego biznesu. Halo! Tu ziemia! Koleżanki i koledzy zachwalający pracę w sieciach – was też to czeka!

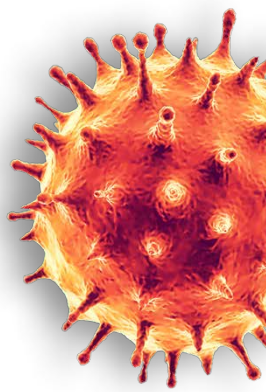
Wiosenne braki środków dezynfekcyjnych i antyseptycznych po raz kolejny obnażyły obłudę i przedmiotowe traktowanie aptekarzy przez decydentów. Realnie patrząc, przed ogłoszeniem stanu epidemii apteka nie posiadała nawet uprawnień do przygotowania płynów antyseptycznych. Widocznie nagle staliśmy się na chwilę potrzebni, by ratować skórę innym. Gdy grunt się zaczął palić pod nogami, to na kolanie sklecono monografię-dziwoląg *„Solutio antiseptica spirituosa ad usum dermicum”*. Super, tylko że składników do wykonania w hurtowniach nie było lub ich ceny były (i nadal są) astronomiczne. Na dobrą sprawę też nie było wiadomo, jak właściwie ten preparat należało wycenić. Szczególnie gdy na prośbę aptekarzy Główny Inspektor Farmaceutyczny wydał zgodę na korzystanie do przygotowania płynów antyseptycznych w aptece w czasie epidemii ze spirytusu rektyfikowanego zakupionego w sklepie. NFZ w tej sprawie milczał, mimo że w sprawach kontroli aptek i nakładania kar ma bardzo dużo do powiedzenia. Nad wyceną naszej pracy nikt się nie pochylił. Zauważmy, ile warta jest nasza farmaceutów/aptekarzy praca: wykonanie leku recepturowego (*taksa laborum*) w warunkach podwyższonej czystości mikrobiologicznej z użyciem między innymi legalizowanych wag wyceniana jest niżej niż strzyżenie męskie. Wymienię jeszcze wymianę opon, usługi hydraulika czy elektryka z całym szacunkiem dla tych profesji. Wiedzą o tym zarówno władze Ministerstwa Zdrowia, jak i NIA. I oczywiście wszyscy ten fakt akceptują! Co gorsza, nie były czynione żadne kroki, by tę sytuacje zmienić! Obecnie to Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska, a nie NIA (na którą składki płacą wszyscy aptekarze w Polsce) pracuje nad przygotowaniem projektu zmian w tym zakresie i przedstawi go NIA.

W miarę spokojnie przebrnęliśmy wiosnę. Wirus nie robi już wielkiego wrażenia. Ludzie myślą o wakacjach. Wydaje się, że najgorsze minęło i wracamy do normalnego życia. W tej sytuacji my, farmaceuci, nie jesteśmy już nikomu potrzebni. Odetchnąć już mogą gracze sieciowi. „Doceniając" rolę, jaką farmaceuci odegrali wiosną, w ramach podziękowań za pracę oferują im aneksy do umów z obniżką wynagrodzenia o 20-25%. Ale chyba jako grupa zawodowa jesteśmy zadowoleni z takiego traktowania, gdyż protestów nie było (w odróżnieniu od pielęgniarek grożących strajkiem). Farmaceuci w lecie przestali być potrzebni, a politycy pokazali swe rzeczywiste oblicze. Rządzący ustawili nas w roli handlowców. Środki ochrony przestały trafiać do aptek. Jak podkreślał resort zdrowia: „Udostępniany asortyment jest jedynie dodatkowym wsparciem. Podmioty zawsze są zobowiązane do pozyskiwania zabezpieczenia we własnym zakresie. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, za zabezpieczenie zatrudnianego personelu w środki ochrony indywidualnej są odpowiedzialni pracodawcy".

Cyniczni politycy potraktowali nas tak, jak traktują grupy zawodowe, z którymi się nie liczą. Ale to dla nich norma. Polityk boi się tylko twardej siły, a tej NIA nie ma. W odróżnieniu od wielkiego biznesu. Oto informacja z posiedzenia podkomisji sejmowej 24 lipca 2020 roku związana z procedowaniem ustawy o zawodzie farmaceuty. „Wychodząc naprzeciw obawom środowiska techników Ministerstwo Zdrowia widzi potrzebę doprecyzowania zapisów dotyczących nadzoru farmaceuty nad technikiem farmaceutycznym podczas wykonywania czynności fachowych. Jak podkreślił przedstawiciel rządu, wskazany nadzór dotyczyć ma jedynie okresu praktyki technika farmaceutycznego przed uzyskaniem uprawnień, a więc na stażu zawodowym". Jeżeli głównym personelem apteki są technicy, a niektórzy parlamentarzyści wprost twierdzą, że kompetencje technika niewiele odbiegają od kompetencji magistra (*vide* poseł Jacek Protasiewicz) i używają pojęcia technik-farmaceuta (*vide* wiceminister zdrowia), to trzeba być głęboko naiwnym, by jeszcze się czemukolwiek dziwić. Technik farmaceutyczny to, zaznaczmy wyraźnie, osoba po dwuletniej policealnej, a nie pomaturalnej, najczęściej sobotnio-niedzielnej szkole zakończonej parodią egzaminu. Zachęcam wszystkich do znalezienia na stronach Centralnej Komisji Egzaminacyjnej arkuszy egzaminacyjnych „potwierdzających kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik farmaceutyczny" i zapoznania się z nimi.

Wraca jak bumerang temat bezpłatnych dyżurów. Niejako w podziękowaniu za naszą pracę i – jak to prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej określała – „stanięcie na wysokości zadania" politycy ustami posła Jana Szopińskiego zapytali ministra zdrowia o wsparcie samorządów powiatowych w zakresie realizacji obowiązku zapewnienia całodobowego funkcjonowania aptek. Chodzi oczywiście o przymuszenie farmaceutów do pełnienia bezpłatnych dyżurów. Pytań do ministra zdrowia o sytuację, w której pacjenci mają problem z dotarciem do lekarzy POZ i AOS (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) w ramach kontraktów z NFZ, nie zauważyłem. Mimo że otwarte były już baseny, siłownie, kina i teatry. W prywatnych gabinetach lekarskich wirus też jakby stawał się mniej groźny. Tylko ceny porady wzrosły.

DOBIEGŁY KOŃCA PRACE LEGISLACYJNE NAD USTAWĄ O ZAWODZIE FARMACEUTY. BĘDZIEMY MIELI NIEDŁUGO OPIEKĘ FARMACEUTYCZNĄ – BEZPŁATNĄ. GDYBY JEDNAK POLITYCY POWAŻNIE MYŚLELI O OPIECE FARMACEUTYCZNEJ, TO POJAWIŁYBY SIĘ ŹRÓDŁA JEJ FINANSOWANIA I WYCENA POSZCZEGÓLNYCH USŁUG



Zaczęło się również przerabianie, na modłę biznesu, a nie farmaceutów, projektu ustawy o zawodzie farmaceuty, czego świadectwem był powrót do realizacji projektu „APTEKI BEZ APTEKARZA"! Pojawiły się zapisy dotyczące Farmaceutycznych Egzaminów Weryfikacyjnych, mające ułatwić podejmowanie pracy w Polsce farmaceutom

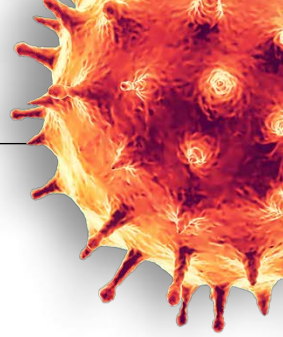
WYKONANIE LEKU RECEPTUROWEGO W WARUNKACH PODWYŻSZONEJ CZYSTOŚCI MIKROBIOLOGICZNEJ Z UŻYCIEM MIĘDZY INNYMI LEGALIZOWANYCH WAG WYCENIANA JEST NIŻEJ NIŻ STRZYŻENIE MĘSKIE

utrzymujące dotychczasową sytuację farmaceuty jako pracownika w pełni zależnego od polityki finansowej firmy prowadzącej aptekę. Działo się to przy aplauzie niektórych naszych koleżanek i kolegów (*vide* listy pracowników aptek sieciowych do ministra zdrowia). Czy do końca zdających sobie sprawę z zaistniałych faktów – śmiem mocno, bardzo mocno wątpić. A może koordynator przekonał ich

www.stock.adobe.com

spoza Unii Europejskiej, choć wielu polskich farmaceutów odczuwa strach o utratę pracy i musi zmierzyć się z takim zjawiskami, jak „uporczywe naruszanie niezależności" niemożliwe do udowodnienia. W perspektywie zaś są płatne szkolenia i obowiązkowe ubezpieczenia. A NIA w tym czasie zabiega o szczepienia w aptekach – dodatkowe obowiązki, bez wynagrodzenia, ale za to z obowiązkowymi szkoleniami i odpowiedzialnością, również karną.

Senat RP w listopadzie 2020 roku w procesie legislacyjnym wprowadził do ustawy o zawodzie farmaceuty poprawki o nietykalności. 27 listopada na wyżyny intelektu wspiął się senator Adam Szejnfeld (Koalicja Obywatelska), który zadając pytania podczas prac senackich nad ustawą o zawodzie farmaceuty, obnażył swój całkowity brak wiedzy na temat aptek i potwierdził to, o czym wszyscy wiemy: politycy mają nas za sprzedawców, a w aptekach – jak raczył senator zaznaczyć – nie są pacjenci, lecz klienci. Uznał również za bezzasadne finansowanie usług farmaceutycznych przez NFZ. Warto zacytować ze skarbnicy mądrości tego senatora chociaż malutki fragment „Dzisiaj, jak mam kolkę, to aptekarz mi mówi: wie pan,



to taki i taki lek. A teraz będzie tak. Ja powiem: mam kolkę. A aptekarz: okej, to kosztuje 15 zł, żebym ja panu powiedział, jaki jest na to lek". Jak rozumiem, senator będzie optował również za tym, by za darmo elektryk diagnozował usterkę, a lekarz diagnozę stawiał. Tacy właśnie ludzie decydują o kształcie apteki i roli, jaką farmaceuta ma pełnić w społeczeństwie. Nie oburzam się – ktoś ich przecież wybrał. Oburza mnie, dlaczego dla misji mam wyręczać innych, którym się za to płaci. No i tak w radosnej atmosferze dotrwaliśmy do jesieni.

Huknęło i gruchnęło. Licznik zgonów i zachorowań, mylonych w mediach uporczywie z zakażeniami, gwałtownie wzrosła. Panuje atmosfera grozy i strachu. Głupota goni plotkę, tę pogania *fake news*. W tym piekiełku swoje partie rozgrywają gracze. Pionkami na szachownicy jesteśmy my, farmaceuci. Do aptek ponownie trafiać zaczęły płyny i maseczki. W narracji dla naiwnych członków naszego zawodu znowu staliśmy się „istotnym elementem systemu ochrony zdrowia". Zastanawiam się, ile razy trzeba dostać w twarz, by się przekonać, że ktoś nas notorycznie okłamuje? Brak należytego docenienia roli swego zawodu wyraźnie oprotestowały pielęgniarki. W listopadzie 2020 roku Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych zagroził wstąpieniem w spór zbiorowy z rządem. W tym czasie władze NIA chętnie dają patronat firmom, które organizują farmaceutom szkolenia z zakresu opieki farmaceutycznej i szczepień.

Zahartowani wiosną, trwamy w drugiej, a może nadal pierwszej, jak zwał tak zwał, fali pandemii. Zachorowało około 1500 farmaceutów, kilku zmarło z powodu COVID-19. Ilu na inne choroby, nie dowiemy się. Nie ironizuję. Każda śmierć jest tragedią i wymaga chociaż chwili zadumy. Każda, nie tylko covidowa.

Nowy minister zdrowia w końcu lata zalecił społeczeństwu szczepienia przeciw grypie. Zapomniał tylko, że do szczepień potrzebne są szczepionki, a raczej poinformował, że nie ma problemu z ich dostępnością. Ale politycy nie ponoszą odpowiedzialności za swe słowa. Apteki dostały ułamek tego, co zamówiły. Winą za brak szczepionek próbowano obarczyć aptekarzy, którzy rzekomo spod lady szczepionki sprzedawali. Zdecydowanego protestu ze strony NIA nie było. Niektórzy aptekarze zaczęli tworzyć listy kolejkowe. Właściwie to nic złego, obecnie jednak wysłuchują pretensji i tłumaczyć się muszą, że szczepionek nadal nie ma.

W aptekach bez zmian na lepsze. Bez mrugnięcia okiem tłumaczymy więc pacjentom, że szczepionek przeciw grypie nie ma i nie będzie, mimo że minister mówi co innego. Wyjaśniamy, co to jest pulsoksymetr i do czego służy. Wyjaśniamy, że tlen z butli do spawania nie nadaje się do celów leczniczych. Odpowiadamy na pytania, „dlaczego tak drogo?", wysłuchujemy pretensji, że lekarz na recepcie wypisał co innego niż pacjent chciał. Próbujemy tłumaczyć, że „X" jest tylko na receptę i rozwiązujemy zagadkę, co to jest takie małe białe na gardło na literę „Z". I tak schodzą nam kolejne dni. Czyli norma apteczna, którą można nazwać opieką farmaceutyczną na miarę XXI wieku. Żeby jednak nie było monotonii, od drugiej połowy listopada niektórzy z nas mają dodatkowy problem w postaci szczepionek przeciw grypie dla personelu apteki. Nie wiadomo do końca, czy jako asortyment przekazany z Agencji Rezerw Materiałowych według ministerstwa podlegają one obowiązkowemu raportowaniu do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL). Jak jednak przypomina resort, zaszczepić się otrzymanymi szczepionkami można w podmiotach, które z NFZ podpisały umowy na tego typu świadczenie. Można je także przekazać pacjentom 75+. A jak udokumentować takie przekazanie zgodnie z Prawem farmaceutycznym? W sumie jeśli ktoś wierzył naiwnie, że to będzie proste, sam sobie jest winien i niech teraz kombinuje. W połowie listopada pojawiło się nowe rozporządzenie w sprawie recept lekarskich. Dokument ten sankcjonuje wszystkie błędy i problemy z e-receptą, które jak w soczewce obnażyła pandemia. A Ministerstwo Zdrowia pełną informację o licznych problemach z e-receptą posiadało. Nadal więc farmaceuci będą obliczać ilości leku, które można wydać pacjentowi. I oczywiście zastanawiać się nad błędami popełnianymi przez lekarzy przy wystawianiu e-recept. Wszak cała odpowiedzialność spada na aptekarzy, a to niewiele znacząca grupa wyborców i pochylać się nad nimi, w odróżnieniu od lekarzy, nie warto.

Aptekarze cały czas karmieni są papką o wielkiej roli, która rośnie jak na drożdżach i sięgnie niedługo K2. A że jesteśmy grupą naiwną i próżną, lubiącą pochwały

www.stock.adobe.com

W USTAWIE O ZAWODZIE FARMACEUTY NIE MA REGULACJI DOTYCZĄCYCH SZCZEPIEŃ W APTECE, ALE CZĘŚĆ PARLAMENTARZYSTÓW I CZŁONKÓW NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ NADAL LOBBUJE ZA TYM ROZWIĄZANIEM

i bezrefleksyjną, nie zauważamy, że zbliżamy się zawodowo do dna Rowu Mariańskiego. A szczyty Himalajów osiąga obłuda wobec nas, którą prezentują rządzący krajem przy braku sprzeciwu NIA. W ciszy gabinetów, z umiejętnie sączonym przekazem medialnym nastrojonym na pandemię, szykuje się przepisy, które zmuszą nas do dodatkowej bezpłatnej pracy i pozwolą wyciągnąć z naszych kieszeni pieniądze. Podam kilka faktów dość skrzętnie ukrywanych przed naszą grupą zawodową. Wszak jak się żabę powoli gotuje to... A aptekarz/farmaceuta to taka właśnie żaba.

Dobiegły końca prace legislacyjne nad ustawą o zawodzie farmaceuty. Będziemy mieli niedługo opiekę farmaceutyczną – bezpłatną. Bądźmy wreszcie realistami. Gdyby politycy poważnie myśleli opiece farmaceutycznej, to pojawiłyby się źródła jej realnego finansowania i wycena poszczególnych usług. A tych brak. Dodatkowo, co bardzo ważne, żeby opieka farmaceutyczna miała jakikolwiek sens, to aptekarz MUSI być w pełni niezależny, a apteka MUSI przestać być sklepem. Co pociąga wiele drastycznych kroków, w tym: zwiększenie zatrudnienia farmaceutów, wyrzucenie tabel podsumowujących sprzedaż, ograniczenie sprzedaży wątpliwej jakości suplementów, likwidacja koszyków sprzedażowych, likwidacja rozliczania z wypracowanej marży i liczby pozycji na paragonach, niewiązanie wynagrodzenia ze zrealizowanym obrotem, likwidacja obowiązkowych progów sprzedażowych i zamieniania leków pod dyktando właściciela...

Szczęśliwie nad ustawą o zawodzie farmaceuty pochylił się Sejm i niekorzystne dla środowiska aptekarskiego poprawki Senatu w większości odrzucił. Prezydent RP ustawę podpisał, a władze NIA dumnie ogłosiły sukces. Zanim jednak prezes i wiceprezesi NRA wypną piersi do orderu, a aptekarze otworzą szampana, warto pomyśleć, co dalej. Same zapisy nie zmieniają naszej sytuacji ani na jotę. Obawiam się bowiem, że kierownik apteki obarczony, a jakże, dodatkowymi obowiązkami i odpowiedzialnością nadal będzie realizował polecenia koordynatora i właściciela. Stając przed problemem, czy zgłosić nieprawidłowości i stracić pracę, gdy WIF unieruchomi aptekę, czy też ryzykować odpowiedzialność osobistą za „nieprawidłowości", łatwo przewidzieć, co wybierze. Tym bardziej że to farmaceuci szukają pracy, a nie praca ich.

Znając zachowania polskich parlamentarzystów, nie byłbym też spokojny o podpisaną przez prezydenta ustawę. Co prawda nie ma w niej rehulacji dotyczących szczepień w aptece, ale nadal część parlamentarzystów (w tym posłowie PSL) i członków Naczelnej Rady Aptekarskiej, między innymi wiceprezes NRA Michał Byliniak,

lobbują za tym rozwiązaniem, dając świadectwo całkowitego braku wiedzy na temat funkcjonowania aptek ogólnodostępnych. Rodzi się też pytanie, w czyim interesie to czynią. Warto bowiem wiedzieć, że szczepienie jest usługą bezpłatną – poradnie nie mają z tego tytułu dodatkowego wynagrodzenia. W sumie to logiczne, że przerzuci się tę niedochodową, acz żmudną usługę na aptekarza.

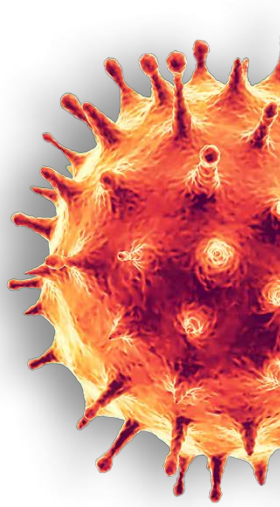
Dodatkowo już trwają prace nad szkoleniami w ramach opieki farmaceutycznej. To nie byłoby złe, ale jeśli aktywnie uczestniczy w nich fundusz kapitałowy reprezentowany przez jedną z największych sieci aptecznych to we mnie budzą się wątpliwości co do efektów tej pracy.

Żeby sprawa była jasna: ja też się cieszę, że mamy wreszcie ustawę o zawodzie, ale z perspektywy lat pracy i obserwacji losów polskiego aptekarza w PRL i RP jestem bardzo sceptyczny co do jej skutków. Nie odniosę się do historii najnowszej niszczenia zawodu i szacunku do aptekarzy przez nich samych (oczywiście nie wszystkich), bo to materiał na oddzielny artykuł.

Boję się jednak, że przy obecnym hurraoptymizmie decydującą rolę odegrają osoby pokroju tych, które w periodyku „International Journal of Environmental Research and Public Health" przedstawiły tezę, iż do 2017 roku „apteki pełniły głównie funkcje sprzedażowe". Zapytam autorów, których nazwiska przemilczę (można je łatwo znaleźć): „A po 2017 roku co się szanowni Państwo zmieniło? A teraz co się zmieniło?". Znacie odpowiedź – brzmi ona: „NIC". Odwagi autorom zabrakło, by to wyartykułować? By przyznać, że AdA przy egzotycznych interpretacjach jej zapisów działa na korzyść sieci aptecznych? Że zapisy antykoncentracyjne są martwe? Że po 2017 roku to głównie apteki indywidualne znikają z polskiego rynku? Często apteki utracone za komuny, a odtwarzane w III RP. Rodzinne, z tradycjami i historią!

Szczęśliwie nie będziemy w aptece szczepić przeciw SARS-CoV-2. Warto jednak zaznaczyć, że pomysł upadł dokładnie w momencie, gdy pojawiły się pieniądze za tę usługę. I to duże! Stawka wyjściowa zaczyna się od ponad 60 zł za szczepienie. Wtedy, co we mnie nie wzbudziło zdziwienia, pojawiły się głosy z kręgów, które optowały jeszcze niedawno za szczepieniami w aptekach, że to pomysł absurdalny. Przypomnę, że jeszcze niedawno byliśmy „fachowcami". Wspominam o tym, bo to kolejny przykład mówiący o rzeczywistym szacunku dla naszego zawodu. Szkoda, że niewielu farmaceutów ten fakt dostrzeże.

I na koniec. Jak ważną jesteśmy grupą zawodową i jak świetlaną przyszłość mamy przed sobą, widzą już uniwersytety medyczne. Z listopadowych doniesień prasowych można wyczytać, że Warszawski Uniwersytet Medyczny planuje odebranie jednej trzeciej powierzchni Wydziałowi Farmaceutycznemu z przeznaczeniem na Centrum Symulacji Medycznych dla Wydziału Lekarskiego. Podobno po nagłośnieniu sprawy uczelnia wycofała się z tego pomysłu. Niesmak jednak pozostał. Chyba więc czas się zwijać. Mimo że jeszcze Konwent Dziekanów Wydziałów Farmaceutycznych Uczelni Medycznych KRAUM nieśmiało apeluje do rządzących, by w swych legislacjach pamiętali, iż „żaden przedsiębiorca nie może nakazywać farmaceucie nieetycznej promocji leków, suplementów diety przez narzucone cele sprzedażowe, realizację recept niezgodnie z przepisami, zmuszanie do fałszowania dokumentacji medycznej pacjenta w przypadku recept wydawanych w zagrożeniu zdrowia lub życia pacjenta, realizację recept przez osoby nieuprawnione, nielegalny wywóz leków, nieuprawniony dostęp do danych medycznych pacjenta oraz innych działań stanowiących zagrożenie dla pacjenta i jego terapii".



Patrząc wstecz na ostatnie miesiące, w jakich przyszło mi pracować i konfrontując to z aktywnością krajowych polityków, władz naszego samorządu zawodowego czy osób aptekarzami niebędących, acz wypowiadających się w imieniu aptekarzy, utwierdziłem się w przekonaniu, że kategoryczny zakaz studiowania przez moje dzieci farmacji był jednym z najbardziej racjonalnych kroków, jakie w życiu podjąłem. Podpisanie przez Prezydenta RP ustawy o zawodzie farmaceuty mojego zdania nie zmieniło ani na jotę.

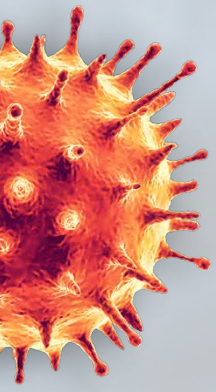
dr n. farm.
WOJCIECH MUSIAŁ
Specjalista w dziedzinie analityki farmaceutycznej i farmacji aptecznej. Aptekarz, nauczyciel akademicki, członek Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej.

CHRONOLOGIA ZMIAN W PRZEPISACH PRAWA, MAJĄCYCH WPŁYW NA FUNKCJONOWANIE APTEK I PRACĘ FARMACEUTÓW, WPROWADZONYCH W ZWIĄZKU Z COVID-19

W numerze 10. (2020 r.) „Farmacji Wielkopolskiej" zamieszczony został wykaz zmian w przepisach prawa mających wpływ na funkcjonowanie aptek i pracę farmaceutów, wprowadzonych w związku z COVID-19 od 13 lutego do 29 maja 2020 r. Wykaz publikowany w bieżącym wydaniu kwartalnika Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej obejmuje okres od 30 maja 2020 r. do 1 stycznia 2021 r.

30 maja 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone poprzednim rozporządzeniem z 29 maja 2020 r.

4 czerwca 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 3 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 29 maja 2020 r.



6 czerwca 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 5 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 29 maja 2020 r.

13 czerwca 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 12 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 29 maja 2020 r.

12 czerwca 2020 r. – Obwieszczenie ministra zdrowia – lista leków zagrożona brakiem dostępności.
Minister zdrowia opublikował zaktualizowany wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493).

15 czerwca 2020 r. – Obwieszczenie nr 1/2020 Głównego Inspektora Farmaceutycznego z 15 czerwca 2020 r. w sprawie poinformowania o możliwości zwrotu produktu leczniczego do apteki.
GIF ogłosił możliwość zwrotu do apteki Furosemidum Polfarmex i Nasen (Zolpidemi tartras).

20 czerwca 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- podtrzymano obowiązek stosowania rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk przez pracowników i obowiązek zapewnienia klientom rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk w placówkach handlowych (w tym w aptekach),
- podtrzymano obowiązek zakrywania, przy pomocy odzieży lub jej części, maski, maseczki albo kasku ochronnego, ust i nosa, w obiektach handlowych – w tym w aptekach,
- podtrzymano obowiązek dezynfekcji stanowisk kasowych.

1 lipca 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 19 czerwca 2020 r.

3 lipca 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 2 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie

www.stock.adobe.com

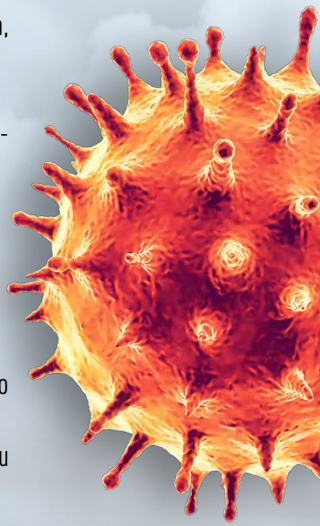
w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 19 czerwca 2020 r.

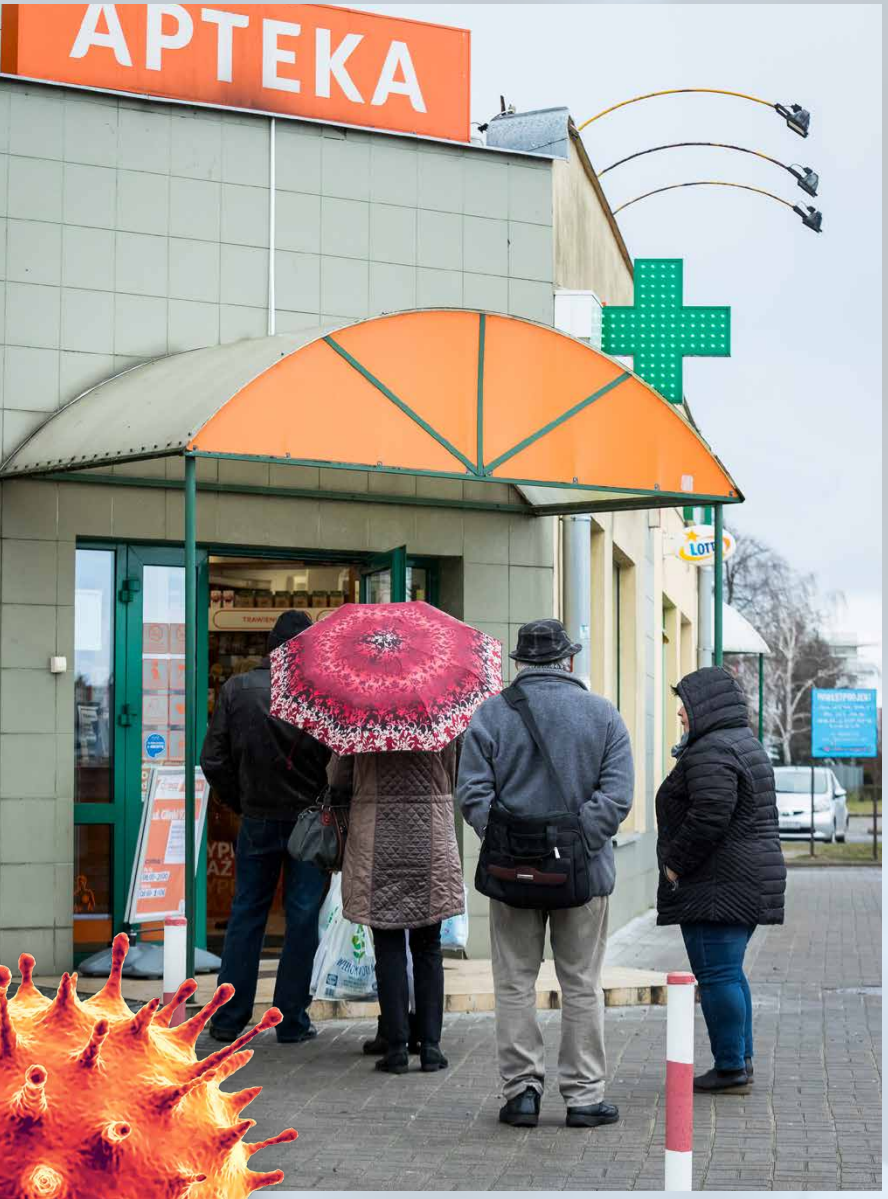
25 lipca 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 24 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 19 czerwca 2020 r.

31 lipca 2020 r. – Obwieszczenie ministra zdrowia – lista leków zagrożona brakiem dostępności.
Minister zdrowia opublikował zaktualizowany wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493).

8 sierpnia 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- podtrzymano obowiązek stosowania rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk przez pracowników i obowiązek zapewnienia klientom rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk w placówkach handlowych (w tym w aptekach),
- podtrzymano obowiązek zakrywania, za pomocą odzieży lub jej części, maski, maseczki lub kasku ochronnego, ust i nosa, w obiektach handlowych – w tym w aptekach,
- podtrzymano obowiązek dezynfekcji stanowisk kasowych,
- wprowadzono dodatkowe ograniczenia przemieszczania i działalności w strefach żółtych i czerwonych.

14 sierpnia 2020 r. – Ustawa z 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu:
- zmieniono procedurę importu docelowego – dopuszczono import docelowy leku na receptę lekarza,
- wprowadzono obsługę importu docelowego za pomocą Systemu Obsługi Importu Docelowego (SOID),





Tomasz Czachorowski

- określono wzory zapotrzebowań i zgłoszeń do SOID (załącznik do ustawy - Dz.U.2020.1493 z 31 sierpnia 2020 r.),
- dopuszczono wprowadzenie kodu recepty elektronicznej przez aplikację mobilną,
- wprowadzono możliwość zwolnienia z opłaty za Państwowy Egzamin Specjalizacyjny Farmaceutów (PESF),
- wprowadzono możliwość zdalnego PESF.

15 sierpnia 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 13 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:

- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

19 sierpnia 2020 r. – Rozporządzenie ministra zdrowia z 14 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów.

Określono, iż jeśli farmaceuta złoży wniosek o przystąpienie do PESF w sesji jesiennej 2020 r., a zda ten egzamin w sesji wiosennej 2020 r., wniosek uważa się za niezłożony.

22 sierpnia 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 20 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:

- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

29 sierpnia 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:

- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

31 sierpnia 2020 r. – Obwieszczenie ministra zdrowia, uchylające obwieszczenie w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta.

Minister zdrowia zniósł ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta określone obwieszczeniem ministra zdrowia z 1 kwietnia 2020 r.

1 września 2020 r. – Rozporządzenie ministra zdrowia z 18 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept.

W związku z nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych od 1 lipca 2020 r., gdzie dodano w art. 43b kod uprawnień dodatkowych „C" (świadczeniobiorca w okresie ciąży), określono, że farmaceuta nie może go poprawić na recepcie.

2 września 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń,

nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

5 września 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 4 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

7 września 2020 r. – Obwieszczenie ministra zdrowia – lista leków zagrożona brakiem dostępności.
Minister zdrowia opublikował zaktualizowany wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493).

12 września 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 11 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

17 września 2020 r. – Obwieszczenie ministra zdrowia w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta.
Minister zdrowia opublikował zaktualizowany wykaz ograniczeń ilości leków wydawanych na jednego pacjenta, na podstawie art. 37azg ust. 2 i 5 ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493).

19 września 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 18 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

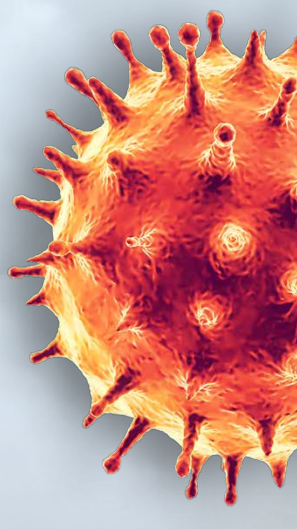
26 września 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 25 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

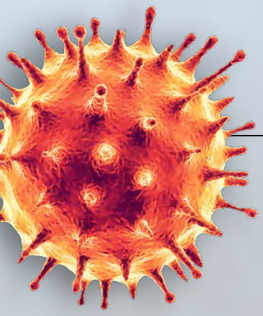
3 października 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 7 sierpnia 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

10 października 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- podtrzymano obowiązek stosowania rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk przez pracowników i obowiązek zapewnienia klientom rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk w placówkach handlowych (w tym w aptekach),
- podtrzymano obowiązek zakrywania, za pomocą odzieży lub jej części, maski, maseczki lub kasku ochronnego, ust i nosa, w obiektach handlowych – w tym w aptekach,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych (cały obszar RP – strefa żółta, z wyjątkiem powiatów w strefie czerwonej).

15 października 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 14 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 9 października 2020 r.

17 października 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 16 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych





ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 10 października 2020 r.,
- zaktualizowano listę stref zagrożonych.

24 października 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 23 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniem z 9 października 2020 r.,
- zniesiono listę stref zagrożonych (ograniczenia jak dla dawnej strefy czerwonej stosowane do całego kraju),
- ponownie wprowadzono limit pięciu osób na stanowisko kasowe, z wyłączeniem obsługi – w przypadku obiektów i placówek o powierzchni przeznaczonej w celu sprzedaży lub świadczenia usług nie większej niż 100 m^2 (jeśli większa – 1 osoba na 15 m^2).

31 października 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniami z 9 i 23 października 2020 r.

3 listopada 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 2 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.
Utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniami z 9 i 23 października 2020 r.

6 listopada 2020 r. – Obwieszczenie ministra zdrowia – lista leków zagrożona brakiem dostępności.
Minister zdrowia opublikował zaktualizowany wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493).

7 listopada 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 6 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- utrzymano ograniczenia wprowadzone rozporządzeniami z 9 i 23 października 2020 r.,
- wprowadzono zakaz działalności w obiektach handlowych lub usługowych, w tym parkach handlowych, o powierzchni sprzedaży lub świadczenia usług powyżej 2000 m^2 – nie dotyczy aptek,
- zmieniono określenie limitu osób w placówkach – 1 osoba na 10 m^2 w przypadku obiektów i placówek o powierzchni przeznaczonej w celu sprzedaży lub świadczenia usług nie większej niż 100 m^2 (dotyczy także aptek).

30 listopada 2020 r. – Obwieszczenie ministra zdrowia z 30 listopada 2020 r. w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta.
Minister zdrowia opublikował zaktualizowany wykaz ograniczeń liczby leków wydawanych na jednego pacjenta, na podstawie art. 37azg ust. 2 i 5 ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493).

Obwieszczenie ministra zdrowia – lista leków zagrożona brakiem dostępności.
Minister Zdrowia opublikował zaktualizowany wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493).

2 grudnia 2020 r. – Rozporządzenie Rady Ministrów z 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:
- wprowadzono termin obowiązywanie ograniczeń – do 27 grudnia 2020 r. (w oczekiwaniu na nowe rozporządzenie),
- wprowadzono nakaz dezynfekcji rąk lub noszenia rękawiczek w obiektach handlowych, tak dla personelu, jak i klientów (dotyczy aptek),
- wszystkie placówki handlowe muszą dokonywać dezynfekcji stanowisk obsługi (kasowych) co godzinę (dotyczy aptek),
- obiekty o powierzchni powyżej 2000 m^2 według przepisów rozporządzenia muszą zapewnić pracownikom i klientom rękawiczki jednorazowe lub środki do dezynfekcji rąk – dotyczy to aptek, ale tylko większych niż 2000 m^2,

- wprowadzono nakaz zapewnienia pracownikom (niezależnie od rodzaju umowy) rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk i zachowanie odległości między stanowiskami pracy wynoszącej co najmniej 1,5 m (dotyczy aptek),
- limit osób bez obsługi (dotyczy aptek):

– 1 osoba na 10 m² – w przypadku obiektów i placówek o powierzchni przeznaczonej w celu sprzedaży lub świadczenia usług nie większej niż 100 m²

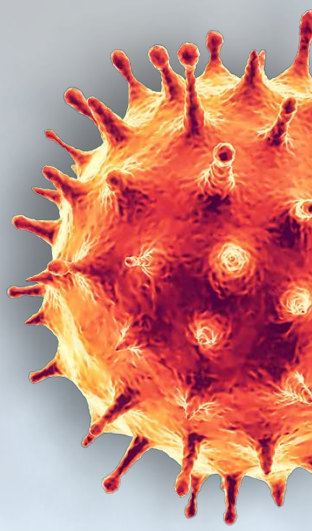
– 1 osoba na 15 m² – w przypadku obiektów i placówek o powierzchni przeznaczonej w celu sprzedaży lub świadczenia usług większej niż 100 m²,

- wprowadzono nakaz wywieszenia informacji o limicie osób i „godzinach dla seniorów" (dotyczy aptek),
- wprowadzono „godziny dla seniorów" - od poniedziałku do piątku w godzinach od 10.00 do 12.00 obsługiwać można wyłącznie osoby powyżej 60. roku życia (dotyczy aptek),
- wprowadzono szczególne zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (nie dotyczy aptek),
- wprowadzono na nowo ograniczenia przemieszczania się w czasie stanu epidemii, podtrzymano obowiązek zakrywania ust i nosa.

29 grudnia 2020 r. – Rozporządzenie ministra zdrowia z 24 listopada 2020 r. w sprawie określenia wzorów dokumentów związanych z przeprowadzaniem kontroli i inspekcji przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną oraz wzoru orzeczenia o wyniku badań jakościowych pobranych próbek.

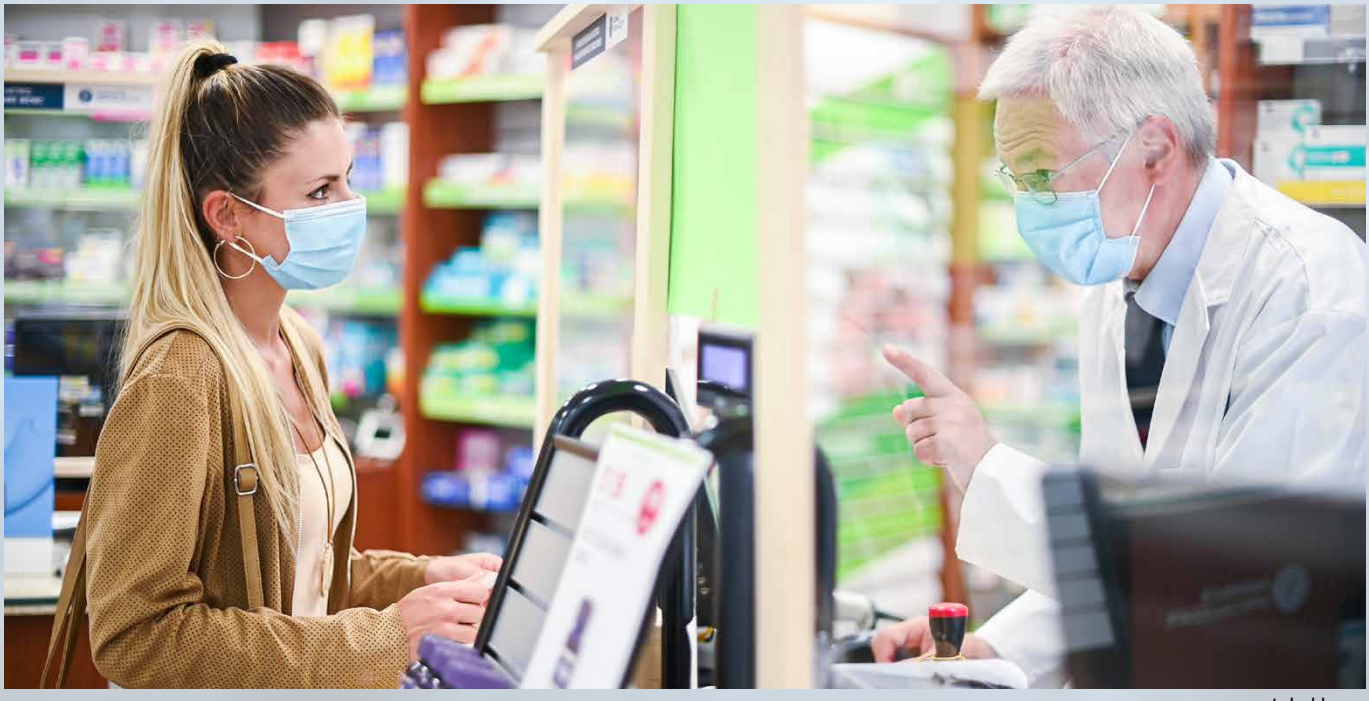
Ustalono wzór:

1) upoważnienia do przeprowadzenia kontroli przez inspektora farmaceutycznego,
2) upoważnienia do przeprowadzenia inspekcji przez inspektora do spraw wytwarzania Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego albo inspektora do spraw obrotu hurtowego Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego,
3) protokołu pobrania próbek,
4) orzeczenia o wyniku badań jakościowych próbek pobranych podczas kontroli albo inspekcji,
5) książki kontroli.



1 stycznia 2021 r. – Rozporządzenie ministra zdrowia z 17 grudnia 2020 r. w sprawie szczegółowych warunków organizacyjnych i technicznych, które powinny spełniać aplikacje mobilne służące do przesyłania danych zawartych w informacji o wystawionej recepcie oraz sposobu wymiany informacji w postaci elektronicznej między Internetowym Kontem Pacjenta i aplikacjami mobilnymi.

Określono szczegółowe warunki organizacyjne i techniczne, które powinny spełniać aplikacje mobilne służące do przesyłania danych zawartych w informacji o wystawionej recepcie i sposób wymiany informacji w postaci elektronicznej między Internetowym Kontem Pacjenta i aplikacjami mobilnymi.



www.stock.adobe.com

EUGENIUSZ JAROSIK
Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej"

Zaraza Galena

Istotny wpływ na rozwój pandemii w czasach rzymskiego cesarza Marka Aureliusza miała globalizacja

Smak i węch zanikały stopniowo. Po tygodniu znów zacząłem odczuwać smak potraw. Powrócił też smak życia. Świat ponownie wypełnił się bogactwem zapachów. Powoli zapominałem o gorączce, duszącym kaszlu, męczącym odkrztuszaniu wydzieliny, której kolor przypominał wodę w Zatoce Gdańskiej zanieczyszczoną sinicami. Mój system odpornościowy tym razem wygrał bitwę z niewidzialnym intruzem. Ale bitewny pył jeszcze nie opadł. Trudno ciągle oswoić się z bezsennością i gorszą kondycją.

W bezsenne noce, kiedy myśli rozpoczynają swoją uciążliwą gonitwę, zapalam lampkę i zastanawiam się czasem, jak w ciągu minionego roku zmienił się nasz świat, jak trudno było przewidzieć, że rodzinne wyprawy na Maltę w czasie zimowych ferii i do Berlina na koncert Rafała Blechacza z Orkiestrą Filharmonii Poznańskiej w Konzerthaus będą początkiem dłuższej przerwy w zagranicznych wyjazdach, że wszyscy schowamy się za maseczkami, a większość spraw urzędowych trzeba będzie załatwiać online, bo urzędy zostaną zamknięte.

Coraz częściej zadajemy sobie pytanie, jaki będzie świat po pandemii koronawirusa. Czy będzie to jedna w wielkich epidemii, które miały wpływ na przebieg dziejów, jak ta w starożytnych Atenach, której ofiarą padł Perykles, czy choroba pustosząca Cesarstwo Rzymskie za dynastii Antoninów lub dżuma w czasach cesarza bizantyńskiego Justyniana (w szczytowym okresie zaraza zabijała około 5000 ludzi dziennie w samym Konstantynopolu, a pierwsza fala dżumy uśmierciła jedną czwartą populacji wschodnich wybrzeży Morza Śródziemnego)?

Podczas przymusowej izolacji z przyjemnością zagłębiłem się w lekturze książki Jennifer Wright „Co nas (nie) zabije. Największe plagi w historii ludzkości", wydanej przez Wydawnictwo Poznańskie. Jeden z rozdziałów dotyczy tak zwanej zarazy Antoninów, która wybuchła w latach sześćdziesiątych II wieku i zapoczątkowała upadek Imperium Rzymskiego. Cesarstwo było wtedy u szczytu potęgi, liczyło ponad cztery miliony kilometrów kwadratowych i sięgało od Szkocji po Syrię. Rozległość terytorium kontrolowanego przez rzymskie legiony miała przynieść Rzymianom zgubę. Zarazę bowiem przywlekli do Rzymu około roku 165 rzymscy legioniści, którzy walczyli w wojnach przeciw Partom oraz Markomanom. Tak więc istotny wpływ na rozwój tej starożytnej pandemii miała globalizacja, która po raz pierwszy w dziejach rozwinęła się właśnie w Cesarstwie Rzymskim. W całym imperium płacono tymi samymi monetami, a jedynym oficjalnym językiem była łacina (poza równoprawną greką na Wschodzie). Obowiązywał ten sam system prawny, a handel nie był niczym ograniczany. W sklepach w Aleksandrii czy Ostii można było kupić tuniki z płótna, na które len uprawiano w Egipcie, a sam materiał tkano w Rzymie. Globalne były też epidemie, co łączy dwa światy: starożytny i współczesny.

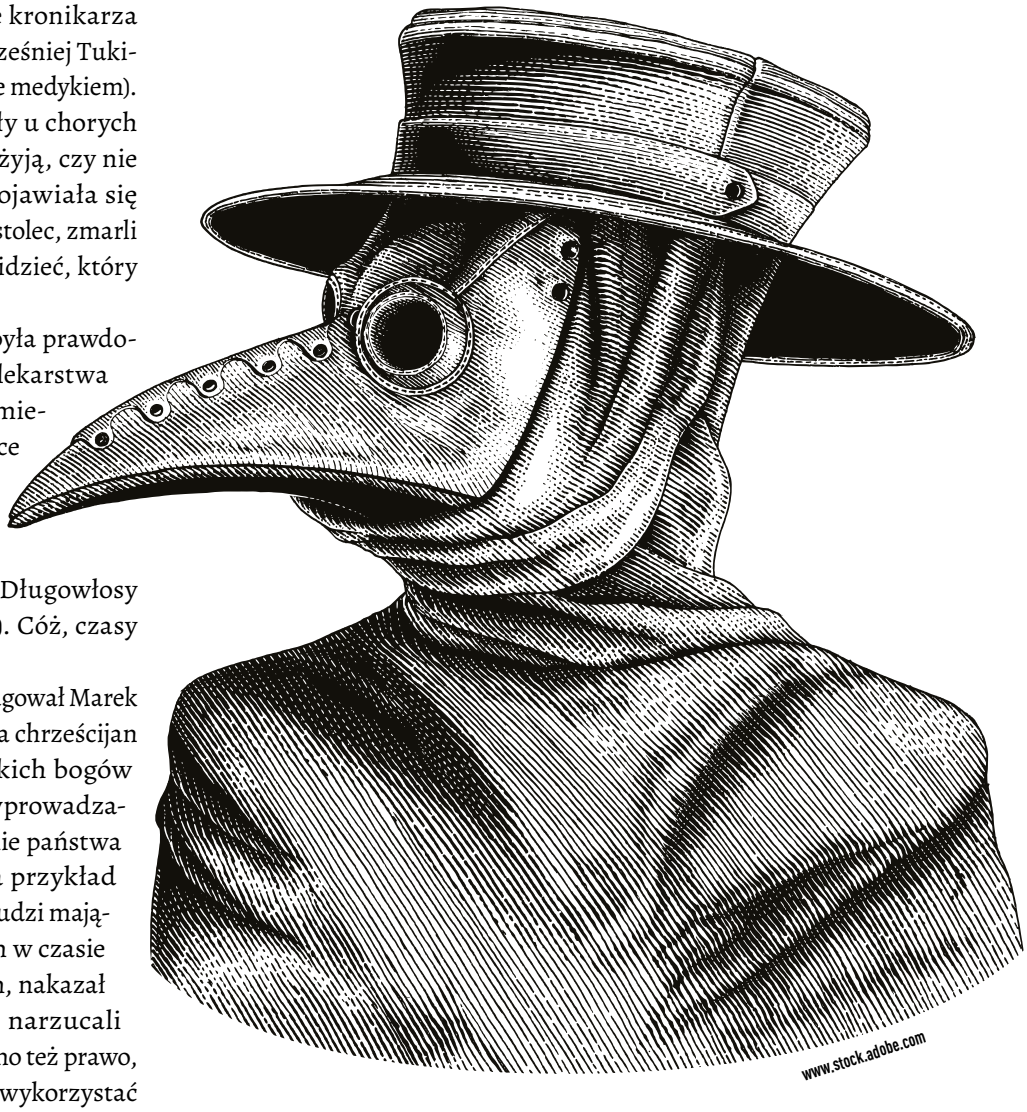
Większość informacji na temat zarazy pochodzi z pism Galena (stąd nazywana jest również „zarazą Galena"), anatoma, filozofa i lekarza na dworze cesarzy Marka Aureliusza i Kommodusa. Galen był świadkiem szerzącej się choroby, która nie miała precedensu w historii Rzymu, gdzie malaria, cholera, tyfus i dezynteria były

wpisane w codzienność. Opisał on symptomy i przebieg choroby. Z jego prac wiemy, że na całym ciele w błyskawicznym tempie pojawiały się czerwone plamki, które wkrótce zamieniały się w wysypkę. Przez kolejne dwa tygodnie chorzy cierpieli z powodu nabrzmiałych pęcherzy, które stopniowo pokrywały się strupami i pękały. Chorobie towarzyszyła gorączka, choć niezbyt wysoka. Opisy Galena są precyzyjne – to notatki lekarza, a nie kronikarza (o zarazie ateńskiej pisał kilkaset lat wcześniej Tukidydes, który wszak był historykiem, a nie medykiem). Galen pisał: „Czarne ekskrementy były u chorych objawem mogącym wskazać, czy przeżyją, czy nie (...). Jeśli stolec był czarny, zawsze pojawiała się wysypka. Wszyscy, którzy mieli czarny stolec, zmarli od choroby". Można zatem było przewidzieć, który chory ma szansę powrócić do zdrowia.

Chorobą opisywaną przez Galena była prawdopodobnie ospa. Nie istniały wówczas lekarstwa na tę chorobę. W szczycie epidemii umierało na nią w Rzymie ponad dwa tysiące osób dziennie. Na niewiedzy i fałszywej nadziei żerowali różni szarlatani, sprzedający z dużym zyskiem amulety i talizmany (na przykład z napisem: „Długowłosy Apollinie, wyganiaj morowe chmury"). Cóż, czasy inne, a problem ponadczasowy.

Na zarazę ze stoickim spokojem zareagował Marek Aureliusz (choć wspierał prześladowania chrześcijan obwinianych o rozgniewanie rzymskich bogów i spowodowanie epidemii). Zajął się wprowadzaniem praw regulujących funkcjonowanie państwa w trudnej sytuacji epidemicznej. Na przykład zwolnił od stawiennictwa przed sądem ludzi mających pogrzeb bliskiej osoby, a zmarłych w czasie zarazy, pochodzących z ubogich rodzin, nakazał chować na koszt państwa (grabarze narzucali wysokie ceny na swoje usługi). Uchwalono też prawo, które zabraniało wykopywania ciał, by wykorzystać groby do ponownych pochówków. W efekcie uniknięto katastrofy – stosów ciał na ulicach rzymskich miast.

Zaraza dotknęła armię – wielu legionistów zmarło – a jej koszty utrzymania wzrosły. Równocześnie drastycznie zmniejszyły się dochody państwa z prywatnych posiadłości (brakowało niewolników do pracy w winnicach). Imperium popadło w długi. Cesarz zaczął wyprzedawać swój majątek (meble, złoto, jedwabie, klejnoty) na Forum Trajana. Dzięki temu sfinansował wojnę przeciwko Markomanom i wzmocnił system obrony w rejonach pogranicznych. Marek Aureliusz był mistrzem rozwiązywania problemów i sprawnie zarządzał imperium w sytuacji kryzysowej. Potrafił cieszyć się każdą chwilą, co znalazło wyraz w „Rozmyślaniach". „Kiedy wstajesz rano, pomyśl, jak cennym przywilejem jest



być żywym: oddychać, myśleć, cieszyć się, kochać" – pisał Marek Aureliusz. Cesarz zmarł w roku 180, najprawdopodobniej z powodu zarazy. Przed śmiercią powiedział: „Nie płaczcie nade mną, ale pomyślcie o tak wielu zarażonych i zmarłych".

Eugeniusz Janowski

mgr farm. ALINA GÓRECKA
mgr farm. KRYSTYNA MALINGER

SAMOTNI W OBLICZU PRAWA

Czy stoimy na progu nowej epoki? Czy naprawdę kończy się czas, kiedy kierujący apteką szpitalną był samotny wobec prawa? Czy ustawa o zawodzie farmaceuty będzie jego sprzymierzeńcem w realizacji wielu zadań zawodowych? Czas pokaże.

www.stock.adobe.com

Warto zastanowić się nad pozycją kierownika apteki szpitalnej nie tylko w samym szpitalu, ale także w systemie opieki ochrony zdrowia. To kierownik apteki szpitalnej ponosi odpowiedzialność za szeroko pojęte zaopatrzenie w produkty lecznicze i wyroby medyczne oraz ich bezpieczeństwo dla pacjenta hospitalizowanego. Wypełnienie tego obowiązku nie jest proste i wymaga znajomości wielu aktów prawnych.

Kierownik apteki szpitalnej niewidzialny dla systemu?

Apteka szpitalna jest statutową jednostką w strukturze szpitala, która nie wykonuje świadczeń zdrowotnych. Jest miejscem wykonywania usług farmaceutycznych. Ten fakt wyznacza jej miejsce jako jednostki pomocniczej w działalności szpitala. Szpital, występując w konkursach na świadczenia zdrowotne w ramach hospitalizacji i programów lekowych, nie prezentuje swojej apteki. Zakres wykonywanych usług, wyposażenie, kwalifikacje kadry farmaceutów nie są punktowane i wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla większości kontraktowanych świadczeń zdrowotnych.

NFZ bardzo szczegółowo określa swoje wymagania stawiane jednostkom starającym się o kontrakty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: liczba lekarzy i ich specjalizacje, liczba pielęgniarek i innego personelu pomocniczego, zakres badań laboratoryjnych i posiadanie wysokospecjalistycznego sprzętu. O aptece najczęściej nie ma słowa. Apteka szpitalna jest niezbędna jedynie do realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii i żywienia pozajelitowego pacjentów hospitalizowanych i domowych. Nikt nie pyta o infrastrukturę spełniającą wymagania ustawy Prawo farmaceutyczne i rezolucji unijnych w zakresie aseptycznego sporządzania leków (pomieszczenia i sprzęt). Nikt nie pyta, czy szpital posiada wyszkolony personel, upoważniony do wykonywania wysokospecjalistycznych usług farmaceutycznych w ilości odpowiedniej do zakresu i liczby kontraktowanych świadczeń zdrowotnych. Farmaceuci kierujący aptekami szpitalnymi wielokrotnie zwracali się z pytaniem do NFZ, dlaczego za usługi farmaceutyczne, bardzo kosztowne dla szpitala, nie ma zapłaty. Odpowiedź była zawsze taka sama:

„Bo usługa farmaceutyczna nie jest świadczeniem medycznym!".

Stanowisko kierownika apteki jest też wyłączone z postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze w szpitalu, a z ustawy Prawo farmaceutyczne dawno zniknęło wymaganie posiadania specjalizacji przez kierującego apteką szpitalną. Wystarczy co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece. Jest to niezrozumiałe, gdy uświadomimy sobie, że często ten kierownik odpowiada za 30-40% budżetu szpitala (zależnie od profilu szpitala) i jest to ta część budżetu, której efektywność zarządzania ma bardzo duży wpływ na wynik finansowy szpitala.

Zarządzający szpitalami, szukając oszczędności w wielomilionowych budżetach szpitali, nie rozwijają systemu zarządzania lekiem i wyrobem medycznym efektywnie. Realizacja oszczędnego gospodarowania budżetem jest realizowana często przez maksymalne ograniczenie liczby personelu apteki, szczególnie magistrów farmacji i powierzchni, na której funkcjonuje, bez inwestycji w jej infrastrukturę i szkolenie.

Większość aptek szpitalnych działających w naszym kraju boryka się z problemem rażąco niskiej liczby magistrów farmacji i techników farmaceutycznych w porównaniu ze standardami europejskimi. Apteki często nie posiadają wymaganej powierzchni i pomieszczeń o kontrolowanej przestrzeni pracy do sporządzania leków jałowych w warunkach aseptycznych, a także odpowiedniego sprzętu do wykonywania usług farmaceutycznych.

CO ZMIENIŁY KONTROLE NIK W SZPITALACH? NIESTETY – NIC. TRUDNO ZNALEŹĆ CHOĆBY CIEŃ NADZIEI NA REALNĄ POPRAWĘ SYTUACJI APTEK SZPITALNYCH, W TYM KADROWEJ I LOKALOWEJ

Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele. Jedną z nich jest brak wymagań NFZ dla aplikującego o kontrakt szpitala. Źle wyposażona apteka, niewystarczająca obsada kadrowa nie przeszkadza NFZ w lokowaniu w takim szpitalu coraz większej ilości programów terapeutycznych dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych. Odpowiedzialnością za ich prawidłową realizację, zakup leków i sprzętu jednorazowego użycia, bezpieczeństwo farmakoterapii, zagwarantowanie personelu i infrastruktury, prowadzenia dokumentacji i jej archiwizacja, a często też rozliczanie programu z NFZ najczęściej obarczony jest niewidzialny dla systemu kierownik apteki szpitalnej. A przecież to tylko ułamek zakresu jego zadań i odpowiedzialności. W poczuciu odpowiedzialności zawodowej i prawnej kierownik apteki musi stworzyć kadrę pracowniczą, szkolić ją i sprawdzać kompetencje zawodowe, nadzoruje praktyki studenckie oraz praktyki techników farmaceutycznych, prowadzi dokumentację badań klinicznych, uczestniczy w kontrolach apteczek oddziałowych, informuje o niepożądanym działaniu produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, a także przekazuje organom Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej informacje o podejrzeniu, że dany produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym lub został sfałszowany.

Co pokazały kontrole NIK?

W raporcie Najwyższej Izby Kontroli znajduje się wiele uwag dotyczących nieprawidłowości w gospodarce lekiem w szpitalach, które skutkują brakiem bezpieczeństwa dla pacjentów. NIK wskazała na prowadzenie aptek przez szpitale w lokalach niespełniających wymagań ustawowych dla lokalu apteki oraz na brak odpowiednich systemów informatycznych do zarządzania lekiem. NIK proponuje wprowadzenie w ustawie Prawo farmaceutyczne minimalnych norm zatrudnienia farmaceutów w aptekach i działach farmacji. Wnioskuje również do Ministerstwa Zdrowia o zabezpieczenie środków finansowych na funkcjonowanie służb inspekcji farmaceutycznej w celu wzmocnienia kadrowego i organizacyjnego tej służby. Stan aptek szpitalnych, ich niedoposażenie zarówno techniczne, jak i personalne są wynikiem między innymi braku wymagań dla lokalu apteki i liczby farmaceutów adekwatnej do kontraktu z NFZ na świadczenia zdrowotne w zakresie hospitalizacji. Efektem tego jest stan aptek w szpitalach powiatowych, w których zatrudniony jest najczęściej jeden farmaceuta – kierownik. Co zmieniły kontrole NIK? Niestety – NIC. Trudno znaleźć choćby cień nadziei na realną poprawę sytuacji aptek szpitalnych, w tym kadrowej i lokalowej, jako pokłosie tych kontroli. Warto wreszcie

zacytować wypowiedź inspektora NIK, który kontrolował aptekę w szpitalu klinicznym w Poznaniu: „Proszę państwa, wy jesteście przeciążeni pracą".

Przygotowanie do akredytacji szpitala – kierownik apteki pilnie potrzebny

Szpitale starają się o certyfikaty jakości ISO oraz o akredytacje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, co ma wskazywać, iż wdrożyły systemy zarządzania jakością, że są bezpieczne dla pacjenta. Wdrożenie w szpitalu wymogów akredytacyjnych wymaga napisania wielu procedur i instrukcji, a ponadto konieczny jest stały nadzoru nad ich stosowaniem i aktualizacją. Bardzo rozbudowane są procedury związane z bezpieczeństwem farmakoterapii. I tu kierownik apteki jest już pilnie potrzebny. Jest najczęściej sam w trakcie ich przygotowywania w oparciu o obowiązujące przepisy prawne. To w oparciu o jego wiedzę i doświadczenie budowane są procedury i instrukcje postępowania z lekiem nie tylko w aptece, ale w całym szpitalu. Oczywiście ma to zrobić w tak zwanym międzyczasie, poza bieżącymi obowiązkami kierownika. Dobrze, aby znalazł czas na prowadzenie szkoleń wewnętrznych z własnym zespołem, zespołem pielęgniarskim i lekarskim, bo to jest punktowane w czasie akredytacji. Oczywiście powinien być aktywnym członkiem zespołu ds. farmakoterapii, komitetu terapeutycznego, zespołu ds. antybiotykoterapii i profilaktyki zakażeń szpitalnych i wielu innych.

Ustawa o zamówieniach publicznych – znów kierownik apteki szpitalnej pilnie potrzebny

Wszystkie procedury zakupowe produktów leczniczych, gazów medycznych, wyrobów medycznych i wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego w szpitalu muszą być zgodne z ustawą Prawo zamówień publicznych. Kierownik apteki odpowiada za przygotowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ), wniosku o udzielenia

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com NOWOCZESNE TECHNOLOGIE STOPNIOWO WKRACZAJĄ DO APTEK SZPITALNYCH

zamówienia publicznego, podziału asortymentu na pakiety, które gwarantują konkurencję pomiędzy producentami leków oraz hurtowniami. Kierownik apteki bierze udział w spotkaniach komisji przetargowej na etapie tworzenia SIWZ i po otwarciu przetargu, sprawdza oferty pod względem merytorycznym, za zgodną z prawem interpretację pojęcia równoważnika farmaceutycznego, leków biopodobnych etc. W postępowaniach przetargowych często kwestią sporną są szczegółowe zapisy Charakterystyki Produktu Leczniczego dotyczące wskazań i przeciwwskazań do stosowania, a także trwałości leku po rekonstytucji itd. Najczęściej Rozstrzygnięcie kwestii spornych i właściwy wybór oferty z pisemnym uzasadnieniem merytorycznym to odpowiedzialność kierownika apteki jako członka komisji przetargowej.

Wyzwania dla kierownika apteki szpitalnej

Nowe wyzwania, jakimi są tworzenie systemu zarządzania jakością, bezpieczeństwo farmakoterapii, opieki farmaceutycznej oraz uczestnictwo w organizacji zamówień na leki i wyroby medyczne dla szpitala, wymagają od kierownika apteki kompetencji, które musi zdobywać i cały czas rozwijać w systemie kształcenia podyplomowego. W zakresie nieustających nowelizacji ustawy Prawo zamówień publicznych konieczne jest samokształcenie. Ogromnym wyzwaniem jest zdobywanie wiedzy o wyrobach medycznych i wysokospecjalistycznym sprzęcie jednorazowego użycia, takim jak: systemy anestetyczne i układy oddechowe stosowane w salach operacyjnych, sprzęt stosowany u wcześniaków w klinikach neonatologicznych, sprzęt stosowany w kardiologii, ortopedii, leki oraz sprzęt dla pacjentów dializowanych i wiele innych w zależności od profilu leczniczego szpitala.

Nowe zadania – tak. Narzędzia – „nie mamy środków”

Zmiany ogólnokrajowe w gospodarce lekiem, wchodzące w życie przepisy ustawowe nakładają także na kierownika apteki szpitalnej nowe obowiązki. W ostatnich dwóch latach jest to wdrożenie Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi oraz wytycznych dyrektywy antyfałszywkowej. Uwzględnić trzeba fakt, że w Polsce istnieje bardzo duże zróżnicowanie w zakresie oprogramowania dla aptek szpitalnych, co utrudniało wdrożenie ZSMOPL i dyrektywy antyfałszywkowej. Programy informatyczne dla aptek szpitalnych bardzo różnią się poziomem zaawansowania, funkcjonalnością i możliwościami rozbudowy lub współpracy z innymi modułami szpitalnymi. Często nie są systematycznie rozwijane i aktualizowane ze względu na koszty. Dodatkowo skanowanie wielkogabarytowych dostaw produktów leczniczych jest trudne do zorganizowania przy najczęściej zbyt małych powierzchniach

aptek szpitalnych i dedykowanych do określonych zadań pomieszczeń.

Kierownicy aptek z trudnością przekonują dyrekcje szpitali, że do prawidłowego wykonania wytycznych dyrektywy antyfałszywkowej potrzebują miejsca, pracowników oraz wsparcia informatycznego. Przy tak dramatycznie ograniczonym dostępie do narzędzi prawidłowe dostosowanie apteki szpitalnej wymaga niezwykłej pomysłowości, zmysłu organizacyjnego i kreatywności kierownika apteki. Musi szukać rozwiązań najczęściej sam dla swojej apteki. A przecież realizacja tego wymogu ustawowego to wielki bonus dla szpitala pod względem bezpieczeństwa farmakoterapii, nadzoru nad lekiem i liczenia kosztów hospitalizacji.

Co wy w tej aptece robicie? Czyli jak przekonać dyrekcję, że apteka szpitalna musi mieć zespół i pomieszczenia

W trudnych rozmowach z dyrekcją na temat niezbędnych inwestycji, remontów, zakupu dobrego oprogramowania czy zatrudnienia nowego pracownika kierownik często staje pod ścianą, przez którą nie sposób się przebić. Spotyka się ze słabym zrozumieniem zakresu obowiązków i czasu koniecznego do bezpiecznego wykonania czynności fachowych, a także potrzeby niezbędnych pomieszczeń o specjalnych wymaganiach technicznych i kontrolowanych warunkach sporządzania leków jałowych, elektronicznego sprzętu do ciągłego nadzorowania wymaganych parametrów przechowywania leków, szczególnie dla leków z „zimnego łańcucha", czy chociażby pomieszczeń socjalnych i sanitarnych dla personelu. Potrzeby apteki są marginalizowane, najczęściej postrzega się je w kategoriach kosztu, a nie jako podstawowe narzędzie do efektywnego zarządzania budżetem szpitala. Sprzyja temu też niewielka ilość kontroli inspekcji farmaceutycznej w aptekach szpitalnych, co pokazał w swoim raporcie NIK i brak przełożenia wyników tej kontroli na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. Jedną z pierwszych czynności prowadzonych podczas kontroli NIK było sprawdzenie, czy apteka jest wymieniona w statucie szpitala. Przedstawiciele dyrekcji szpitala najczęściej w ogóle nie zaglądają do apteki szpitalnej, a takie wizyty mogłyby bardzo zmienić zarówno postrzeganie pracy apteki, jak i warunków jej funkcjonowania. Modernizacje jednostek szpitala, zakupy nowoczesnego sprzętu dla sal zabiegowych i gabinetów terapeutycznych nigdy nie uwzględniają modernizacji apteki. A przecież, jeżeli nakłada się nowe obowiązki z klauzulą wykonalności, to trzeba dać narzędzia do wykonania tych zadań.

Ustawa o zawodzie farmaceuty – światełko w tunelu?

10 grudnia 2020 r. uchwalona została ustawa o zawodzie farmaceuty. Znalazły się w niej nie tylko przepisy gwarantujące niezależność farmaceuty w wykonywaniu zawodu, ale także wprowadzające poprzez zmianę ustawy Prawo farmaceutyczne minimalne normy zatrudnienia w aptekach szpitalnych. Wdrażanie tych zapisów pozwoli na zbudowanie zespołu apteki na takim poziomie, który umożliwi rzeczywisty przełom w postrzeganiu potrzeby posiadania zespołu farmaceutów i realnie podniesie poziom bezpieczeństwa farmakoterapii w szpitalu. Pozwoli też na rozwój farmacji klinicznej, która będzie czuwała nad indywidualną farmakoterapią pacjentów. Usługi farmacji klinicznej mają być świadczeniem zdrowotnym, czyli będą mogły być kontraktowane przez NFZ. Czy stoimy na progu nowej epoki? Czy naprawdę kończy się czas, kiedy kierujący apteką szpitalną był samotny wobec prawa? Czy ustawa o zawodzie farmaceuty będzie jego partnerem i sprzymierzeńcem w realizacji wielu zadań zawodowych? Czas pokaże.

mgr farm.
ALINA GÓRECKA
Prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej.

mgr farm.
KRYSTYNA MALINGER
Kierownik apteki szpitalnej w latach 1997-2018 Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK

REKLAMACJE W DYSTRYBUCJI FARMACEUTYCZNEJ

Reklamacje są bezpośrednią informacją zwrotną od klienta, wskazującą konkretny problem z zachowaniem należytej jakości.

Rozpatrywanie reklamacji w hurtowni farmaceutycznej stanowi jeden z najistotniejszych aspektów z punktu widzenia systemu zarządzania jakością, tym samym jest to element działalności szczególnie interesujący dla Osób Odpowiedzialnych – farmaceutów kierujących hurtowniami. Odzwierciedleniem ważności zagadnień związanych z obsługą reklamacji jest chociażby fakt wydzielenia tych czynności w osobnym rozdziale przepisów prawa regulujących organizację hurtowni, czyli tzw. Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej. Reklamacje są bezpośrednią informacją zwrotną od klienta, wskazującą konkretny problem z zachowaniem należytej jakości. Ich rozpatrywanie nie powinno zatem ograniczać się tylko do załatwienia roszczenia, by usatysfakcjonować klienta. Ważne jest bowiem także wdrażanie stosownych działań zapobiegawczych w hurtowni w celu ograniczenia zgłaszanych problemów w przyszłości. Dlatego zaewidencjonowaniu i analizie podlegają wszystkie zgłoszenia reklamacyjne, które trafiają do hurtowni, nawet jeśli ostatecznie okażą się niezasadne.

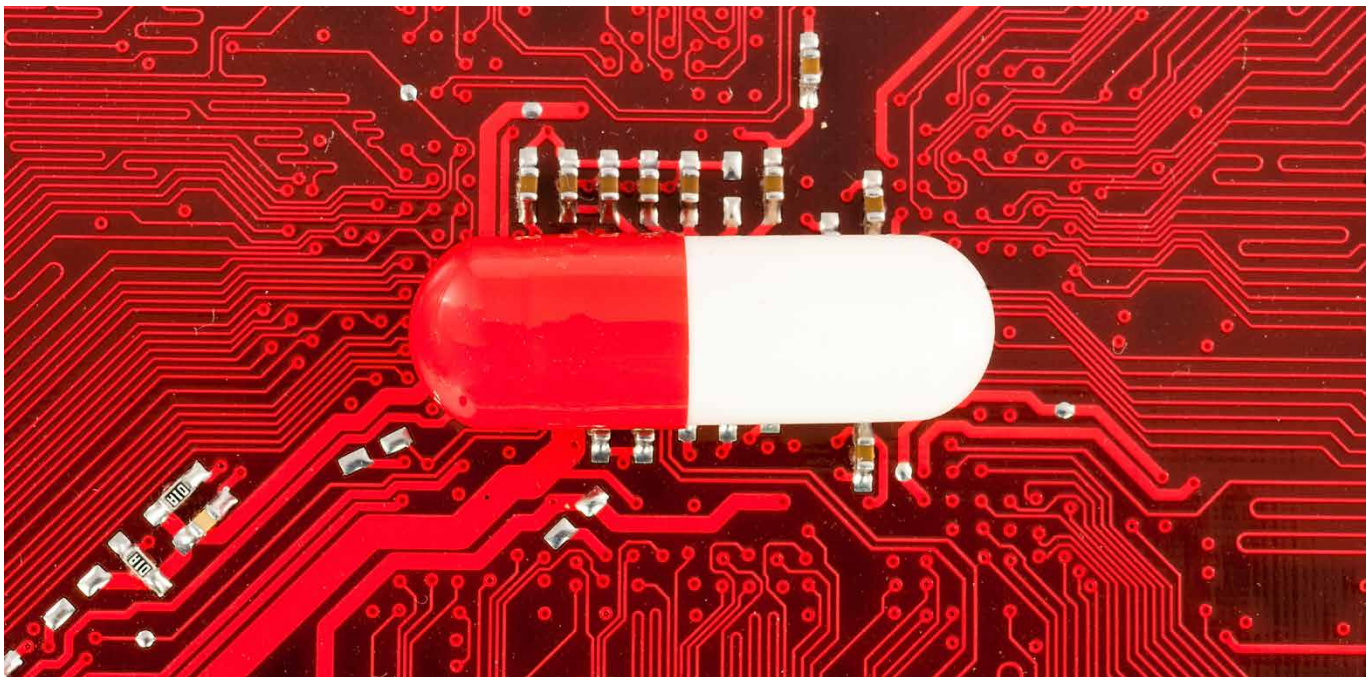
Typy reklamacji

Przepisy Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej wskazują na dwa ogólne rodzaje reklamacji, które już na wstępie powinny zostać rozdzielone: zgłoszenia dotyczące jakości produktu oraz związane z jakością dystrybucji. Jak łatwo się domyślić, problemy z dystrybucją również mogą wpłynąć na jakość samego leku dostarczanego do apteki, ale w pierwszej z wyżej wymienionych grup reklamacji chodzi o zgłoszenia dotyczące wad wewnętrznych produktu. Są to wszelkie podejrzenia niepełnowartościowości i wad produkcyjnych, a zatem na przykład przebarwienia postaci leku, zmiany konsystencji, braki stwierdzone w oryginalnie zamkniętych opakowaniach bezpośrednich, niedziałające aplikatory leków, błędy w oznakowaniu, podmieniona zawartość itp. Oddzielenie takich zgłoszeń od reklamacji dystrybucyjnych wynika z kwestii bezpieczeństwa pacjenta. Wady jakościowe produktów mają bezpośrednie przełożenie na ich działanie i skuteczność, przez co zażycie takiego leku może być groźne dla pacjenta. Ponadto, zidentyfikowana niepełnowartościowość może dotyczyć całych partii produkcyjnych. Dlatego w takich przypadkach w pierwszej kolejności powinno nastąpić

www.neuca.pl

uruchomienie działań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymywania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Oznacza to, że wadliwy produkt musi zostać zabezpieczony w aptece. Należy też powiadomić Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, który podejmie dalsze decyzje. Z tego powodu produkty objęte takimi rodzajami wad nie podlegają zwrotowi do hurtowni farmaceutycznej, chyba że na podstawie decyzji organów nadzoru. Szczegóły tej procedury zostały niedawno przypomniane w piśmie Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz komunikacie Naczelnej Izby Aptekarskiej. Niemniej jednak jeśli takie wadliwe opakowanie produktu zostanie zgłoszone w drodze reklamacji i zwrócone do hurtowni farmaceutycznej, Osoba Odpowiedzialna po dokonaniu oceny i klasyfikacji takiego zgłoszenia uruchamia procedurę opisaną w ww. rozporządzeniu, a także przekazuje stosowne informacje do podmiotu odpowiedzialnego.

Drugim typem reklamacji zgłaszanych przez klientów hurtowni farmaceutycznych są problemy z zachowaniem jakości procesu dystrybucyjnego i usług z nim związanych. Są to głównie różnice ilościowe produktów dostarczonych względem zamówionych oraz uszkodzenia mechaniczne powstałe podczas pakowania i transportu leków do apteki. Do ilościowych rozbieżności poza oczywistymi brakami i nadwyżkami zaliczyć należy także rozbieżności serii, ponieważ podobna jest ich przyczyna i efekt, choć rozpatrzenie tych reklamacji przebiega nieco inaczej. Uszkodzenia dystrybucyjne to z kolei wszelkie rozdarcia (w tym zerwanie plomb) i zgniecenia opakowań zewnętrznych oraz ich zanieczyszczenia, powstałe na przykład w efekcie stłuczenia szklanych opakowań produktów o płynnych postaciach i zalanie zawartości opakowań transportowych. Podtypem reklamacji dystrybucyjnych



www.stock.adobe.com

związanych z możliwością uszkodzenia produktu są również zgłoszenia dotyczące nieprawidłowych warunków temperaturowych transportu.

Rozpatrywanie reklamacji dystrybucyjnych

Przyjęcie reklamacji w hurtowni farmaceutycznej od klienta może odbywać się w pełni automatycznie z poziomu systemu informatycznego, bez udziału człowieka. Do ich rozpatrywania niezbędny jest już jednak wyznaczony, odpowiednio przeszkolony i upoważniony do tych czynności personel. Ponieważ zgłoszeniom reklamacyjnym często towarzyszą zwroty produktów, pracownicy obsługujący ten proces w hurtowni są w szczególności wyposażani w wiedzę na temat postępowania z lekami sfałszowanymi, uszkodzonymi, będącymi przedmiotem decyzji o wstrzymaniu i wycofaniu. Pracowników działów reklamacji i zwrotów zabezpiecza się także w ramach BHP w odpowiednie środki ochronne, co wynika z możliwości kontaktu ze stłuczką szklaną oraz szczególnie niebezpiecznymi produktami skażonymi, użytymi już przez pacjentów (na przykład igły, inhalatory).

Rozpatrywanie reklamacji wiąże się z oględzinami produktu, jeśli został zwrócony, analizą historii jego zakupu przez klienta, na przykład weryfikacją, czy reklamowany produkt pochodzi z serii zakupionej przez aptekę, sprawdzeniem nagrań wideo z kamer monitorujących procesy kompletacji, kontroli i pakowania towaru w hurtowni oraz weryfikacji stanów magazynowych. W kwestiach spornych i problematycznych ostateczną decyzję podejmuje farmaceuta. W wyłącznej gestii Osoby Odpowiedzialnej pozostaje również zatwierdzenie przyjęcia zwróconego produktu na stan magazynowy hurtowni (tzw. redystrybucja), w przypadku jeśli reklamowany produkt spełnia wymogi jakościowe pozwalające na jego ponowną sprzedaż.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na szczególne znaczenie weryfikacji numerów serii reklamowanych i/lub zwracanych leków. Są to istotne dane identyfikujące produkt i jego historię. Hurtownia nie może przyjąć reklamacji lub zwrotu leku z serii, która nie była przedmiotem jej obrotu. Specyfika prawidłowego zarządzania serią w dystrybucji powoduje, że nie rekomenduje się załatwienia reklamacji, na przykład uszkodzonych produktów, w drodze wymiany. Korzystniejszą formą z punktu widzenia zapewnienia jakości jest wówczas zwrot przedmiotowego opakowania, skorygowanie faktury jego zakupu, a następnie dokonanie niezależnej ponownej sprzedaży.

Natomiast w przypadku zgłoszeń reklamacyjnych dotyczących rozbieżności samych numerów

serii produktów dostarczonych względem zafakturowanych, jeśli niezgodność znajduje potwierdzenie w stanach magazynowych hurtowni, istnieje możliwość jej załatwienia bez konieczności fizycznego obrotu reklamowanymi opakowaniami – za pośrednictwem faktury korygującej serię.

Działania postreklamacyjne

Z poziomu zapewnienia należytej jakości dystrybucji najistotniejsze jest nie tyle samo rozpatrzenie reklamacji, ile działania podejmowane w jej efekcie. Sprawa zgłoszenia klienta nie kończy się więc wyłącznie na jego usatysfakcjonowaniu. Konieczne są dalsze kroki podejmowane przez hurtownię w celu zapobiegania lub minimalizowania przyczyn reklamacji w przyszłości. Analiza powodów powstawania rozbieżności i wdrażanie działań korygująco-zapobiegawczych to rola Osoby Odpowiedzialnej i pozostałego personelu zespołu zapewnienia jakości hurtowni farmaceutycznej.

Działania, które podejmowane są w odpowiedzi na reklamacje klientów, podzielić możemy na co najmniej dwa rodzaje w zależności od specyfiki danego przypadku. Zdarzenia jednorazowe, najczęściej będące poważnymi zaburzeniami w zapewnieniu jakości, traktowane są oddzielnie i analizowane indywidualnie. Przykładem może być zgłoszenie apteki o niezachowaniu warunków temperatury dostawy leków z tzw. zimnego łańcucha. W takiej sytuacji zbiera się wszelkie materiały i dowody, takie jak zapisy z urządzeń monitorujących temperaturę i kopie dokumentów transportowych, a także analizuje się sposób wydania i załadunku towaru z hurtowni oraz prowadzi wywiad z kierowcą. Wówczas na podstawie zebranych informacji nie tylko rozpatruje się zasadność zgłoszenia reklamacyjnego, ale przede wszystkim podejmuje się działania zapobiegawcze, których celem będzie uniknięcie wystąpienia podobnego zdarzenia w przyszłości. Dla przykładu – jeśli w toku dochodzenia okaże się, że przyczyną zdarzenia było nieprawidłowe postępowanie pracownika, przeprowadza się jego doszkolenie.

Nieco inaczej wygląda podejście do zdarzeń mniejszej wagi, lecz powtarzalnych, których z racji swojego charakteru oraz przede wszystkim specyfiki działania hurtowej dystrybucji nie da się całkowicie wyeliminować. Przykładem są rozbieżności serii wydawanych produktów oraz drobne uszkodzenia powstałe w trakcie kompletacji, pakowania i transportu. Mogą wynikać one ze zdarzających się naturalnie pomyłek ludzkich, szybkości działania automatycznych urządzeń kompletujących i pakujących, specyfiki konkretnych produktów (na przykład dużej masy własnej w połączeniu z zastosowaniem delikatnego opakowania przez producenta). Dla takich zgłoszeń reklamacyjnych działania zespołu zapewnienia jakości rozpoczynają się od odpowiedniego opomiarowania, a następnie analizy wskaźników jakościowych, przede wszystkim z uwzględnieniem ich trendów. W trybie ciągłym prowadzone są działania doskonalące, na przykład szkolenia ciągłe dla personelu, natomiast specjalne, celowane działania zapobiegawcze podejmowane są w przypadku przekroczenia założonych progów dla wskaźników reklamacyjnych lub zaobserwowania negatywnych trendów (na przykład sukcesywny wzrost liczby zgłoszeń).

Podsumowując, warto zwrócić uwagę na kompleksowe zaangażowanie farmaceutów w hurtowniach w proces obsługi reklamacji spływających z aptek. Rozpoczyna się ono od stworzenia dedykowanych procedur i instrukcji postępowania, poprzez szkolenia i upoważnienie personelu zajmującego się rozpatrywaniem reklamacji, stały nadzór nad przebiegiem procesu, aż po podejmowanie ostatecznych decyzji dotyczących indywidualnych przypadków oraz postępowania z reklamowanymi produktami, a skończywszy na analizie trendów i wskaźników prowadzących do wdrażania działań naprawczych i zapobiegawczych. Wszystkie te czynności, zarówno w odniesieniu do reklamacji dotyczących jakości produktów, jak i usługi ich dystrybucji, podlegają sprawdzeniu podczas praktycznie każdej kontroli prowadzonej przez organy nadzoru, co dodatkowo podkreśla, jak istotny z punktu widzenia zapewnienia jakości jest ten obszar.

mgr farm.
MATEUSZ SZAMAŁEK
Od 2010 roku zawodowo związany z przemysłem i hurtem farmaceutycznym. Inicjator Sekcji Pracowników Hurtowni Farmaceutycznych WOIA. Autor branżowej bazy informacyjnej pharmalogica.pl. Członek Zarządu Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Regulacyjnej GRP.

MARCIN JÓZEFIAK

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA FARMACEUTY ZA BŁĘDY PRACOWNIKÓW

„Koniec roku, początek wyroku" – to znane w pewnych kręgach powiedzenie oddaje panującą w firmach atmosferę przełomu grudnia i stycznia, czasu podsumowań i planów, w które wkalkulowane są zarówno sukcesy, jak i porażki, w tym zagrożenia, jakie wiążą się z błędnymi działaniami pracowników.

W tym kontekście warto poruszyć problem odpowiedzialności zawodowej farmaceuty za błędy pracowników. Pamiętać należy, że inaczej kształtuje się odpowiedzialność zawodowa farmaceuty za błędy współpracowników, wspólników czy też podmiotów zależnych (zgodnie z definicją podmiotów powiązanych i Centralnym Rejestrem Beneficjentów Rzeczywistych).

Odpowiedzialność zawodową farmaceuty za błędy pracowników zasadniczo możemy podzielić na dwie kategorie:

- pierwsza – gdy farmaceuta jest pracodawcą,
- druga – gdy farmaceuta sam jest pracownikiem i zgodnie z obowiązującymi u pracodawcy zasadami ma podległych sobie pracowników.

W każdej z tych kategorii znaczenie mieć będzie Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej (dalej Kodeks). Kodeks Pracy, Kodeks cywilny i inne ustawy, na przykład Prawo farmaceutyczne, określają między innymi odpowiedzialność cywilną i pracowniczą, ale tylko Kodeks reguluje odpowiedzialność zawodową farmaceuty. Kluczowe znaczenia ma przepis art. 18 ust. 1 Kodeksu: „Aptekarz w każdej sytuacji zawodowej zawiera z pracodawcą lub pracownikiem taką umowę, która gwarantowałaby Aptekarzowi możliwość wykonywania zawodu zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Kodeksie Etyki Aptekarza RP".

Wielokrotnie już izby aptekarskie zwracały uwagę, aby umowa zawarta pomiędzy farmaceutą a pracodawcą/właścicielem gwarantowała mu swobodne wykonywanie czynności zawodowych. Przepis ten ma jednak również zastosowanie dla „pracownika".

Co to oznacza w praktyce? Wyobraźmy sobie sytuację, w której pracownik zatrudniony w aptece bez wiedzy i zgody farmaceuty (właściciela) nielegalnie wyprowadza leki psychotropowe z magazynu. Zostaje złapany na gorącym uczynku i skazany. Na tym jednak sprawa się nie kończy – Narodowy Fundusz Zdrowia i właściwy inspektor farmaceutyczny wszczynają postępowania, których wynikiem może być zerwanie kontraktu lub cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Ponadto okręgowy rzecznik

www.stock.adobe.com

odpowiedzialności zawodowej może wszcząć wobec farmaceuty postępowanie związane z odpowiedzialnością zawodową.

W pierwszej kategorii odpowiedzialności, gdy farmaceuta jest jednocześnie pracodawcą, przepis art. 18 ust. 1 Kodeksu nakłada na farmaceutę obowiązek takiego skonstruowania umowy z pracownikiem, aby zminimalizować ryzyko popełnienia przez niego wykroczenia lub przestępstwa. Jak to wygląda w praktyce? Pracodawca powinien w regulacjach wewnętrznych (regulamin pracy, procedura) zobowiązać pracownika, w zależności od zajmowanego stanowiska, do takich obowiązków, które obiektywnie minimalizowałyby ryzyko popełnienia przestępstwa (wykroczenia), czy też niewykrycia natychmiast przez pracodawcę niezgodnego z prawem używania lub wyprowadzania leków z apteki. Przykładowym rozwiązaniem jest przechowywanie leków danej kategorii w szafce zamykanej na klucz, którym dysponować może wyłącznie kierownik apteki. Bardziej nowoczesnym rozwiązaniem jest „mapowanie" pracy. Pracownik posiada kartę z chipem, a dzięki rozmieszczonym w miejscu pracy czujnikom łatwo można stwierdzić, gdzie dana karta w danej chwili była użyta. Wiążąc ten system z systemem magazynowym, wiadomo, kto i kiedy wziął daną partię leków.

W tej sytuacji farmaceuta nie będzie ponosił odpowiedzialności zawodowej za błędy lub też celowe działania pracowników. Musi jednak wykazać przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, że wdrożył w swojej firmie procedury, które zostały złamane przez tego pracownika. Oczywiście będzie to bez znaczenia, jeżeli pracownik działał w porozumieniu bądź za przyzwoleniem farmaceuty.

W drugiej kategorii odpowiedzialności farmaceuta, sam nie będąc pracodawcą, nie ma zbyt wielkiego wpływu na to, kogo i na jakich warunkach zatrudnia pracodawca. Mając jednak podległy pod sobą personel, farmaceuta musi informować (najlepiej na piśmie – list, mail, sms itp.) pracodawcę o zauważonych przez siebie niebezpiecznych obszarach umożliwiających niezgodne z prawem wykonywanie obowiązków farmaceuty. Łatwo wyobrazić sobie sytuację, gdy pracodawca zezna, że to farmaceuta był odpowiedzialny za pracę danego pracownika i to właśnie on winny jest niedbalstwu, czego efektem było popełnienie wykroczenia lub przestępstwa. Aby móc się skutecznie bronić, farmaceuta powinien nie tylko wykazać, że nie uczestniczył w tym wykroczeniu (przestępstwie), ale również to, iż informował pracodawcę o obszarach ryzyka czy też koniecznych do wprowadzenia zmianach w organizacji pracy.

W dzisiejszych czasach każdy farmaceuta, który zatrudnia pracowników bądź jest ich przełożonym, musi zadbać o zminimalizowanie ryzyka popełnienia błędów czy przestępstw przez pracowników, aby nie ponosić odpowiedzialności zawodowej za ich pomyłki lub przewinienia. Z tego też względu warto przeanalizować, jakie kłody rzucił pod nogi rok 2020 i jak uniknąć podobnych kłopotów w latach następnych.

MARCIN JÓZEFIAK
Radca prawny.

dr n. farm. **MAREK JĘDRZEJCZAK**
Aptekarz, specjalista farmacji aptecznej,
specjalista farmakologii.

Redaktor w układzie zamkniętym

Czytam co tydzień wiele periodyków o różnej tematyce i czasami, jak każdy, angażuję się emocjonalnie w przedstawianą sprawę. Niekiedy też piszę do autora lub redakcji przekazu.

„Gazeta Polska" to dobra lektura. Redaktor naczelny Tomasz Sakiewicz jest jednym z moich ulubionych dziennikarzy. Czytam numer listopadowy, czasami przytakuję, nierzadko jakaś treść wydaje mi się dyskusyjna. Dochodzę do artykułu szefa działu gospodarczego redaktora Macieja Pawlaka „Aptekarski układ zamknięty". Autor oparł swój tekst na informacjach uzyskanych od Związku Pracodawców Polskich, który zrzesza właścicieli sieci aptek, największych udziałowców rynku detalicznego leków w Polsce. Przedstawione w artykule tezy redaktora Pawlaka są twierdzeniami na zasadzie „kopiuj-wklej" ze strony internetowej ZPP. Bezrefleksyjnie i bez zbadania jakichkolwiek materiałów prezentowanych przez tak krytykowany w artykule samorząd aptekarski redaktor Pawlak przedstawia czytelnikom ZPP jako podmiot optujący za „otwartym, konkurencyjnym i propacjenckim rynkiem aptek". Po przeczytaniu połowy tekstu zaczynam przecierać oczy, ponownie spoglądam na stronę tytułową. Mówię do siebie: „Przecież to nie Wyborcza. A może tygodnik wykupił Axel Springer SE? Nie! To niemożliwe!".

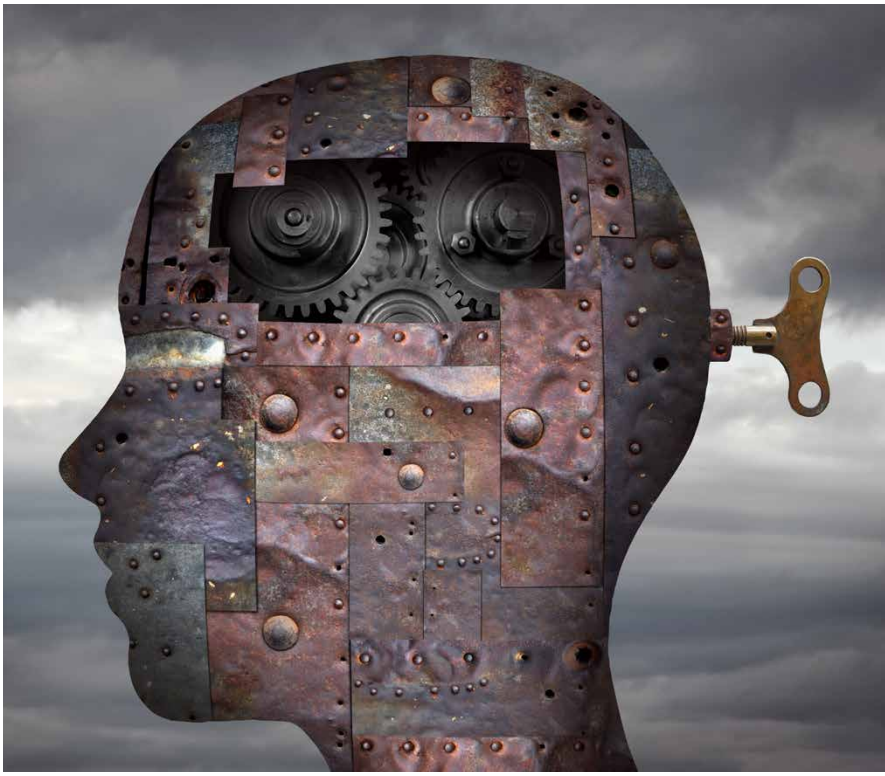
O tym, że redaktor Pawlak nie zna problemu, a nawet nie ma ochoty się z nim zapoznać przed napisaniem artykułu poglądowego, świadczy twierdzenie, że nowelizacja ustawy Prawo farmaceutyczne, znana jako „apteka dla aptekarza", doprowadziła do likwidacji aptek w terenie wiejskim. I tu ponownie powtarza tezę ZPP na zasadzie „kopiuj-wklej" ze strony internetowej ZPP.

Prawda jest jednak inna. To apteki sieciowe, niezainteresowane tym terenem, odbierając pacjentów małym aptecznym podmiotom, zdezorganizowały system zaopatrzenia farmaceutycznego, stosując często kosztowne programy marketingowe rozmijające się z dobrem pacjenta oraz wprowadzając programy lojalnościowe obliczone na zwiększanie popytu na leki i suplementy diety. Tego nie robili ledwo wiążący koniec z końcem drobni właściciele – farmaceuci, dla których pacjent to najczęściej ktoś bliski, sąsiad, ktoś kogo znają i z kim żyją w małej społeczności od lat, a nawet pokoleń. Sugerowanie przez pana redaktora, że to farmaceuci pracujący po kilkanaście godzin dziennie, dający utrzymanie swojemu skromnemu personelowi fachowemu, doprowadzili do załamania się rynku zaopatrzenia w leki innowacyjne, przekazując decyzyjność potężnym akcyjnym firmom farmaceutycznym, jest manipulacją, której nie powstydziłby się Machiavelli.

Autor wskazuje, że ustawa „apteka dla aptekarza" ma na celu zamknięcie rynku detalicznego leków wyłącznie dla wąskiej grupy farmaceutów. Kolejna teza ze strony ZPP. Szkoda tylko, że pan redaktor nie pokusił się o przeczytanie uzasadnienia do projektu ustawy przygotowanego przez sejmowe biuro analiz prawnych. Nie ma dla pana redaktora znaczenia fakt, że podobne regulacje

(aptekę prowadzi farmaceuta, który odpowiada za jakość jej funkcjonowania swym zawodowym „być albo nie być") funkcjonują w innych krajach europejskich. Fakt, że pewne obszary, takie jak zdrowie czy obronność, nie mogą w stu procentach być regulowane przez podmioty komercyjne, nie zastanawia redaktora Pawlaka. On brnie dalej. Napisał „Warto zwrócić uwagę na zjawisko «drzwi obrotowych» na rynku aptecznym. Polega ono na stosunkowo swobodnym przepływie osób pomiędzy poszczególnymi podmiotami budującymi rynek apteczny i wykonywaniu przez te same osoby wielu funkcji w relatywnie krótkim odstępie czasu". I to kolejna teza ze strony internetowej ZPP. Chodzi redaktorowi prawdopodobnie o „potężne" lobby farmaceutyczne, na które ZPP zawsze się powołuje. To niewybredny atak na farmaceutów, którzy są właścicielami aptek i zostali wybrani do organów samorządu. To atak kuriozalny, bo nikt nie ma pretensji do adwokata, radcy prawnego posiadającego kancelarię, że działa w swoim samorządzie zawodowym. To „potężne lobby farmaceutyczne" jest też tworzone w opinii pana redaktora przez tych farmaceutów, którzy zostali inspektorami farmaceutycznymi. To pewnie dlatego czekaliśmy trzydzieści lat na ustawę o zawodzie farmaceuty. „Potężne" lobby farmaceutów nie dało doczekać właścicielom aptek sprzed 1951 roku (przed nacjonalizacją aptek w czasach Bolesława Bieruta) odzyskania swego mienia rodzinnego. Ich dzieci i wnuki dawno polikwidowały swoje (mienie rodziców i dziadków, które wykupili za kredyty i pieniądze całej rodziny po 1990 r.) apteki, nie wytrzymując konkurencji właścicieli sieci aptek zrzeszonych między innymi w ZPP, a finansowanych przez potężne grupy kapitałowe. Nie wystarczyło pewnie czasu panu redaktorowi na zapoznanie się z regulacjami ustawowymi prawa farmaceutycznego, które zakazują pełnienia funkcji w organach samorządu zawodowego i inspekcji farmaceutycznej.

Pamiętam jak dzisiaj... Były to lata 90. ubiegłego stulecia, mieliśmy potężne trudności ze zwrotem refundacji ze środków budżetowych za leki wydane pacjentom ubezpieczonym. Właściciele aptek, wówczas głównie farmaceuci, tracili płynność finansową. Bo przecież to polscy aptekarze stworzyli strukturę zaopatrzeniową w produkty lecznicze w Polsce po roku 1989, angażując w to swoją wiedzę i majątek często całej rodziny. W końcu w połowie



www.stock.adobe.com

lat 90. samorząd aptekarski stworzył we współpracy z administracjami wojewódzkimi rozwiązanie finansowe – była to cesja wierzytelności. Prowadząc rozmowy z władzami wojewódzkimi, właśnie jako działacz samorządu aptekarskiego szukałem wsparcia w lokalnych mediach. Rozmawiałem z dziennikarzami. Jeden z nich, redaktor Kazimierz Skup, wysłuchał mnie, notował, zadawał pytania, dochodził dziennikarskiej prawdy. Na zakończenie powiedział: **„A teraz muszę wysłuchać drugiej strony. Potem może powstanie artykuł. Zobaczymy"**.

Panie redaktorze „Gazety Polskiej", może przed napisaniem artykułu „Aptekarski układ zamknięty" należało wysłuchać drugiej strony, zapoznać się z uzasadnieniem zmiany do ustawy Prawo farmaceutyczne wprowadzającej „aptekę dla aptekarza", z artykułami z prasy branżowej, opiniami prawnymi, na przykład Piotra Sędłaka czy Marcina Józefiaka, radców prawnych współpracujących z samorządem aptekarskim, a nie bezrefleksyjnie podpisywać się pod tezami ze strony internetowej ZPP? Kiedyś takie podejście do tematu to był kanon dziennikarskiego rzemiosła. Mam nadzieję, że nie był to artykuł na zamówienie, na pewno nie. Prawda, panie redaktorze Macieju Pawlak?

MAGDALENA TAMBORSKA

APTEKA DLA APTEKARZY
TEORIA A PRAKTYKA

Określenie „apteka dla aptekarzy" kojarzy się obecnie przede wszystkim z nowelizacją ustawy Prawa farmaceutycznego, która weszła w życie 25 czerwca 2017 r. Pytanie, które nasuwa się w zakresie „apteki dla aptekarzy", to kwestia, dlaczego pomimo upływu ponad trzech lat obowiązywania znowelizowanych przepisów prawa farmaceutycznego, zagadnienie kręgu podmiotów posiadających prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, zakresu możliwości dokonywania zmian w posiadanym już zezwoleniu na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, czy w końcu przenoszenia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej w dalszym ciągu wzbudza tyle kontrowersji i wątpliwości. Wydawać by się mogło, iż zmiana przepisu art. 99 ust. 4 Prawa farmaceutycznego (dalej także u.p.f.) raz na zawsze rozstrzygnęła tę kwestię i stanowi rozwiązanie dla zgłaszanego w środowisku farmaceutycznym problemu między innego prowadzenia aptek ogólnodostępnych przez spółki prawa handlowego, w których to skład osobowy wspólników niejednokrotnie składał się w 100% z „niefarmaceutów", co też miało stanowić utrudniać sprawowanie prawidłowego, profesjonalnego nadzoru nad ich działalnością.

Przypomnijmy, przed wejściem w życie nowelizacji art. 99 ust. 4 Prawa farmaceutycznego, przepis ten brzmiał następująco: „Prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki posiada osoba fizyczna, osoba prawna oraz niemająca osobowości prawnej spółka prawa handlowego". Zgodnie z treścią uzasadnienia projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne, uchwalonej ostatecznie 7 kwietnia 2017 r., „przyjęta w ustawie Prawo farmaceutyczne całkowicie liberalna regulacja w zakresie określenia podmiotów uprawnionych do prowadzenia aptek ogólnodostępnych jest niewłaściwa. Doświadczenia wynikające z kilkunastoletniego obowiązywania Prawa farmaceutycznego dowodzą, że obecne regulacje prawne nie gwarantują należytej realizacji celów i zasad funkcjonowania aptek, wynikających z nakazu ochrony zdrowia publicznego. […] Według Raportu NIK na rynku występują trudności w dostępie do leków, limitowana sprzedaż lub brak produktów leczniczych. Powszechny system zaopatrywania świadczeniobiorców w leki refundowane nie funkcjonuje prawidłowo, praktycznie wszystkie apteki indywidualne prowadzone przez farmaceutów są dyskryminowane w zakresie dostępu do leków, w szczególności leków refundowanych. Ponieważ apteki nie mają równego dostępu do leków, w konsekwencji polscy pacjenci także nie mają równego dostępu do leków refundowanych. […] Apteki prowadzone przez podmioty niebędące farmaceutami nie przestrzegają zakazu reklamy aptek i działalności. Podejmowane są kolejne próby omijania zakazu przez umieszczanie w firmach przedsiębiorców lub w nazwach aptek zwrotów reklamowych, takich jak: «superapteka», «apteka hurtowa», «apteka tania», «centrum tanich leków»".

www.stock.adobe.com

Mając w głowie treść uzasadnienia projektu ustawy nowelizującej art. 99 ust. 4 Prawa farmaceutycznego oraz sam zapis znowelizowanego art. 99 ust. 4 u.p.f., który jednoznacznie określił krąg podmiotów uprawnionych do prowadzenia apteki ogólnodostępnej, tj.

- farmaceuty posiadającego prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 4 i art. 4b ustawy z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą;
- spółki jawnej lub spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek, i w której wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w pkt 1.

można by uznać, iż problem zakresu podmiotowego prowadzenia apteki ogólnodostępnej został rozwiązany. Niestety, nic bardziej mylnego. O ile kwestia kręgu podmiotów uprawnionych do uzyskania nowego zezwolenia na prowadzenia apteki ogólnodostępnej uregulowana w art. 99 ust. 4 u.p.f. nie wzbudza już większych wątpliwości, to już zagadnienie wprowadzenia zmian osobowych w zezwoleniu na prowadzenie apteki ogólnodostępnej uzyskanym przed wejściem w życie nowelizacji z 7 kwietnia 2017 r. dokonywanych przez podmioty, na rzecz których to zezwolenie zostało udzielone, czy w końcu przenoszenie takich zezwoleń na podmiot trzeci, wzbudza zdecydowanie więcej kontrowersji i stanowi problem także dla farmaceutów prowadzących apteki ogólnodostępne.

Problem, który pojawia się na tej płaszczyźnie, wynika z braku uregulowania przez ustawodawcę kwestii, jakie przepisy mają zastosowanie w przypadku zamiaru wprowadzania zmian w zezwoleniu uzyskanym przed wejściem w życie ustawy nowelizującej, czy w związku z przeniesieniem takiego

zezwolenia. Przepisy intertemporalne nowelizującej ustawy odnosiły się jedynie do obowiązku stosowania dotychczasowych przepisów w zakresie postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy dotyczących wniosków o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki oraz wskazywały, iż zezwolenia na prowadzenie aptek ogólnodostępnych wydane przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność.

Niestety, zarówno interpretacje indywidualne wydawane przez wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych w tym zakresie czy orzeczenia wojewódzkich sądów administracyjnych nie tylko nie przychodzą nam z ratunkiem, ale jeszcze bardziej komplikują sytuację. Bo jak inaczej można ocenić

Rozbieżność orzecznicza sądów oraz organów inspekcji farmaceutycznej w zakresie możliwości dokonywania zmian osobowych w zezwoleniu na prowadzenie apteki ogólnodostępnej zdecydowanie nie wpływa pozytywnie na pewność prawa i poczucie stabilności prowadzonej działalności gospodarczej

fakt, iż ten sam Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie (dalej WSA w Warszawie), który rozpoznaje skargi na decyzje Głównego Inspektora Farmaceutycznego, w zależności od składu orzekającego wydaje zupełnie odmienne rozstrzygnięcia.

I tak WSA w Warszawie w wyroku z 31 października 2019 r., sygn. akt VI SA/Wa 903/19, stanął na stanowisku, iż „w aktualnym stanie prawnym, nie tylko do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, ale także do jego zmiany, konieczne jest, aby ubiegający się o nie podmiot spełniał wymogi określone w art. 99 ust. 4 u.p.f.". Przedmiotem skargi była decyzja Głównego Inspektora Farmaceutycznego utrzymująca w mocy decyzję Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego odmawiającą dokonania zmiany zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Zdaniem orzekających w sprawie organów rozszerzenie składu osobowego spółki jawnej o nowoutworzoną spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, nawet jeżeli jedynym wspólnikiem i udziałowcem tej spółki jest farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu, nie spełnia wymagań określonych w art. 99 ust. 4 pkt 2 ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499 z późn. zm. dalej jako u.p.f.). W uzasadnieniu wyroku sąd wskazał, że „mając na uwadze ustalony w sprawie stan faktyczny oraz obowiązujące przepisy, stwierdzić należy, że orzekające w sprawie organy zasadnie uznały, iż podmiot, występujący o zmianę zezwolenia na prowadzenie apteki, które to zezwolenie uzyskał przed wyjściem w życie ustawy nowelizującej, musi spełniać wymogi nałożone obecnie obowiązującymi przepisami Prawa farmaceutycznego".

Tym samym, pomimo iż złożenie wniosku o dokonanie zmiany zezwolenia dotyczyło zezwolenia udzielonego przed wejściem w życie nowelizacji art. 99 ust. 4 u.p.f., to jednak do rozpoznania takiego wniosku zastosowanie znalazły nowe, zmienione przepisy Prawa Farmaceutycznego. Analogiczne rozstrzygnięcie znajdziemy w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 31 października 2019 r. w sprawie VI SA/Wa 902/19.

Zdecydowanie bardziej liberalne stanowisko zaprezentował Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z 25 czerwca 2019 r., w sprawie VI SA/Wa 904/19, w którym to sąd uwzględnił skargę skarżącego i uchylił zaskarżoną decyzję Głównego Inspektora Farmaceutycznego w przedmiocie odmowy zmiany zezwolenia na prowadzenie apteki. WSA w Warszawie uznał, iż złożenie wniosku o dokonanie zmiany w zezwoleniu „uzasadnione było dokonanymi przekształceniami w Spółce, przy czym numery NIP, REGON i KRS nie uległy zmianie. Spółka składając wniosek, uzasadniała konieczność zmiany w składzie osobowym wnioskującej spółki poprzez rozszerzenie jej składu osobowego o nowoutworzoną spółkę W. sp. z o.o.", w której jedynym wspólnikiem i prezesem jest A.K. i – mgr farmacji. W uzasadnieniu prawnym sąd wskazał, iż „zgodnie z przepisem art. 2 ustawy

nowelizującej, zawierającym normy intertemporalne: «do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy dotyczących wniosków o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki stosuje się przepisy dotychczasowe (ust. 1). Zezwolenia na prowadzenie aptek ogólnodostępnych wydane przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność (ust. 2)». Z treści tych przepisów jednoznacznie wynika, że ustawodawca dokonał podziału wydawanych zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych na: zezwolenia funkcjonujące w obrocie na «starych» oraz na «nowych» zasadach. Wynika to także z faktu, że nie określił żadnego terminu dostosowania funkcjonujących wcześniej zezwoleń do nowych zasad, co oznacza, że nie ustają skutki prawne działania «starego» prawa. Tym samym w bieżącym obrocie pozostają, na równych prawach, lecz odmiennych zasadach, dwa rodzaje zezwoleń na prowadzenie aptek, w zależności od terminu wystąpienia z wnioskiem o ich wydanie. Jednocześnie w znowelizowanych przepisach Prawa farmaceutycznego ustawodawca uregulował jedynie zasady uzyskiwania nowych zezwoleń. Brak jest zatem jednoznacznie określonego trybu dokonywania zmiany zezwoleń dotychczas funkcjonujących". Rozpoznając przedmiotową skargę, sąd dopuścił dowód z pisma Ministra Zdrowia z (...) kwietnia 2019 r., stanowiącego odpowiedź na zapytanie o zakres zastosowania nowych przepisów Prawa farmaceutycznego, w odniesieniu do dotychczasowych zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych. W ocenie sądu „dokonana przez Ministra Zdrowia wykładnia przepisów ma niewątpliwie charakter autentyczny, gdyż Minister Zdrowia jest organem odpowiedzialnym za obszar ochrony zdrowia i jednocześnie organem nadrzędnym w stosunku do Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Znaczenie ma także fakt, że przedmiotowa nowelizacja przepisów Prawa farmaceutycznego dokonana została z udziałem konstytucyjnego organu administracji, zaś z uzasadnienia projektu ustawy nowelizującej wynika bezpośrednio jej cel. Powyższe okoliczności należy mieć zatem na uwadze, dokonując oceny stanowiska Ministra Zdrowia. Z treści cytowanego pisma organu i argumentacji w nim zawartej wynika, że nowe regulacje prawne, w szczególności wymagania określone w art. 99 ust. 4 Prawa farmaceutycznego, de nomine nie mają zastosowania do zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, wydanych na dotychczasowych zasadach".

Tożsame rozstrzygnięcia Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wydał tego samego dnia, tj. 25 czerwca 2019 r. w dwóch kolejnych sprawach, zarejestrowanych pod sygn. akt VI SA/Wa 905/19 oraz VI SA/Wa 906/19.

Tym samym trudno jest doszukiwać się spójności linii orzeczniczej sądów administracyjnych w zakresie zmiany zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej w związku z art. 99 ust. 4 u.p.f. Niestety, z pomocą nie przychodzi nam także WIF w wydawanych przez siebie interpretacjach przepisów prawa w trybie art. 34 ust. 1 ustawy z 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292 ze zm.). W wydanej przez Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego decyzji z 19 marca 2020 r. (WIFPOP.850.1.2020) WIF wskazał, iż zmiana wspólnika spółki jawnej (osoba niebędąca farmaceutą) wpłynie na ważność zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej przez spółkę i wyłącza możliwość zmiany dotychczasowego zezwalanie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Co więcej, w tej samej decyzji WIF wskazał, iż już 18 stycznia 2019 r. wydał indywidualną interpretację przepisów prawa odpowiadającą zapytaniu wnioskodawcy o odmiennej treści, niemniej jednak już

www.stock.adobe.com

po wydaniu tego rozstrzygnięcia omawiane zagadnienie zostało poddane analizie przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, które to stanowisko znalazło poparcie w rozstrzygnięciu Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie. Tym samym, pomimo istnienia w obrocie prawnym odmiennej interpretacji organu, wskazującej, iż zmiany dokonywane wewnątrz spółki, poprzez na przykład zmianę wspólnika w spółce, która powstała przed 25 czerwca 2017 r., nie wpływają na ważność zezwolenia, to niemniej ze względu na tworzącą się linię orzeczniczą sądów administracyjnych, która jest odmienna od tej zaprezentowanej w interpretacji, uznać należy, iż takie zmiany wewnątrzspółkowe wpłyną na ważność zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

Rozbieżność orzecznicza sądów administracyjnych oraz organów inspekcji farmaceutycznej w zakresie możliwości dokonywania zmian osobowych w zezwoleniu na prowadzenie apteki ogólnodostępnej zdecydowanie nie wpływa pozytywnie na pewność prawa i poczucie stabilności prowadzonej działalności gospodarczej w formie apteki ogólnodostępnej. Co więcej, niepokojące jest to, iż rozbieżność ta dotyczy tak kluczowego elementu prowadzenia apteki, jakim jest kwestia samego zezwolenia na jej prowadzenie. Trudno jest przewidzieć, w jakim kierunku pójdzie linia orzecznicza sądów administracyjnych oraz organów inspekcji farmaceutycznej. Można mieć tylko nadzieję, że niebawem doczekamy się jednego spójnego nurtu, który pozwoli podmiotom posiadającym zezwolenie na prowadzenie apteki na podejmowanie przemyślanych i ograniczonych do minimum decyzji w zakresie ewentualnych zmian osobowych podmiotu, na rzecz którego zezwolenie zostało wydane.

MAGDALENA TAMBORSKA
Radca prawny Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Biblioteka muzealna

W grudniu 2020 roku biblioteka Muzeum Farmacji im. prof. W.W. Głowackiego w Poznaniu wzbogaciła się między innymi o dwie ciekawe publikacje. Pierwszą z nich jest dwutomowe opracowanie pod wspólnym tytułem „Dzieje Farmacji Dolnośląskiej". Pierwszy tom obejmuje lata 1945–2000. Opisano w nim dzieje wrocławskiego Wydziału Farmaceutycznego oraz związanego z nim Muzeum Farmacji, Dolnośląskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, Wrocławskiego Oddziału PTFarm, przemysłu farmaceutycznego na Dolnym Śląsku oraz aptek ogólnodostępnych, szpitalnych i zakładowych (kolejowych, wojskowych, należących do MSWiA), a także hurtowni farmaceutycznych. Wspomniano również o aptekarzach pracujących w inspekcji, laboratoriach czy służbie sanitarnej, nie zapominając o wykładowcach z Medycznego Studium Zawodowego. Książka zawiera też opisy wydarzeń z czasów studiów, epidemii czarnej ospy czy powodzi we Wrocławiu. Drugi tom obejmuje znacznie krótszy czas: lata 2001 -2006, lecz opisuje wszystkie dziedziny, w których znaleźli się dolnośląscy farmaceuci.

Drugą pozycją książkową, jaka została dodana do księgozbioru, jest album „100 lat rejestracji leków w Polsce. 200 lat Farmakopei Polskiej". Pozycja została podarowana przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w Warszawie. Zawarto w nim syntetyczne informacje dotyczące historii procesów rejestracji leków, ludzi ją tworzących oraz istotnego elementu systemu w zakresie jakości leku nie tylko przemysłowego, lecz i wykonywanego w recepturze aptecznej, jakim jest Farmakopea. Jako pierwsze polskie wydanie przyjmuje się dzieło pod tytułem „Pharmacopoeia Regni Poloniae", które ukazało się w 1817 roku na terenie Królestwa Kongresowego.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI

W SZKOCKIEJ APTECE

„Szacunek pacjentów i ich zaufanie do podjętych przeze mnie decyzji wraz z realnymi efektami zdrowotnymi są dla mnie największą nagrodą i mobilizacją do dalszego samodoskonalenia się" – mówi mgr farm. **ANETA BĄBOL**, kierownik apteki Lindsay and Gilmour Pharmacy w Hawick (Szkocja), w rozmowie z dr n. farm. **Magdaleną Waszyk-Nowaczyk**, adiunktem w Pracowni Farmacji Praktycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK: Jeszcze raz chciałam Tobie bardzo podziękować za umożliwienie odbycia stażu w szkockiej aptece ogólnodostępnej w 2019 roku. Było to dla mnie bardzo cenne doświadczenie, dzięki któremu mogłam skonfrontować swoje badania naukowe prowadzone w zakresie wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce z realną, wieloletnią już praktyką szkocką. Wyjazd ten był dla mnie ogromną inspiracją do dalszej pracy i współpracy ze studentami w nowych projektach i interdyscyplinarnych zajęciach.

ANETA BĄBOL: Cieszę się, że nareszcie udało nam się spotkać. Było mi bardzo miło Ciebie gościć. Nasze długie rozmowy na temat przyszłości farmaceutów w Polsce i na świecie z pewnością przyniosą wiele pozytywnych efektów.

Podczas mojego stażu zauważyłam, że system panujący w szkockiej aptece różni się od polskiej praktyki i jest on bardzo skuteczny w pracy z pacjentem. Podstawowa różnica to obecność tylko jednego dyplomowanego farmaceuty podczas zmiany, który współpracuje z kilkoma technikami farmacji. Dzięki temu praca w aptece odbywa się bardzo płynnie.

Tak, w szkockiej aptece na zmianie jest przeważnie tylko jeden farmaceuta, który odpowieda za kliniczne

AFW

DR N. FARM. MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK I MGR FARM. ANETA BĄBOL

AFW

sprawdzenie recept. Polega to na tym, że aptekarz sprawdza miedzy innymi, czy przepisane dawki leków nie są przekroczone lub czy nie ma istotnych interakcji. W Szkocji można wyróżnić dwa rodzaje stanowisk dla techników: *Pharmacy Technicians*, którzy pomagają w dyspensowaniu leków, przygotowywaniu Indywidualnych Systemów Dawkowania Leków, czy też doradzają pacjentom chcącym kupić leki bez recepty oraz *Accuracy Checking Pharmacy Technicians*, którzy dodatkowo mogą sprawdzać recepty uprzednio zatwierdzone przez farmaceutę. Ponadto w aptece w Wielkiej Brytanii pracuje przeważnie tylko jeden farmaceuta, który pełni rolę kierownika i aptekarza. Warto dodać, że w Szkocji pacjenci nie płacą za leki i podpisują zgodę, żeby apteka mogła zamawiać dla nich preparaty. System ten ma zapewnić zmniejszenie nakładu pracy lekarzy. Pacjent może zamawiać leki telefonicznie lub wypełnić tak zwany order form, który zawiera listę leków przyjmowanych regularnie przez pacjenta, na przykład na cukrzycę czy nadciśnienie. Taki styl pracy jest dużym ułatwieniem dla pacjentów pracujących, bo mogą odebrać leki po skończeniu pracy, a także dla ludzi starszych, którym dodatkowo apteki oferują bezpłatne dostarczenie leków do domu.

Bardzo cennym doświadczeniem dla mnie była obserwacja serwisów, jakie świadczy apteka dla pacjentów. Ucieszył mnie bardzo fakt, że to co robię w zakresie badań naukowych w Polsce, realnie funkcjonuje już w Twojej aptece i przynosi wiele korzyści zdrowotnych dla pacjentów. Jednym z ciekawszych serwisów jest *New Medicine Service* (NMS), przeznaczony dla osób, które otrzymały nowy lek w przypadku rozpoznania nadciśnienia, astmy, POChP czy cukrzycy typu 2. Usługa ta pozwala pacjentowi zgłębić wiedzę o nowym leku, pomaga rozwiązać wszelkie problemy związane ze stosowaniem nowego preparatu, takie jak tymczasowe efekty niepożądane oraz daje szansę do omówienia wszelkich wątpliwości, które mogą zadecydować o tym, że pacjent nie będzie stosował zaordynowanego leku.

Dodatkowo warto jeszcze wspomnieć o *Minor Ailments Service*, gdzie farmaceuta może wystawić pacjentowi receptę na leki na alergie, kremy zawierające hydrokortyzon lub klobetazol, leki na kaszel i wiele innych. Ponadto świadczymy *Pharmacy First*, czyli grupę serwisów obejmującą przepisanie antybiotyku (trimetoprimu) w celu leczenia zapalenia pęcherza moczowego u kobiet, czy wydanie kremu zawierającego kwas fusydowy w celu leczenia liszajca, czy chociażby kropli/ maści zawierającej

chloramfenikol w leczeniu bakteryjnego zapalenia spojówek. Warto zwrócić także uwagę na inne usługi, takie jak sezonowe szczepienia przeciwko grypie czy *Travel Clinic*, gdzie doradzamy pacjentom, jakie należy zachować środki bezpieczeństwa i jakie są wymagane szczepienia, gdy wyjeżdżamy przykładowo do Afryki. Wykonujemy również szczepienia przeciwko żółtej febrze, wściekliźnie, żółtaczce typu A i B, tężcowi, durowi brzusznemu i wiele innych. Inną ważną usługą jest *Monitored Dose Systems* (MDS), przeznaczony dla pacjentów, którzy mają problem ze skomplikowanym reżimem przyjmowania leków, czy *Medicines Use Reviews* (MUR), na podstawie których pacjent ma możliwość zweryfikowania swojej farmakoterapii w zakresie przyjmowania leków. Usługa ta ma na celu uzupełnienie, a nie zastąpienie bardziej szczegółowych przeglądów klinicznych przeprowadzanych w przychodniach lekarskich.

Mam poczucie, że w obecnej sytuacji epidemiologicznej zakres obowiązków i kompetencji przyznanych farmaceutom w Polsce pozytywnie wpłynął na postrzeganie roli aptekarza w aptece ogólnodostępnej. Dla mnie, jako osoby prowadzącej badania naukowe i praktykującej w aptece ogólnodostępnej, ma to duże znaczenie, bo zwiększają się nasze możliwości i kwalifikacje, co w efekcie może skutkować realnym wdrożeniem opieki farmaceutycznej do polskich aptek w przyszłości. Jaka Twoim zdaniem jest rola farmaceuty w obecnej sytuacji epidemiologicznej?

W przeciwieństwie do wielu innych usług publicznych i przedsiębiorstw podczas pandemii COVID-19 apteki były i są nadal otwarte, zapewniając niezbędne porady, informacje i leki dla pacjentów. Nasza rola polega na szeroko rozumianym egzekwowaniu dystansu społecznego, aby zapobiec przenoszeniu zakażenia. Środki te mogą wydawać się ekstremalne, ale zostały przyjęte w aptekach, by zapobiec rozprzestrzenianiu się COVID-19 wśród pracowników i między pacjentami, szczególnie tymi, którzy są w grupach wysokiego ryzyka. Niezależnie od środków ostrożności podjętych w celu ochrony apteki nie jest możliwe uniknięcie kontaktu z pacjentami, na przykład podczas wręczania im leków. Niektóre działania, takie jak zachęcanie pacjentów do dokonywania płatności przy użyciu płatności zbliżeniowych, mogą dodatkowo zmniejszyć potrzebę kontaktu fizycznego. Ważne jest także utrzymanie minimalnej liczby personelu w celu bezpiecznego działania apteki. Mam tu na myśli również wdrożenie potencjalnego planu awaryjnego, tzw. *contingency plan*, jeśli regularny personel nie jest w stanie pracować w związku z zakażeniem COVID-19. Funkcjonowanie apteki może być w niektórych sytuacjach zminimalizowane do niezbędnego wydawania leków i udzielania informacji odnośnie sytuacji, w których nie należy przychodzić do apteki, tzn. jeśli pacjent ma kaszel oraz/lub wysoką temperaturę, a także w kwestii potencjalnej kwarantanny, czyli jak długo powinna trwać i kiedy należy skontaktować się ze szpitalem bądź lekarzem rodzinnym. Rola i odpowiedzialność edukacyjna farmaceuty jest ogromna i determinuje prawidłowe postępowanie chorych w okresie pandemii.

Moim marzeniem jest wdrożyć zadania i obowiązki wykonywane przez szkockiego farmaceutę w realia polskiej apteki. Wymaga to jednak wielu zmian i czasu, aby taki system zaadaptować. Pomoc pacjentom w zakresie opieki farmaceutycznej jest najwłaściwszym sposobem współpracy z chorym, by zapewnić mu skuteczną farmakoterapię. Odciążenie polskiego farmaceuty od wielu obowiązków, które często są zadaniami administracyjnymi, wpłynęłoby zdecydowanie na podniesienie prestiżu zawodu i zwiększenie zaufania pacjentów. Z pewnością przełożyłoby się to także na pozytywną współpracę z lekarzami oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych. Na koniec chciałabym zapytać, czy poleciłabyś pracę polskim farmaceutom w szkockiej aptece.

Oczywiście! Jest to ciężka, ale bardzo rozwijająca praca pod względem klinicznym, która przynosi wiele satysfakcji. Szacunek pacjentów i ich zaufanie do podjętych przeze mnie decyzji wraz z realnymi efektami zdrowotnymi są dla mnie największą nagrodą i mobilizacją do dalszego samodoskonalenia się.

Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała
dr n. farm. MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK

Staż w Szkocji dr n. farm. Magdaleny Waszyk-Nowaczyk został sfinansowany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, grant numer 502-01-03314429-03439.

dr HANNA CYTRYŃSKA

CZAS Z APTEKI

ex tempore

Czas był istotnym komponentem wpisanym w produkcję leków i preparatów ziołowych. Apteki posiadały ogrody zdrowia, w których uprawiano zioła i rośliny lecznicze. Pozyskiwanie surowców było ściśle uwarunkowane okresem dojrzałości wegetatywnej roślin, a receptury określały przedziały czasowe na wytworzenie remedium.

Odwiecznym marzeniem człowieka była chęć ujarzmienia efemeryczności czasu poprzez dowolne manipulowanie procesami gerontologicznymi. Przysłowie *„tempus fugit, aeternitas manet”*[1] motywowało aptekarzy do poszukiwania uniwersalnego antidotum skutecznie wspierającego ciało człowieka w walce z przemijającym czasem. Wierzono, że panacea powstałe w aptecznych laboratoriach posiadają moc spowalniania procesu starzenia lub przyspieszania regeneracji organizmów. „ELIKSIR DŁUGOWIECZNOŚCI” (*„ELIXIR AD LONGAM VITAM”*), zalecany w przypadkach leczenia „wszelakich chorób” zgodnie z aptekarską etykietą, dostarczał aktywujących substancji prozdrowotnych. Niestety, według współczesnej farmakologii składniki mikstury (*Aloes 10, Radicis Rhei concisae 1, Radicis Gentianae concisae 1, Rhizomatis Zedoariae concisi 1, Rhizomatis Galangae concisi 1, Myrrhae 1, Croci 1, Electuarii Theriacae 2, Sacchari 10, Spiritus Vini 70% 20*)[2] nie stymulowały biologicznych procesów odnowy komórkowej. Aptekarze oferowali również pigułki przeczyszczające promowane pod nazwą „PIGUŁKI, BEZ KTÓRYCH NIE CHCE SIĘ ŻYĆ” (*„PILULAE SINE QUIBUS ESSE NOLO”*), „których regularne używanie kreowało w umysłach pacjentów poczucie «długowieczności»”[3]. W aptekach zakonnych karmelitów trzewiczkowych była dostępna „MAŚĆ APOSTOŁÓW” – *„UNGUENTUM APOSTOLORUM”* (*Aerugo pulv.1 Olibanum pulv.1, Cera flava 2, Terebinthina 8, Ol. Olivarum 16*)[4], przyśpieszająca gojenie otarć i ran na stopach pielgrzymów. Fenomenem w aptekarskiej ofercie był teriak, „lek złożony z kilkudziesięciu składników, którym przypisywano możliwości leczenia wszystkich zatruć, a także wielu innych chorób wewnętrznych”[5]. Receptura antidotum została opublikowana przez Nikandra z Kolofonu w II wieku p.n.e. Na przestrzeni dwóch tysięcy lat skład i proces produkcji ulegał modyfikacji, a preparat zachowywał trwałość nawet przez sześćdziesiąt lat. Ocenę

www.stock.adobe.com

skuteczności teriaku sformułował prof. Bronisław Koskowski w 1925 r., pisząc: „Była to mieszanina dość bezmyślna z 70 surowców zawierająca wielkie ilości opium”[6].

Czas był również istotnym komponentem wpisanym w produkcję leków i preparatów ziołowych. Apteki posiadały ogrody zdrowia (hortus sanitatis), w których uprawiano zioła i rośliny lecznicze. Pozyskiwanie surowców

było ściśle uwarunkowane okresem dojrzałości wegetatywnej roślin, a receptury określały przedziały czasowe na wytworzenie remedium. Jedną z najbardziej czasochłonnych technologii była produkcja „BALSAMU JEROZOLIMSKIEGO" – *„BALSAMUM HIEROSOLYMITANUM"* (*Radicis Angelicae concisae 30, Summitatis Hyperici 30, Spiritus Vini 90% 1000, wytrawia się w przeciągu 8 dni, wyciska i filtruje. Do filtratu dodaje Benzoës pulveratae 90,4, Styracis 40, Myrrhae pulveratae 15, Olibani pulverati 15, Mastichis pulveratae 15, Aloës pulveratae 15 i powtórnie wytrawia w ciągu 5 dni, filtruje i dodaje Balsami peruviani 30, Tincturae Moschi 3, Spiritus Vini 90% 250*). Aktywizowanie substancji czynnych w komponentach balsamu metodą wytrawiania, wyciskania i filtrowanie trwała 13 dni.

www.stock.adobe.com

Czas realizacji recept był uzależniony od procedur zapisanych w receptariuszach i możliwości produkcyjnych laboratoriów aptecznych. W 1937 r. ukazała się „Farmakopea polska II", zawierająca między innymi receptury 16 pozycji, które należało przyrządzić *ex tempore parata*[7]. Najczęściej obowiązywała formuła cito, statim, 24 godziny. W jędrzejowskiej aptece produkcja leku „wymagała czasu i cierpliwości, więc przepisane leki odbierało się za dzień lub dwa, zażywając w międzyczasie tabletki, na przetrzymanie"[8]. W sferze usług aptekarze wykonywali badania toksykologiczne, analizy mikrobiologiczne żywności i wody pitnej. Podczas wytwarzania leków i przeprowadzania badań konieczne było oznaczanie procesów laboratoryjnych na osi czasu.

Zanim człowiek zaczął konstruować przyrządy mechaniczne rejestrujące labilność czasu, używał narzędzi opisujących jego wycinek. Najpopularniejsze były klepsydry wodne lub piaskowe oraz zegary ogniowe. Odniesienie czasu do pory dnia wyznaczało położenia Słońca – „wschód słońca, przedpołudnie, południe, popołudnie, odwieczerz, zmierzch, wieczór"[9]. Przyrządem znanym już w starożytności do określania cyklu dobowego był zegar słoneczny z tarczą równoległą do płaszczyzny horyzontu i wskazówką skierowaną na biegun polarny. Zegary słoneczne umieszczano również na płaszczyznach wertykalnych, uświetniając elewacje kościołów, pałaców i budynków użyteczności publicznej. Pierwsze urządzenie mechanicznie umożliwiające stały pomiar czasu powstało w X wieku. Napędem był system wagowy składający się z poziomej belki, sznura i obciążników. Pod wpływem ciężaru wagi sznur okręcony wokół belki rozkręcał się, wprawiając ją w ruch wirowy. Waga przesuwając się w dół wskazywała godziny oznaczone na pionowej belce. Autorstwo tego wynalazku przypisuje się matematykowi Gerbertowi d'Aurillac (ok. 945–1003), późniejszemu papieżowi Sylwesterowi II. Mechanizm wagowy na przestrzeni wieków podlegał nieustannej modyfikacji. Wprowadzono tarcze podzielone na 24 wycinki, ruchome wskazówki, dzwony oraz galeryjki dla prezentacji figuralnych. Do najsławniejszych należał zbudowany w latach 1352–1354 dwutarczowy zegar Trzech Króli zlokalizowany wewnątrz katedry strasburskiej. W południe, podczas gdy carillon wybijał godzinę pojawiały się postacie *Trzech Króli* kłaniające się figurze Matki Boskiej z dzieciątkiem. W 1571 r. do mechanizmu zegarowego dodano tarczę wskazującą korzystne

dni upuszczania krwi w odniesieniu do aktualnego obiegu planet. W 1574 r. w środkową kwaterę zegara wstawiono portret Mikołaja Kopernika, „którego nowej teorii heliocentrycznej zawdzięczano naukową wartość zegara”[10]. Polski astronom posiadał również doktorat z medycyny, a jego najsłynniejsza recepta zapisana na marginesie geometrii Euklidesa zawiera: „Gliny armeńskiej 2 uncje, cynamonu pół uncji, cytwaru 2 drachmy, korzenia kurzego ziela, dyptanu, sandałów czerwonych po dwie drachmy, oskrobków kości słoniowej drachmę, popiołu, kwaśnego rumianu po dwa skrupuły, skórki cytrynowej i pereł po drachmie, szmaragdy, hiacynthu czerwonego, szafiru po jednym skrupule, kości z serca jelenia 1 drachmę, szarańczy morskiej, rogu jednorożca, koralu czerwonego, koralu białego, złota w listkach, srebra w listkach po skrupule”[11]. Niestety, nie wiemy komu dedykowany był lek i czy przyniósł oczekiwany rezultat. Mikołaj Kopernik często swoje terapie opatrywał sentencją „lekarstwo, jeśli Bóg zechce, pomoże”. Polski odpowiednik zegara strasburskiego, wykonany w latach 1464-1470 przez mistrza Jana Düringera z Torunia, znajduje się w gdańskiej Bazylice Mariackiej. Chronometr posiada kalendarium, planetarium oraz teatr figur ukazujący sceny Zwiastowania i Pokłonu Trzech Króli. Na jednej z tarcz można odczytać aktualne układy znaków zodiaku, a nawet skuteczność leków zażytych w danym dniu[12]. Remedia stosowane w XV wieku na terenie Gdańska były dostępne w aptece wzmiankowanej w kronikach krzyżackich pod datą 9 grudnia 1399 r.: „komtur Gdańska otrzymał 7 grzywien na koszty leczenia brata Beldirsheyma”, a „za lekarstwa dla tegoż brata wypłacił aptece 6 grzywien”[13].

W średniowieczu na terenie Europy funkcjonowało kilka systemów obliczania długości trwania jednej godziny. W wielu miastach obowiązywał system kanoniczny godzin nierównych, wyznaczany interwałem modlitewnym i obwieszczany mieszkańcom dźwiękiem dzwonów. Konfiguracja czasu kanonicznego doskonale sprawdzała się wśród duchownych, natomiast dla osób świeckich była kontrowersyjna. W swoich pamiętnikach florencki rzeźbiarz Benvenuto Cellini (1500–1571) notuje: „Ten Francesco jest jednak pod każdym względem przeciwieństwem tego, czym wy jesteście, gdyż jest to nieokrzesany gbur. Powiedzcie mu ode mnie, że jeśli przed dzwonem wieczornym nie przyprowadzi Ascania do mej pracowni, to zabiję go bez pardonu[14].

W celu unifikacji czasu na terenie Polski wprowadzono dwudziestoczterogodzinny model włoski, który funkcjonował do końca XVI wieku: „Za początek godziny pierwszej uważano chwilę zapadnięcia zmroku wieczornego. Był to także początek nowego dnia, a więc zmieniano datę.

www.stock.adobe.com

DWUTARCZOWY ZEGAR TRZECH KRÓLI (ZBUDOWANY W LATACH 1352-1354) Z KATEDRY STRASBURSKIEJ

Ponieważ jednak zachody słońca w ciągu roku co dzień się zmieniają, początek godziny pierwszej nie był stały – trzeba go było doregulowywać według słońca”[15].

Pierwszy zegar, który pojawił się w polskiej przestrzeni publicznej, został zamontowany na wieży katedralnej w Gnieźnie. Jedyna informacja dotycząca tego wydarzenia została zanotowana na marginesie kancjonału klarysek gnieźnieńskich z 1418 r. Prawdopodobnie w tym czasie funkcjonowała na terenie kapituły katedralnej apteka kapitulna wraz z infirmerią, w której wyrabiano „PLASTRY Z BOŻEJ ŁASKI” („*EMPLASTRUM GRATIA DEI*”) i „PIGUŁKI BŁOGOSŁAWIONE” („*PILULAE BENEDICTA*”). Najwcześniejsza wzmianka o aptekarzu Marcinie

ZEGAR KWIATOWY ZE ZBIORÓW MUZEUM FARMACJI UNIWERSYTETU JAGIELOŃSKIEGO W KRAKOWIE

praktykującym w Gnieźnie i pełniącym równocześnie funkcje rajcy miejskiego pojawia się w „Księgach cechu ogólnego” z lat 1535 i 1576. Istnieje również zapis z 1544 r. o zakupie działki obok ratusza, na której powstał budynek z apteką miejską i radziecką, archiwum miejskim oraz lokalami na wynajem[16].

Zegary usytuowane na wieżach informowały mieszkańców o bieżącej godzinie, wschodach i zachodach słońca, fazach księżyca, datach kalendarzowych pór roku oraz o aktualnych układach planet. W strefach świeckich koordynowały działalność społeczną, spełniały rolę edukacyjną i prozdrowotną. Wiernych informowały o publicznej formie kultu religijnego oraz terminach świąt kościelnych. Wyposażony w kuranty dzwonne zegar kariolowy, zamontowany w 1550 r. na wieży ratuszowej we Wrocławiu, wydzwaniał w półgodzinie pieśń kościelną „Obdarz nas pokojem”, a w całej godzinie „*Veni Creator Spiritus*” i „*Magnificat*”[17]. W aptece „Pod Podwójnym Złotym Orłem” Przy Kurzym Targu 4, założonej w 1360 r. przez mistrza Mikołaja, aptekarz przygotowywał nalewki korzystając zapewne z „Antidotarium Nicolai”, zawierającej „opisy surowców, sposoby wykonania różnych leków oraz obowiązujące podówczas miary i wagi apteczne”[18]. W połowie XVI wieku poznańscy rajcy zlecili architektowi Janowi Baptyście Quadro przebudowę ratusza, a Bartłomiejowi Wolfowi z Gubina wykonanie zegara symbolizującego ożywiony herb miasta. W 1551 r. zegar z trzema pełnymi tarczami, jedną półtarczą i mechanizmem wysuwającym co godzinę z niszy dwa koziołki, uroczyście zainstalowano na wieży ratuszowej. Poznańscy mieszczanie spoglądając na nowy chronometr z koziołkami zatrzymywali się przed kamienicą burmistrza Grodzickiego, w której mieściła się apteka pod „Białym Orłem”. Apteka działająca w latach 1491–2015 posiadała przywilej wydany przez króla Zygmunta II Augusta, sankcjonujący prawo do sporządzania i sprzedawania leków nie tylko podczas jarmarków, ale w każdym innym czasie we własnej aptece[19].

W XVII wieku unowocześniono mechanizmy zegarowe oraz wprowadzono nowy schemat odmierzania czasu zwany „półzegarzem”. Pozostawiono dwudziestoczterogodzinną segmentację doby, natomiast tarczę zegara podzielono na 12 odcinków i zaczęto odliczać godziny dzienne i nocne. Drugą istotną innowacją było wprowadzenie zmiany daty o północy, a nie jak dotychczas o godzinie pierwszej.

APTEKA WIARYGODNYM PUNKTEM CZASOWYM

Obywatele funkcjonowali według zegarów ogólnodostępnych, fundowanych przez biskupów, rajców miejskich, magnatów i patrycjuszy. W XIX wieku do tego szacownego grona postanowili dołączyć aptekarze.

Jako osoby zaufania publicznego zaczęli lokować w repozytoriach izb ekspedycyjnych zegary, informujące o godzinie obowiązującej w aptece. W tym czasie w stylistyce wnętrz aptecznych nastąpiła radykalna zmiana. Dotychczasowe pomieszczenia wypełnione meblami z barokową snycerką zastąpiono repozytoriami w stylu empire. „Szafy z półkami wieńczyły wystające gzymsy podparte korynckimi kolumienkami, na gzymsach dekoracyjne wole oczka, kapitele i bazy bogato złocone. W środku repozytoriów umieszczano okrągłe zegary, otoczone rogami obfitości ukwieconymi girlandami”[20]. Aptekarze instalowali również chronometry na elewacjach kamienic lub w witrynach wystawowych. W „Aptece pod Koroną” w Przemyślu „zegar był bardzo oryginalny, duży, kwadratowy z wymalowanymi na porcelanowym cyferblacie różnymi roślinami leczniczymi zamiast cyfr. Umieszczony był najpierw w witrynie nad wejściem do apteki, następnie został przeniesiony do środka”[21]. Obecnie zegar kwiatowy znajduje się w krakowskim Muzeum Farmacji Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego[22]. Przez lata chronometr zintegrował się z apteką jako nieodłączny atrybut izby ekspedycyjnej. Afiliował nawet do zbioru godeł aptecznych, stając się symbolem równoważnym dla orła i lwa. W Końskich powstała „Apteka pod Zegarem”, a w Kole nazwa ulicy zunifikowała się z godłem …i „Apteka pod Zegarem” funkcjonuje przy ul. Zegarowej.

Przemek Wierzchowski/Agencja Gazeta

Udostępnienie w przestrzeni miejskiej niezharmonizowanych chronometrów powodowało narastanie chaosu czasowego. Na forum europejskich obserwatoriów astronomicznych zainicjowano dyskusję na temat ujednolicenia czasu. Priorytetowym dylematem była eliptyczna trajektoria obiegu Ziemi wokół Słońca i nachylenie osi Ziemi pod kątem 66,5o. Postanowiono więc obliczać czas według wirtualnego Słońca, wobec którego Ziemia porusza się ze stałą prędkością po okręgu, generując w ciągu roku równe doby średniosłoneczne. Pierwszym miastem, które 1 stycznia 1790 r. wprowadziło „czas średni”, była Genewa. W połowie XIX wieku wszystkie większe miasta miały w obrębie jurydyk swój czas średni. Dla podróżnych przyjeżdżających do miasta skutkowało to koniecznością przestawiania własnego zegara na czas w nim obowiązujący.

W miarę rozwoju komunikacji różnice czasowe pomiędzy miastami stanowiły ogromne wyzwanie dla synchronizacji rozkładów jazdy. Wprowadzono tzw. czasy kolejowe, nazywane i odliczane od stacji ekspediującej pociąg. Na przykład pasażer rozpoczynający podróż w Pradze podróżował według „czasu praskiego”. Zobowiązywało to kompanie kolejowe do montażu na elewacjach budynków dworcowych nazwy stacji oraz zegara widocznego z dużej odległości. Początkowo dworce, stacje kolejowe i perony były strefami zamkniętymi, do których wstęp miały tylko osoby posiadający aktualny bilet lub bilet peronowy. Oprócz głównego holu z kasami podróżni mieli do dyspozycji poczekalnie różnych kategorii, przechowalnie bagażu, punkty pocztowe, restauracje i toalety. Pomoc medyczno-farmaceutyczną można było uzyskać tylko w pociągu. Każdy skład wyposażony był w skrzynkę

www.stock.adobe.com

ratunkowo-sanitarną, zawierającą podstawowe leki przeciwbólowe, preparaty dezynfekcyjne i materiały opatrunkowe. Sukcesywnie następowało rozszerzanie oferty handlowej na terenach dworcowych. Początkowo rozbudowano sieć restauracyjną, następnie powstały kioski z gazetami, punkty usługowe, sklepy wielobranżowe i apteki, które z racji specyfiki miejsca pełniły dyżury całodobowe. W połowie XIX wieku w Warszawie, która nie posiadała wspólnego dworca przesiadkowego, obowiązywały dwa czasy kolejowe. Natomiast na węźle kolejowym w Konstancji, gdzie podróżni część trasy musieli przepływać promem przez Jezioro Bodeńskie, obowiązywało pięć różnych czasów kolejowych. W 1874 r. Sandford Fleming zgłosił do urzędu patentowego projekt „czasu strefowego". Według jego koncepcji cały obszar ziemi (360°) został podzielony wirtualnymi południkami na 24 strefy o szerokości 15°, a czas między nimi zmieniał się co godzinę. W Stanach Zjednoczonych, gdzie dotychczas obowiązywało 71 czasów kolejowych, czas strefowy przyjęto w 1883 r., natomiast w Europie wprowadzenie tej innowacji wymagało skomplikowanych negocjacji pomiędzy mocarstwami. Polska przyjęła czas strefowy 1 czerwca 1922 r. ustawą sejmową: „Doba zaczyna się legalnie w momencie dołowania Słońca średniego w południku 150 na wschód od Greenwich. Zegary znajdujące się w miejscach publicznych, z wyjątkiem zegarów słonecznych, powinny wskazywać czas odpowiednio do artykułu 1 niniejszej ustawy"[23]. W praktyce okazało się, że niektóre linie wirtualnych południków przechodzą przez środek państwa lub odcinają jego fragment. Powstały wtedy tabele granic czasu zgodne z politycznymi granicami państw, którymi posługujemy się do dnia dzisiejszego.

ASOCJACJA CZASU Z FARMACJĄ

Nadzwyczajna asocjacja czasu z farmacją zaistniała na początku XIX wieku w Jędrzejowie. W 1806 r. krakowski chirurg Marcin Karwacki otworzył przy rynku aptekę[24], w której kontynuował tradycje wyrabianie leków według cysterskich receptur. W 1912 r. budynek z apteką kupił Józef Smagłowski. Aptekarz zaangażował się w działalność społeczną i zainicjował utworzenie Towarzystwa Dobroczynności oraz wspomagał obóz niepodległościowy

Józefa Piłsudskiego. Razem z sąsiadem Feliksem Przypkowskim, lekarzem, astronomem, kolekcjonerem zegarów słonecznych i mechanicznych, działali w Narodowej Radzie Okręgowej Ziemi Kieleckiej, wchodzącej w skład Centralnego Komitetu Narodowego. Wnętrze apteki wyposażone było w repozytoria i pierwsze stoły reprezentujące styl biedermeier. „Apteka funkcjonowała jeszcze w latach 60. ubiegłego wieku. Wchodziło się do środka, a tam jak gdyby czas stanął w miejscu – stare kontuary, wysokie meble z różnym słoikami z napisami łacińskimi[25]. W 1962 r. w sąsiadujących ze sobą budynkach, dawnej aptece Smagłowskiego oraz kamienicy Przypkowskich powstało Państwowe Muzeum Zegarów im. Przypkowskich. We wnętrzach dawnej apteki kryształowe naczynia apteczne i stągwie kamionkowe prezentowane są obok zegarów słonecznych, przyrządów astronomicznych i gnomicznych. Jednym z najznamienitszych eksponatów jest dzieło Mikołaja Kopernika *„De revolutionibus orbium coelestium”*, wydane w 1566 r. w Bazylei. Współcześnie dla zwiedzających dostępny jest „Ogród Czasu”, w którym wśród roślin leczniczych i ziół eksponowane są zabytkowe zegary słoneczne.

W 1967 r. XIII Generalna Konferencja Miar przyjęła nową definicję sekundy, opartą na wzorcu odtwarzalnym w warunkach laboratoryjnych. Obecnie czas odmierzają zegary atomowe, które nie mają żadnych konotacji z mechanicznymi chronometrami. W Obserwatorium Astrogeodynamicznym Centrum Badań Kosmicznych PAN w Borówcu pod Poznaniem działa „fontanna cezowa”, jeden z najbardziej precyzyjnych zegarów atomowych[26]. Obecnie przemysł farmaceutyczny produkuje leki, korzystając z czasu uniwersalnego, generowanego przez zegar atomowy. W oparciu o badania farmakokinetyczne w ofercie aptecznej są nowoczesne tabletki zaopatrzone w nośniki bioadhezyjne oraz otoczkowane kapsułki o przedłużonym uwalnianiu. Druki informacyjne dołączane do opakowania zawierają charakterystykę produktów leczniczych, dane dotyczące stosowania leku, możliwe interakcje, warunki przechowywania i termin ważności. Jednak w aptecznych strefach suplementów diety pacjenci nadal poszukują eliksirów długowieczności oraz „pigułek, bez których nie chce się żyć”. Promocje zamieszczane w gazetach zachęcają do nabywania panaceów w okazyjnych cenach. Reklamy telewizyjne wizualizują wygładzanie zmarszczek po nałożeniu kremu dostępnego tylko w aptece, a ludzie jak przed wiekami generują w mózgach iluzje młodości w komforcie zdrowia i długiego życia.

dr **HANNA CYTRYŃSKA**
Architekt wnętrz. Autorka książek „Poznańskie apteki. Wnętrza, historia, wyposażenie” (Poznań 2016) i „Apteki klasztorne i szpitalne Poznania” (Poznań 2019) oraz artykułów związanych z historią farmacji i układami przestrzennymi wnętrz.

PIŚMIENNICTWO:

[1] *Czas ucieka, wieczność czeka*, przysłowie łacińskie.
[2] J. Podbielski i M. Rostafiński, *Polski manuał farmaceutyczny*, Warszawa 1932, s. 34.
[3] W. Roeske, *Polskie apteki*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, Warszawa, Kraków, 1991, s. 126.
[4] H. Thomas, *Handbuch der und wissenschaftlichen Pharmazie*, Berlin 1931, Wyd. Urban und Schwarzenberg, t. 6, s. 315.
[5] Patrz szerzej: Z. Bela, *Od magii przez alchemię do chemioterapii*, „Medycyna Praktyczna”, Kraków 2018, s. 219-246.
[6] Ibidem, s. 219-246.
[7] *Leki, które należy przyrządzić od ręki*. W. Roeske, *Polskie apteki*, op. cit., s. 199.
[8] http://andreovia.pl/, dostęp 12.08.2020 r., h 17.00.
[9] W. Siedlecka, *Polskie zegary*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1976, s. 15.
[10] W. Siedlecka, *Polskie zegary*, op. cit., s. 25.
[11] S. Proń, *Musaeum Poloniae Pharmaceuticum*, PZWL Warszawa 1967, s. 372.
[12] W. Siedlecka, *Polskie zegary*, op. cit., s. 41.
[13] A. Drygas, *Aptekarstwo gdańskie 1399-1939*, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo, 1983, s. 9.
[14] L. Staff, *Benvenuta Celliniego żywot własny spisany przez niego samego*, Państwowy Instytut Wydawniczy 1984, s. 179.
[15] W. Siedlecka, *Polskie zegary*, op. cit., s. 38 i 39.
[16] L. Kostrzeński, *Materiały do historii aptek wielkopolskich*, Warszawa Nakładem Mr. Farm. Fr. Heroda 1929, s. 46, t. II.
[17] W. Siedlecka, *Polskie zegary*, op. cit., s. 43.
[18] R. Rembieliński B. Kuźnicka, *Historia farmacji*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1972, s. 219.
[19] H. Cytryńska, *Poznańskie apteki wnętrza, historia, wyposażenie*, WOIA, Wydawnictwo Nowa Baśń, 2016, s. 33.
[20] W. Roeske *Polskie apteki*, op. cit., s. 104.
[21] https://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Ballada_o_aptekarzu.pdf, dostęp 12.10.2020 r., h 12.00.
[22] Patrz szerzej: Z. Bela, *O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji*, „Medycyna Praktyczna”, Kraków 2013, s. 545-551.
[23] L. Zajdler, *Dzieje zegara*, PW Wiedza Powszechna, Warszawa 1977, s. 302.
[24] K. Ślusarek, *Jędrzejów w latach 1795-1918, Portret miasta i jego mieszkańców*, Urząd Miasta i Gminy Jędrzejów, 2014, s. 144.
[25] http://andreovia.pl/, dostęp 12.08.2020 r., h 14.00.
[26] https://www.cbk.poznan.pl/sluzba_czasu/ogolne.php, dostęp 1.09.2020 r., h 22.00.

dr n. farm. MARIA ELLNAIN-WOJTASZEK

NATURALNY ANTYBIOTYK Z ULA

Spośród produktów pszczelich najbardziej złożony skład i wynikające z tego najbardziej wielokierunkowe działanie biologiczne posiada propolis.

Wiek XIX i XX przyniósł wspaniałe odkrycia w zakresie diagnostyki i terapii chorób oraz bujny rozwój chemii i farmakologii, co zaowocowało wieloma nowymi skutecznymi preparatami leczniczymi. Odsunęło to w cień dotychczasowe naturalne metody leczenia. Po około 50 latach można jednak zaobserwować pewien zwrot w kierunku medycyny naturalnej. Dostrzeżono jej walory, zyskała wielu zwolenników i rozwija się równolegle z dominującą na świecie medycyną konwencjonalną.

Medycyna naturalna obejmuje różne dziedziny lecznicze, specyficzne, wykorzystujące naturalne produkty lub metody leczenia, służące podtrzymaniu i przywracaniu zdrowia. Taką specyficzną dziedziną jest homeopatia czy fitoterapia, a także **apiterapia** i apitoksynoterapia. Apiterapia wykorzystuje produkty pszczele, takie jak miód, pyłek kwiatowy, propolis oraz mleczko pszczele i ewentualnie wosk. **Apitoksynoterapia** wykorzystuje w procesach leczniczych jad pszczeli.

Wyodrębnienie apiterapii jako nowej dziedziny medycyny naturalnej było możliwe dzięki prowadzonym na całym świecie procesom badawczym nad produktami pszczelimi. Stosowanie najnowszych metod analitycznych umożliwiło identyfikację składników chemicznych wyodrębnionych z produktów pszczelich, a tym samym poznanie w większości ich składu. Prowadzenie równolegle do badań fitochemicznych także badań aktywności biologicznej produktów pszczelich, potwierdzonej obserwacjami klinicznymi, umożliwiło wprowadzenie i szersze stosowanie tych produktów w lecznictwie.

Spośród produktów pszczelich najbardziej złożony skład i wynikające z tego najbardziej wielokierunkowe działanie biologiczne posiada propolis. Nazwa ta pochodzi od greckich słów *pro* (przed) i *polis* (miasto) i oznacza „zewnętrzny mur ochraniający miasto". Nazwę tę przypisano swoistej substancji wytwarzanej przez pszczoły z balsamiczno-żywiczej wydzieliny pączków drzew, a następnie umieszczonej między innymi za otworem wlotowym ula. Dzięki właściwościom antybiotycznym stanowi tu ona rodzaj bariery zabezpieczającej wnętrze ula przed dostaniem się z zewnątrz drobnoustrojów.

Pospolita nazwa propolisu to **kit pszczeli**. Pszczoły bowiem stosują propolis do zaklejania szczelin, przytwierdzania plastra woskowego do ramek, powlekania ścian ula, zasklepiania komórek plastra z miodem, zmniejszania przed zimą otworu wlotowego w ulu czy mumifikacji przypadkowych owadów, które mogą znaleźć się w ulu. Pszczoły wykorzystują odkażające właściwości propolisu do utrzymania czystości w ulu – polerują nim komórki plastra przed złożeniem w nich jaj.

Wykorzystanie cennych właściwości propolisu przez ludzi sięga czasów starożytnych. Pisał o nim już Pliniusz Starszy w I wieku n.e. Właściwości przeciwdrobnoustrojowe znane były wśród Greków, Rzymian, Arabów i Chińczyków przed wieloma wiekami. Znała i stosowała go również słowiańska medycyna ludowa, jako lek przyspieszający gojenie ran i uśmierzający ból.

Społeczność pszczela składająca się z matki – królowej, robotnic i trutni jest doskonale zorganizowana. Każda z pszczół wykonuje określone czynności.

Zbiorem propolisu zajmują się starsze niż trzytygodniowe pszczoły zbieraczki. Zbioru dokonują w dni pogodne, między godziną 10.00 a 16.00, od wiosny do jesieni.

OD JEDNEJ RODZINY PSZCZELEJ, LICZĄCEJ LATEM 20-80 TYSIĘCY PSZCZÓŁ, MOŻNA POZYSKAĆ 35-50 G PROPOLISU ROCZNIE

Dodatek wydzieliny gruczołów żuwaczkowych, gardzielowych i ślinowych pszczół zawierających enzymy powoduje zmiany w związkach chemicznych propolisu. Na skutek tych przemian na przykład związki flawonoidowe, stanowiące liczną grupę składową propolisu, występują w nim wyłącznie w formie aglikonowej, podczas gdy w wydzielinach pączków drzew, z których zostały zebrane, najczęściej występują w połączeniach z cząsteczkami cukru, stanowiąc postać glikozydową.

Propolis pozyskuje się zeskrobując ze ścian ula, z ramek czy płótna nakrywającego gniazdo pszczół. Proces pozyskiwania propolisu usprawniono przez zakładanie tzw. poławiaczy propolisu. W pobliżu otworu wylotu na beleczkach ramek lub

www.stock.adobe.com

nad gniazdem zakłada się siatki o oczkach 2-2,5 mm (oczek o większych wymiarach pszczoły nie kitują, tylko zaklejają woskiem). Siatkę z oczkami zaklejonymi propolisem po wyjęciu z ula ochładza się w lodówce i wykrusza ręcznie stwardniały propolis.

Od jednej rodziny pszczelej, liczącej latem 20-80 tysięcy pszczół, można pozyskać 35-50 g propolisu rocznie, a przy zastosowaniu poławiaczy propolisu, zmuszających pszczoły do zaklejenia wszelkich otworów, do 80-100 g rocznie. Propolis magazynuje się w zamkniętych słojach lub woreczkach foliowych i chroni przed nadmiarem światła. Tak przechowywany propolis zarówno w temperaturze pokojowej, jak i w urządzeniach chłodniczych nie traci swej aktywności biologicznej przez 3 lata.

ZBIOREM PROPOLISU ZAJMUJĄ SIĘ STARSZE NIŻ TRZYTYGODNIOWE PSZCZOŁY ZBIERACZKI. ZBIORU DOKONUJĄ W DNI POGODNE, MIĘDZY GODZINĄ 10.00 A 16.00, OD WIOSNY DO JESIENI

Propolis ma postać kleistej masy w formie nieregularnych bryłek, o przyjemnym balsamicznym zapachu i gorzkim, lekko znieczulającym smaku oraz różnym zabarwieniu, najczęściej brunatnym, brunatnożółtym, czerwonawym, szarozielonym, często niejednorodnym nawet w obrębie jednej bryłki. Oziębiony poniżej 15°C staje się kruchy, w 35°C mięknie i jest plastyczny, przy dalszym ogrzewaniu, do 80-105°C, ulega stopieniu. Rozpuszcza się dobrze w rozpuszczalnikach organicznych, na przykład etanolu, metanolu, eterze etylowym, octanie etylu, acetonie.

Skład chemiczny propolisu jest bardzo złożony. Dotychczas wykryto około 300 związków chemicznych i prawdopodobnie ilość ta jeszcze ulegnie zwiększeniu w wyniku prowadzonych badań. Na ogół wykazuje zbliżony skład jakościowy i ilościowy, przynajmniej w zakresie grup chemicznych, natomiast w obrębie grup składniki mogą wykazywać różnice. Wśród poznanych dotychczas składników propolisu najliczniej reprezentowane są połączenia fenolowe, a wśród nich najliczniejsze są trzy grupy chemiczne – flawonoidy, kwasy fenolowe i estry aromatyczne.

Flawonoidy w propolisie stanowią średnio 7,5%. Z propolisu wyizolowano około 50 związków flawonoidowych w formie glikonowej. Kwasy fenolowe dotychczas wyizolowane z propolisu obejmują ponad 20 związków. Mniej liczne grupy związków fenolowych stanowią w propolisie alkoholofenole, ketofenole, etery aromatyczne, kumaryny i związki różne zawierające grupy fenolowe, na przykład eugenol. Terpeny występują w propolisie w ilości około 0,5%. Substancje lipidowo-woskowe stanowią w propolisie średnio 8%. Często określa się je mianem wosków roślinnych. W skład tych substancji wchodzą głównie kwasy tłuszczowe i estry z alkoholami jednowodorotlenowymi, glicerydy fenolowe oraz węglowodory i sterole. Biopierwiastki, których średnia zawartość w propolisie stanowi 0,5%, obejmuję grupę około 30 pierwiastków, między innymi wapń, magnez, krzem, żelazo, mangan, miedź, cynk, selen, sód, potas. Kolejna grupa składu propolisu, stanowiąca około 3%, obejmuje związki różne. Są to witaminy (B1, B2, B6, PP, C, A, D, K...), związki białkowe (enzymy i wolne aminokwasy) oraz węglowodany (głównie glukoza, fruktoza, sacharoza).

Ostatnią grupę składową propolisu stanowi wosk pszczeli w ilości 20-25%. Zawiera głównie estry kwasów tłuszczowych z wyższymi alkoholami.

Propolis, posiadając tak bardzo złożony skład chemiczny, wykazuje różną aktywność biologiczną, różne kierunki działania farmakologicznego i różne też wynikające z tego wykorzystanie terapeutyczne. Istniejące różnice związków chemicznych, zarówno jakościowe, jak i ilościowe w obrębie poszczególnych grup chemicznych propolisu powodują różnice w jego aktywności, stąd propolis do celów leczniczych musi być standaryzowany. W tym celu propolis stanowiący surowiec poddaje się ekstrakcji 70% etanolem w stosunku 1:10. Uzyskany płynny wyciąg zagęszcza się w temperaturze poniżej 40°C, a zagęszczony ekstrakt propolisu o zawartości 70% suchej masy poddaje standaryzacji mikrobiologicznej. Taki standaryzowany wyciąg, określany EEP (Etanolowy Ekstrakt Propolisu), stanowi surowiec wyjściowy dla preparatów leczniczych.

Najbardziej czynną grupą związków występujących w propolisie są flawonoidy, nadające mu wielokierunkowe działanie biologiczne wspomagane przez fenole oraz niektóre z aldehydów i steroli. Kierunki działania propolisu to:

- **Działanie antybiotyczne**, jedno z najcenniejszych, przejawia się hamowaniem rozwoju i zniszczeniem bakterii, grzybów, wirusów i pierwotniaków (gronkowce, paciorkowce, grzyby drożdżoidalne, wirus grypy, opryszczki, rzęsistek, taksoplazma).
- **Działanie odnawiające** wyciągów z propolisu dotyczy odnowy tkanki miękkiej, łącznej, chrzęstnej i kostnej, wzmaga ziarninowanie ran i ich bliznowacenie.
- Bardzo cennym jest **działanie przeciwnowotworowe**. Stwierdzono hamujący wpływ dla wyciągów propolisu na rozwój hodowli tkankowych wielu nowotworów ludzkich (między innymi nosogardzieli, szyjki macicy, wątroby) i nowotworów zwierzęcych.
- **Działanie immunologiczne** przejawia się stymulowaniem układu odpornościowego, zwiększa się liczba makrofagów i wzrasta zdolność do niszczenia drobnoustrojów.
- Wyciągi z propolisu wykazały także w licznych badaniach **działanie przeciwutleniające**, polegające na wychwytywaniu wolnych rodników, zabezpieczając tak białka organizmu przed peroksydacją. Wolne rodniki powstają w organizmie na skutek stresu, zakażeń, promieniowania jonizującego. Przypisuje się im powstawanie wielu chorób, w tym nowotworowych.
- Warto podkreślić również **działanie na układ sercowo-naczyniowy**, gdzie wyciągi z propolisu powodują wzmożenie akcji serca, regulują ciśnienie krwi i uszczelniają naczynia włosowate.
- Prowadzone badania wykazały dla wyciągów z propolisu **działanie znieczulające**. **Działanie na ośrodkowy układ nerwowy** powodowało uspokojenie i rozkurcz mięśni gładkich. Wykazano ponadto **działanie żółciotwórcze**, **żółciopędne** i **protekcyjne** dla miąższu wątroby oraz **działanie hipoglikemiczne** i **działanie antyagregacyjne**. Wśród działań wyciągu z propolisu wymienić należy również silne **działanie przeciwzapalne**, **przeciwalergiczne**

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

i **ochraniające przed promieniowaniem jonizującym**.

Szerokie spektrum działania farmakologicznego propolisu sugerowało wykorzystanie tej substancji w apiterapii w stosowaniu zewnętrznym i wewnętrznym w różnych specjalnościach medycyny. Zewnętrznie z dobrym skutkiem stosowano wyciągi etanolowe z propolisu w dermatologii (schorzenia ropne skóry, odleżyny, oparzenia, odmrożenia, żylakowe zapalenie podudzi), otolaryngologii (stany zapalne i ropne uszu, nosa, zatok, gardła i krtani), stomatologii (zapalenie dziąseł, paradentoza, bóle poekstrakcyjne), ginekologii i położnictwie (stany zapalne pochwy, nadżerki, rany pooperacyjne), proktologii (guzki krwawnicowe, szczeliny odbytu) i oftalmologii (uszkodzenie rogówki, stany zapalne błon śluzowych oka).

dr n. farm. **MARIA ELLNAIN-WOJTASZEK**
Farmaceutka i poetka. Wieloletni nauczyciel akademicki w Akademii Medycznej w Poznaniu.

W schorzeniach wewnętrznych po zastosowaniu propolisu uzyskano w efekcie wyleczenie lub wyraźną poprawę stanu zdrowia chorych. W tym przypadku stosowano również wyciągi z propolisu lub przygotowane preparaty. Dobre wyniki uzyskano w pulmonologii (zapalenie oskrzeli, nieswoiste zapalenie płuc, stany zapalne migdałków, astma oskrzelowa atopowa), schorzeniach przewodu pokarmowego (w stanach zapalnych żołądka i jelit, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, okrężnicy), bakteryjnym zakażeniu dróg moczowych, a także w schorzeniach reumatycznych (reumatoidalne zapalenie stawów, zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa), chorobach układu krążenia (zwiększenie amplitudy skurczu serca, normalizacja ciśnienia, obniżenie ciśnienia). Z dobrym skutkiem stosowano propolis w leczeniu chorób wirusowych (grypy, kataru, opryszczki, półpaśca). W geriatrii stosując propolis uzyskano poprawę ogólnej sprawności umysłowej.

Skuteczność leczenia różnych chorób propolisem zależy od wielu czynników, takich jak rodzaj schorzenia, zaawansowanie stanu choroby, czas jej trwania, formy podania leku z propolisem, wielkości dawki, właściwości osobniczej. W schorzeniach wewnętrznych przeciętnie stosowana dawka średnia dla leków propolisowych w formie płynnej wynosi dla 3% wyciągu etanolowego propolisu 30-70 kropli w 0,5 szklanki wody czy mleka, 2-3 razy dziennie, 0,5-1 godz. przed posiłkiem. Stosuje się również tabletki i inhalacje. Miejscowo w schorzeniach skóry i błon śluzowych stosuje się wyciągi propolisowe w postaci kropli, maści i kremów zawierających 3% wyciągu propolisu. Miejscowo, zależnie od schorzenia, stosuje się też czopki, globulki, przymoczki, pudry, plastry oraz inhalacje.

Propolis o tak korzystnym dla organizmu człowieka i szerokim spektrum działania farmakologicznego wykazywać także może **działanie niepożądane** – alergenu. Objawy uczulenia występują jednak niezbyt często (1 przypadek na 400 osób) i zwykle przy stosowaniu propolisu miejscowo, przy podaniu wewnętrznym – rzadko. Konieczne jest więc przed podjęciem leczenia propolisem wykonanie **testu uczuleniowego**. Test ten wykonuje się, smarując lub przykładając tampon nasączony propolisem na okolicę nadgarstka czy przedramienia lub przyjmując 10 kropli wyciągu z propolisu. Jeżeli po 10 minutach od kontaktu skórnego lub po 24 godz. od przyjęcia wewnętrznego wyciągu propolisu nie wystąpią objawy uczulenia, raczej wyklucza się nadwrażliwość.

Ze standaryzowanego wyciągu propolisowego produkowane są dla lecznictwa preparaty w różnej postaci: krople, ampułki, maści, kremy, balsamy, żele, pudry, plastry, tabletki, czopki, globulki. Oprócz typowych preparatów leczniczych z propolisem produkowane są również miody z dodatkiem propolisu.

dr n. farm. HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA

KREW Z SERCA CESARZA

Rokitnik zwyczajny – roślina o dużym potencjale

Rokitnik zwyczajny (*Hippophae rhamnoides L.*) to roślina zawierająca składniki biologicznie aktywne głównie w owocach, ale i w korze, liściach, kwiatach, a nawet korzeniach. Jest krzewem liściennym i dwupiennym, należącym do rodziny rokitnikowatych (*Elaeagnaceae*). Występuje głównie w Europie, na Syberii, w Azji Środkowej, Chinach i Mongolii.

Do Polski krzewy sprowadzone zostały przez polskich zesłańców z Syberii pod koniec XIX wieku. Od tamtej pory rosną w stanie dzikim na wybrzeżu Morza Bałtyckiego. Najbardziej typowym miejscem występowania zaroślin rokitnika na wydmach nadmorskich jest teren rezerwatu przyrody „Mewia Łacha", który znajduje się 25 km na wschód od Gdańska. Sztuczne nasadzenia można spotkać na Półwyspie Helskim.

Pierwszy człon łacińskiej nazwy rokitnika zwyczajnego *hippophae* złożony jest z dwóch greckich wyrazów: *hippos* oznacza „konia", natomiast *phaō* to „blask, lśnić". W starożytnej Grecji zwierzęta, szczególnie konie, karmiono liśćmi i pędami rokitnika.

Najwcześniejsze zapiski na jej temat, pochodzące z VII wieku p.n.e., znajdują się w traktacie medycyny tybetańskiej. Ze źródeł tych wynika, że stosowano rokitnik dla złagodzenia kaszlu, poprawienia krążenia oraz usuwania skrzepów krwi. W mongolskich doniesieniach z XII wieku znajdujemy wzmiankę o ekstrakcie olejowym, nazwanym „krew z serca cesarza", który był stosowane przez wojska Czyngis-chana w celu leczenia ran i jako środek uspokajający.

Substancje obecne w owocach rokitnika biorą udział w uszczelnianiu błon komórkowych, a także regulują poziom cukru we krwi. Biologicznie czynne substancje o właściwościach lipofilnych i hydrofilnych rozmieszczone są w skórce owocu, miąższu i nasionach. Opracowany sposób przetwarzania owoców rokitnika, z podziałem na frakcje lipofilną i hydrofilną pozwolił na stworzenie nowych produktów, takich jak soki, nektary, koncentraty, proszki i syropy. Są to produkty bogate w składniki odżywcze i aktywne biologicznie (witamina C, karotenoidy, biopierwiastki), wspomagające układ odpornościowy oraz produkty z grupy lipofilnych, takie jak oleosomy czy olej rokitnikowy.

www.stock.adobe.com

Bardzo ważną substancją biologicznie czynną owoców jest kwas askorbinowy. Niektórzy autorzy podają, że owoce rokitnika mają więcej witaminy C niż pomarańcze i cytryny. Ciekawostką jest fakt, iż w owocach nie stwierdzono enzymu askorbinazy, powodującego utlenianie i rozkład kwasu askorbinowego. Dzięki temu witamina C w owocach rokitnika dość długo się zachowuje, nawet po ich wysuszeniu. Najwięcej witaminy C jest w skórce owoców, dlatego nie należy jej usuwać w trakcie przetwarzania.

Do zbioru owoców przystępuje się z chwilą, kiedy nabiorą barwy pomarańczowej lub złocistej. Zbiór jest trudny i bardzo pracochłonny ze względu na ciernie. Owoce można zbierać w różny sposób: przez otrząsanie, osmykiwanie i ścinanie gałązek. O smakowitości owoców rokitnika decyduje zawartość cukrów i kwasów organicznych. Z przeprowadzonych badań wynika, że ponad 90% kwasów organicznych stanowią kwasy jabłkowy, cytrynowy i chinowy. Typowy cierpki smak powodowany jest wysoką zawartością kwasu jabłkowego, natomiast smak ściągający związany jest z obecnością kwasu chinowego.

Owoce rokitnika stanowią wyjątek wśród owoców drzew i krzewów jagodowych, gdyż w ich miąższu zgromadzona jest znaczna ilość lipidów w postaci kuleczek, tzw. oleosomów. Intensywną barwę owoców rokitnik zawdzięcza obecności betakarotenoidów. Na podstawie dotychczasowych badań można stwierdzić, że owoce rokitnika są bogatym źródłem betakarotenu, którego jest w nich więcej niż w owocach i warzywach tradycyjnie uważanych za bogate źródło tego związku.

Obecnie trwają badania nad wpływem substancji biologicznie czynnych występujących w rokitniku na zdrowie człowieka oraz jego potencjalne zastosowanie jako rośliny leczniczej. Substancje te bada się pod względem działania przeciwulteniającego i przeciwnowotworowego, właściwości kardioochronnych i przeciwmiażdżycowych (dzięki obecności flawonoidów oraz NNKT), działania hepatoochronnego (badano wpływ ekstraktów z liści i nasion), przeciwbakteryjnego i przeciwwirusowego (głównie związki polifenolowe). Olejowy wyciąg z rokitnika stosowany jest w ostrych i przewlekłych stanach zapalnych jamy ustnej i gardła, wykazując działanie antyseptyczne, przeciwzapalne i immunostymulujące. Pojawiły się preparaty z olejem z rokitnika (na przykład Olit. Larimax T.).

Miejscowe stosowanie oleju z rokitnika wpływa w dużym stopniu na proces gojenia się ran, zwiększając syntezę kolagenu. Maść z rokitnikiem na otarcia Gorvity znajduje zastosowanie w dermatologii, w leczeniu łuszczycy, atopowego zapalenia skóry i trądziku. Kwas linolowy występujący w rokitniku odgrywa znaczącą rolę w skórze. Wzmacnia barierę lipidową naskórka w suchej skórze i chroni przed transepidermalną utratą wody. Jest naturalnym składnikiem sebum, stąd zastosowanie w leczeniu trądziku.

Olej z rokitnika sprawdza się w kosmetologii. Jest składnikiem preparatów przeznaczonych do pielęgnacji skóry dojrzałej, suchej i wrażliwej. Najczęściej występuje w produktach przeciwzmarszczkowych i przeciwstarzeniowych, ponieważ jest doskonałym przeciwutleniaczem. W aptece można dostać krem rokitnikowy produkowany przez firmę Ziołolek. Olej z rokitnika znalazł także zastosowanie w kosmetykach do pielęgnacji ciała i włosów w postaci balsamów, szamponów, mleczek

www.stock.adobe.com

itp. Jego obecność w szamponach i odżywkach do włosów powoduje wzmocnienie struktury włosa oraz przywraca ich elastyczność i gładkość.

W mniejszym stopniu niż w przemyśle kosmetycznym i farmaceutycznym owoce rokitnika są wykorzystywane przez przemysł spożywczy. Na polskim rynku zaczynają pojawiać się konfitury, dżemy i nektary. Są również używane do wyrobu likierów, nalewek i win. Ze względu na intensywny kwaśny, cierpki smak i lekką goryczkę rokitnika łączy się w przetworach z innymi owocami. Badano akceptowalność dżemów i nektarów z rokitnikiem. Najwyżej oceniono dżemy rokitnikowo-agrestowy i rokitnikowo-malinowy. Wśród nektarów najbardziej akceptowano nektar bananowo-rokitnikowy i marchew–jabłko–rokitnik.

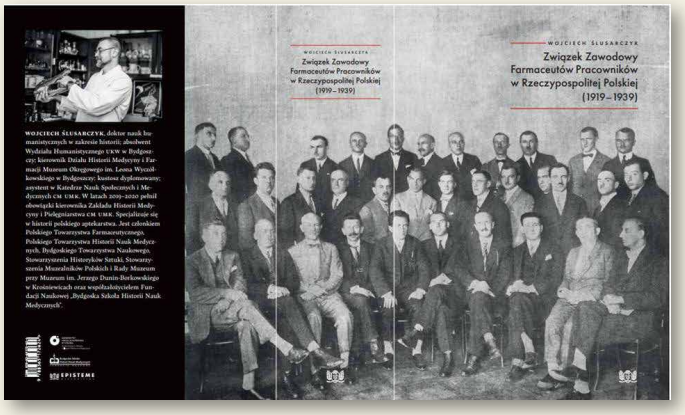
Niewielkie wymagania glebowe, przystosowanie do umiarkowanego klimatu oraz wysoka wartość odżywcza i lecznicza to czynniki zachęcające do uprawy rokitnika zwyczajnego w Polsce.

dr n. farm.
HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA
Kierownik apteki ogólnodostępnej w Świnoujściu.

Związek Zawodowy Farmaceutów Pracowników w RP (1919–1939)

W okresie dwudziestolecia międzywojennego najważniejszymi organizacjami farmaceutycznymi w Polsce były Związek Zawodowy Farmaceutów Pracowników w Rzeczypospolitej Polskiej (ZZFP) oraz Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne (PPTF). Pierwsza z nich była jednolitym związkiem zawodowym, zrzeszającym wykwalifikowany personel aptek. Druga – federacją organizacji skupiających głównie właścicieli aptek. ZZFP utworzono w listopadzie 1919 r. z połączenia organizacji już istniejących – warszawskiego Towarzystwa Wzajemnej Pomocy „Farmacja" i krakowskiego Towarzystwa Farmaceutów „Unitas". Celem statutowym ZZFP było bronienie materialnych, moralnych i prawnych interesów farmaceutów pracowników. Statut zakładał też dążenie do poprawy całokształtu spraw zawodowych.

Monografia „Związek Zawodowy Farmaceutów Pracowników w RP (1919–1939)" dra Wojciecha Ślusarczyka, wydana w 2020 r. przez Wydawnictwo EPISTEME, która ukazała się w 101 lat po powstaniu ZZFP, jest w zamyśle autora możliwie kompletnym kompendium na temat tego największego zrzeszenia farmaceutycznego w międzywojennej Polsce oraz realiów jego funkcjonowania. W toku badań związek ukazał się jako organizacja dynamiczna – reagująca na zmienną sytuację gospodarczą i polityczną, ewoluująca, przeżywająca kryzysy, z których jednak wychodziła wzmocniona. Jej działalność przyniosła bez wątpienia wiele korzyści polskiemu



środowisku farmaceutycznemu, zwłaszcza pracownikom aptek. Być może powstanie podobne, obszerne opracowanie, poświęcone PPTF i skupionym w nim pracodawcom.

Autorem monografii jest Wojciech Ślusarczyk, doktor nauk humanistycznych w zakresie historii, absolwent Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Kazimierz Wielkiego, kustosz dyplomowany, kierownik Działu Historii Medycyny i Farmacji Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy, asystent w Katerze Nauk Społecznych i Medycznych Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

EUGENIUSZ JAROSIK

prof. dr hab. ILONA KACZMARCZYK-SEDLAK
mgr farm. ZBIGNIEW SKOTNICKI

SKARBY ORIENTALNEJ APTEKI

Surowce tradycyjnej medycyny chińskiej polecane w trakcie leczenia ciężkich schorzeń płuc, w poważnym osłabieniu, anemii oraz podczas rekonwalescencji po długich i wyniszczających chorobach.

Wykorzystanie racjonalnej wiedzy zgromadzonej w systemach medycznych Orientu wymaga wprowadzenia kilku pojęć.

www.stock.adobe.com

Pierwszym z nich jest **wzorzec** choroby (syndrom), definiowany zbiorem objawów, a więc zaistniałych w rzeczywistości faktów, charakterystycznych i niepowtarzalnych jako zbiór, ale pojawiający się na tyle często, aby uznać go za odrębny, nadając mu nazwę i ustalając schemat postępowania.

Najlepszym przykładem są choroby zakaźne, gdzie fakt wniknięcia do organizmu określonego patogenu i wywołania przez niego kilku objawów (gorączka, ból, wysypka) daje prawo do wyodrębnienia jednego, niepowtarzalnego zbioru i nazwania go na przykład grypa, gruźlica, rzęsistkowica. Elementem stałym jest potwierdzona badaniem obecność drobnoustroju, zaś dynamicznym cała gama objawów nieswoistych wraz z ich natężeniem. Medycyna zachodnia dąży do tworzenia jak najmniejszych zbiorów faktów, dzięki czemu leczenie jest w miarę możliwości skupione na likwidowaniu czynnika etiologicznego, a potem usuwaniu objawów towarzyszących. Nie inaczej jest w ajurwedzie i TCM (tradycyjna medycyna chińska), z tą różnicą, że nacisk kładzie się na spojrzenie holistyczne, obejmujące całą dynamikę procesu chorobowego, stanu pacjenta, a nawet wpływu środowiska, w którym przebywa. Właśnie to całościowe spojrzenie często decyduje o powodzeniu leczenia. Dlatego zapoznając się z opisami chorób i surowców leczniczych innych systemów należy pamiętać, że za każdym użytym tam terminem

www.stock.adobe.com

stoi zbiór faktów. Fakty te jako objawy, czynniki etiologiczne, wyniki badań obrazujące stan organizmu w opisie pacjenta oraz właściwości lecznicze w opisie leków są wspólne. Charakterystyka substancji leczniczej opiera się również na takich zbiorach pojęć, a pod nazwami kryją się informacje możliwe do wykorzystania niezależnie od systemu medycznego. Należy jedynie poznać konotację tych określeń, poddając analizie i wydobywając poszczególne fakty.

W niniejszym artykule przybliżono bardzo skrótowo surowce TCM, które można, a nawet należy łączyć w kompozycje polecane w trakcie leczenia ciężkich chorób płuc, w poważnym osłabieniu, wychudzeniu, anemii oraz podczas rekonwalescencji po długich i wyniszczających chorobach czy onkoterapii.

Korzeń dzwonkowca kosmatego – *Codonopsis radix* FP XI, dangshen – surowiec neutralny, co oznacza, że w opisie jego działań brak informacji o wyraźnym działaniu zarówno przeciwzapalnym i przeciwgorączkowym (leki ochładzające i zimne), jak i silnie pobudzającym, katabolicznym, hypertonicznym, rozgrzewającym (surowce ocieplające i gorące). Smak, jako wypadkowa składu chemicznego, jest określony jako słodki. Surowce takie wykazują działanie odżywce, wzmacniające, regenerujące i tonizujące, od prostego działania węglowodanów (stąd nazwa tego wzorca składu) po efekt anaboliczny saponin czy sterydów. W farmakopei chińskiej PPRC 2005 zamieszczono informację: „Uzupełnia Qi środka,

KORZEŃ DZWONKOWCA

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

ATRACTYLODIS

szczególnie śledziony. Stosowany w osłabieniu Qi śledziony i płuc, braku apetytu, kaszlu palaczy, osłabieniu ogólnym" [2]. Pojęcie środka (środkowy ogrzewacz, centrum) i śledziony odnosi się do procesów trawienia i asymilacji, funkcji trzustki, krwi i układu krwiotwórczego (głownie krzepliwości) oraz częściowo nadnerczy, związanych z pracą mięśni, wydolnością fizyczną i intelektualną. Natomiast „płuca" lub obieg płuc ma znacznie szersze konotacje, poza funkcją oddechową narządu również odporność, stan skóry, gospodarkę wodno-elektrolitową i termoregulację. W tradycyjnej medycynie chińskiej korzeń dzwonkowca jest zalecany jako tańszy, ale równie wartościowy zamiennik żeń-szenia.

www.stock.adobe.com

KORDYCEPS

Kłącze pochrzynu chińskiego – *Dioscoreae oppositifoliae rhizoma* FPXI, shanyao – surowiec ten jest neutralny, słodki, tonizuje Qi oraz Yin obiegu płuc, śledziony i nerek. Rozszerzając te pojęcia, należy rozumieć, że surowiec ma działanie wzmacniające i tonizujące (słodki, neutralny), normalizuje i usprawnia procesy biochemiczne zebrane w trzy najistotniejsze zbiory funkcji fizjologicznych organizmu, przez co przyczynia się do poprawy procesów wchłaniania, normalizuje gospodarkę węglowodanami i elektrolitami łącznie z gospodarką hormonalną (obiegi nerek i płuc). Pomaga w regeneracji dróg oddechowych, wzmacnia siłę mięśni, znosi zmęczenie (obieg śledziony), usprawnia wymianę gazową, zwiększa odporność (obieg płuc), ma także istotne znaczenie w prewencji przeciwnowotworowej. Zabezpiecza esencję (dosł. Jing), której opis (zbiór faktów) pokrywa się z pojęciem materiału genetycznego i zdolności rozrodczych, choć jest znacznie szerszy. Jakość „esencji", którą można jedynie chronić, decyduje o szybkości starzenia się i chorobach wieku podeszłego. W połączeniu z informacją o wzmocnieniu Qi obiegu nerek pozwala wyciągnąć wniosek, że będzie to surowiec dający nadzieję osobom obu płci w staraniach o dziecko, szczególnie w późniejszym wieku, spowalniający i łagodzący choroby wieku starczego oraz regenerujący organizmu po ciężkich chorobach. Oczywiście należy również zapoznać się pełną charakterystyką i składem chemicznym. Dawkowanie 15-30 g na dobę [1].

Kłącze pochrzynu japońskiego – *Dioscoreae nipponicae rhizoma* FPXI, chuanshanlong, zalecany w dawkach 9-15 g [1]. Surowiec ten rozprasza wiatr i eliminuje wilgotność-wiatr, bolesną niedrożność z drętwieniem ciała i skóry oraz trudności w zginaniu i prostowaniu stawów. W nowszych opracowaniach TCM skrócony opis informuje, że surowiec ten „leczy kaszel, reumatoidalne zapalenie stawów, ból artretyczny dużych stawów spowodowany chorobą zwyrodnieniową; niestrawności, uszkodzenia w przebiegu malarii; urazy spowodowane upadkiem lub skręceniem; owrzodzenia i obrzęki". Jest więc surowcem o działaniu przeciwbólowym, przeciwobrzękowym i wzmacniającym.

W FP XI zamieszczono również dwa atraktylodesy: **kłącze atraktylodesu chińskiego i kłącze wielkogłówkowego**. Pierwszy z nich, *Atractylodis lanceae rhizoma* FP XI, cangzhu – to surowiec o smaku gorzkim i ostrym, charakterze termicznym ciepłym i działaniu skierowanym na

www.stock.adobe.com

KORDYCEPS

obieg śledziony i żołądka, usuwający dolegliwości określane jako zimno i wilgotność. W tym miejscu należy wyjaśnić wygodę w posługiwaniu się pojęciem zbiór faktów. Otóż wychodząc od najprostszego skojarzenia wpływu zimna i wilgoci na organizm, można domniemywać, że skoro jako surowiec „ciepły" pomaga w skutkach wychłodzenia, a że działa na procesy trawienia i wchłaniania, będzie przydatny w chorobach z objawami od niestrawności i zalegania/nietolerancji, szczególnie zimnych pokarmów, przez nudności, wymioty, biegunki po ciężkie osłabienie powstałe na skutek chemioterapii i radioterapii, nużliwość mięśni, stany zapalne skóry i wychudzenie. Również w leczeniu fibromialgii, a pomimo że jest surowcem wyraźnie ciepłym, gorączka nie jest przeciwwskazaniem do jego stosowania. W badaniach wykazano, że podobnie do omeprazolu hamuje pompę protonową oraz wzmacnia działanie leków przeciwcukrzycowych – pochodnych sulfonylomocznika i insuliny.

- **Kłącze atraktylodesu wielkogłówkowego** – *Atractylodis macrocephalae rhizoma* FP XI, baizhu – surowiec słodki i gorzki, ciepły, którego składniki czynne wpływają na procesy w obiegu śledziony i żołądka podobnie jak poprzedni. Ze względu na smak słodki jest surowcem adaptagennym, bardzo przydatnym w rekonwalescencji. Wykazuje też działanie hepatoprotekcyjne, przeciwcukrzycowe, przeciwnowotworowe i uspokajające. Dawkowanie 6-12 g [1].
- Jednym z ciekawszych surowców jest **kordyceps**, *Ophiocordyceps sinensis*, grzyb pasożytujący na larwach owadów. Działanie według TCM: tonizuje nerki, wzmacnia Yang i esencję (Jing), odżywia Yin obiegu płuc, przekształca śluz, hamuje krwawienia. Wzorzec patologiczny o nazwie „śluz" zawiera wiele elementów chorób przemiany materii i chorób nowotworowych. Połączenie w jednym surowcu właściwości wzmacniających i regulujących procesy biochemiczne (wzorzec *Yang*), chroniących przed starzeniem i degeneracją organizmu (wzorzec Jing) oraz wyraźnie regenerujących (wzorzec *Yin*) uzasadnia jego wysoką cenę. Na podkreślenie zasługuje także duża skuteczność tego surowca. Ze względu na to, że obecnie pozyskuje się go wyłącznie drogą biosyntezy, na razie nie ustalono dokładnych wymagań farmakopealnych, często też bywa fałszowany. Dawkowanie 3-9 g [1].

W kolejnym artykule przyjrzymy się ziołom przydatnym w leczeniu przewlekłego bólu i choroby reumatycznej.

prof. dr hab.
ILONA KACZMARCZYK-SEDLAK
Kierownik Katedry Farmakognozji i Fitochemii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

mgr farm.
ZBIGNIEW SKOTNICKI
Kierownik apteki w Myszkowie.

PIŚMIENNICTWO:
[1] Kaczmarczyk-Sedlak I., Skotnicki Z., *Leksykon naturalnych surowców leczniczych*, Kraków 2018. Dawkowanie w oparciu o *Pharmacopoeia of the People's Republic of China 2015*.
[2] *Pharmacopoeia of the People's Republic of China 2005*, s. 199, tłumaczenie Z. Skotnicki.

mgr GABRIELA FRISCHKE

MUZEUM NA SZLAKU WODY

HISTORIA BYDGOSKIEJ APTEKI „POD ŁABĘDZIEM"

Apteka „Pod Łabędziem" przy ul. Gdańskiej 5 w Bydgoszczy powstała w połowie XIX wieku. 27 grudnia 1853 r. Constantin August Mentzel uzyskał koncesję na jej założenie i była to trzecia apteka w Bydgoszczy (po aptece „Pod Złotym Orłem" i aptece „Pod Czarnym Orłem", później „Pod Niedźwiedziem"). Obok budynku założono ogród roślin leczniczych, które wykorzystywano w aptece. W latach 60. XIX wieku, wpisując się w panującą modę, reklamowano aptekę jako homeopatyczną. Kolejnym właścicielem lokalu został syn Constantina Augusta, Hugo Albert. Można przypuszczać, że powstało wówczas laboratorium galenowe, służące do wytwarzania leków z produktów pochodzenia roślinnego, zwierzęcego oraz z minerałów.

Apteka należała do Mentzlów przez ponad 40 lat. W 1895 r. jej nowym właścicielem został Alfred Jacob. Prawdopodobnie to on zakupił po 1900 r. tabletkarkę firmy Fritz Kilian, która szczęśliwie zachowała się do chwili obecnej. W latach 1905-1916 przyjął on do spółki Henryka Warszawskiego. Aptekarze rozstali się jednak szybko przez spór na tle finansowym. W 1909 r. Jakob przeprowadził przebudowę kamienicy aptecznej. Architekt Rudolf Kern zaprojektował północne skrzydło i nową fasadę, a ogród roślin leczniczych przeniesiono na tył posesji. W roku 1923 Jacob przyjął do spółki Brunona Kazimierskiego, który był jednocześnie właścicielem drogerii „Pod Łabędziem", funkcjonującej obok apteki. W roku 1932 Brunon Kazimierski został jedynym właścicielem interesu. Apteka działała również podczas II wojny światowej. Kazimierski opowiedział się wówczas po stronie niemieckiej i zmienił polskie nazwisko na Kalten. Kiedy na początku 1945 r. do Bydgoszczy zbliżała się Armia Czerwona, Kalten opuścił aptekę i uciekł na zachód.

W momencie wyjazdu Brunona Kaltena apteka była dobrze zaopatrzona w niemieckie leki, dlatego ważne było szybkie wznowienie jej działania. Przez krótki czas po wojnie w laboratorium produkowano maści, nalewki, leki przeciwgrypowe, a nawet witaminę C. W latach 1945-1948 r. aptekę dzierżawił mgr farm. Henryk Kowalewski. Następnie apteka „Pod Łabędziem" przeszła pod zarząd Zjednoczonych Aptek Społecznych

APTEKA W LATACH SIEDEMDZIESIĄTYCH XX WIEKU

MGR JAN JANISZEWSKI W LABORATORIUM GALENOWYM (1939-1945)

w Warszawie, a jej nowym kierownikiem został mgr farm. Tadeusz Kalinowski, który w 1950 r. poszerzył lokal apteki o drogerię. Apteka straciła wtedy swoją nazwę, zyskując miano Apteki Społecznej o numerze 39. W latach 60. XX wieku apteką kierowała mgr farm. Janina Majewska, a jej zastępcą była mgr farm. Łucja Wachowska. W 1976 r. zmieniono ogólnopolską numerację aptek, a Aptece Społecznej nr 39 nadano nowy numer 09-011.

Na przełomie lat 60. i 70. XX wieku doszło do gruntownego remontu apteki. Na zapleczu lokalu urządzono nowoczesne pomieszczenia szkoleniowe z pracownią mikrobiologiczną, pracownią do szkoleń z aseptycznego przyrządzania leków oraz pokój seminaryjny. Frontową część lokalu o dużej powierzchni podzielono na mniejsze pomieszczenia, dzięki czemu powstała nowa izba ekspedycyjna, nowoczesna receptura, hol i pokój kierownika. Oprócz tego w aptece funkcjonowały: magazyn tabletek, biuro, pokój socjalny, zmywalnia, węzeł sanitarny oraz piwnice. Nienaruszone zostało jedynie laboratorium galenowe, które potraktowano jako ciekawostkę dla farmaceutów oraz osób przyuczających się do zawodu.

W 1971 r. kierownikiem apteki została mgr farm. Wachowska. Stan powyższy utrzymał się do momentu transformacji ustrojowej. W latach 80. XX wieku istnienie apteki zostało zagrożone przez działalność kierownika księgarni „Współczesnej". Chciał on bowiem zlikwidować aptekę i pozyskać jej lokal na cele księgarskie. W jej obronie stanęła mgr farm. Łucja Wachowska, a także pacjenci. Na szczęście udało się ocalić aptekę, jednak nad jej tylną częścią dobudowano piętro na potrzeby „Współczesnej". W wyniku tej zmiany zamurowano świetlik znajdujący się w suficie laboratorium galenowego, na zawsze pozbawiając go światła dziennego.

30 października 1990 r. apteka została wykupiona przez mgr farm. Łucję Wachowską, mgr farm. Danutę Kośmider i mgr farm. Bartłomieja Wodyńskiego. Spółka istniała do 2003 r. W tym samym roku, z okazji 150-lecia istnienia apteki, Bartłomiej Wodyński otworzył na zapleczu apteki prywatne Muzeum Farmacji Apteki „Pod Łabędziem". Muzeum cieszyło się sporą popularnością. Prezentowano w nim oczywiście laboratorium galenowe, ale także recepturę, zaaranżowaną zielarnię, bogatą bibliotekę, a korytarz wykorzystano do celów wystawienniczych. Pasja kolekcjonerska Bartłomieja Wodyńskiego zaowocowała stworzeniem imponującego zbioru eksponatów związanych z historią farmacji oraz medycyny, jednak z czasem zaczęło brakować miejsca do przechowywania kolekcji i jej odpowiedniej prezentacji.

W 2017 r. zamknięto aptekę wraz z muzeum, a ponad 7 tys. muzealiów dzięki dotacji celowej Urzędu Miasta Bydgoszczy zakupiło Muzeum Okręgowe

IZBA EKSPEDYCYJNA (PIERWSZA POŁOWA XX WIEKU)

im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy (dalej MOB). Sam lokal apteki, na zasadzie wieczystej dzierżawy, również dostał się pod opiekę MOB. W zbiorach można wyodrębnić następujące zespoły: naczynia recepturowe, moździerze, wagi, sprzęt laboratoryjny, meble apteczne, druki i dokumenty o tematyce farmaceutycznej i lekarskiej, opakowania na leki, pocztówki z wizerunkami aptek oraz utensylia medyczne.

Obecnie trwają intensywne przygotowania do remontu apteki „Pod Łabędziem". Zakupioną kolekcję zinwentaryzowano, starannie spakowano, a następnie przewieziono do magazynu. Jednocześnie opracowano scenariusz wystawy stałej, na której zostanie zaprezentowana kolekcja po ponownym otwarciu apteki. Będzie to jedna z większych wystaw MOB, bowiem scenariusz objął około 1200 eksponatów. W celu uzyskania autentyczności zabytkowych pomieszczeń, multimedia zostaną ograniczone do minimum.

Wystawa zostanie podzielona na cztery części. W pierwszym pomieszczeniu, czyli dotychczasowej izbie ekspedycyjnej, będzie można zapoznać się z dziejami bydgoskiego aptekarstwa (XVI-XX wieku). W gablotach zostaną umieszczone obiekty pochodzące z bydgoskich aptek, takie jak: naczynia z przełomu XVIII i XIX wieku (z wykopalisk archeologicznych dr. Wojciecha Siwiaka), butelki, moździerze, puszki na zioła, opakowania na leki, etykiety, fotografie, rachunki itp. W tej części zostaną ukazane również dzieje przemysłu farmaceutycznego w Bydgoszczy, za pomocą eksponatów pochodzących z Fabryki Kosmetycznej „Halina" oraz Hurtowni i Wytwórni Drogeryjno-Aptecznej „Hadroga".

Drugim pomieszczeniem wystawy będzie dawna izba ekspedycyjna. Do 2017 r. była ona podzielona na dwie części – nowoczesną (większą) i zabytkową (mniejszą), w której stały meble z przełomu XIX i XX wieku, pochodzące z apteki „Pod Łabędziem" w Toruniu, a sprowadzone do Bydgoszczy w latach 90. XX wieku W ramach wystawy zabytkowa izba zostanie zachowana w tym samym miejscu, umożliwiając zwiedzającym „wejście do starej apteki". Na ladzie głównym elementem będzie niemiecka kasa fiskalna „National" oraz zabytkowa waga. Na regałach zostaną umieszczone butelki i puszki apteczne oraz opakowania na leki z początku XX wieku – tzw. osobliwki.

Trzecią częścią ekspozycji będzie izba recepturowa pochodząca z przełomu lat 60. i 70. XX wieku. Zostanie ona umieszczona w pomieszczeniu dawnej zielarni, która ulegnie likwidacji. Znajdą się w niej oryginalne loże recepturowe z wyposażaniem, na które składają się naczynia recepturowe oraz wagi apteczne i inne przyrządy.

> W 1990 roku Bartłomiej Wodyński otworzył na zapleczu apteki prywatne Muzeum Farmacji Apteki „Pod Łabędziem"

Ponadto w izbie znajdować się będą: regał na puszki z korkami, uchylona szafka na trucizny, biurko do opisywania butelek z pieczątkami oraz loża aseptyczna. W celu uzyskania efektu autentyczności powyższe wyposażenie będzie prezentowane bez użycia gablot, zwiedzający będą mogli zajrzeć do pomieszczenia z wrażeniem, że farmaceuta przerwał na chwilę pracę.

Główną częścią wystawy będzie oczywiście oryginalne laboratorium galenowe, które stanowi ewenement w Polsce. Zwiedzający będą mogli zobaczyć napędzaną parą linię produkcyjną, tabletkarkę firmy Fritz Kilian oraz oryginalne meble. Pomocne w aranżacji tego pomieszczenia są katalogi firm produkujących naczynia i sprzęt laboratoryjny z pierwszej

Tomasz Czachorowski

połowy XX wieku. Na regałach i blatach zostaną umieszczone zabytkowe naczynia oraz przyrządy apteczne.

W zabytkowej aptece przewidywana jest także strefa edukacyjna, tzw. eksperymentatorium. Odbywać się tam będą warsztaty, prelekcje oraz spotkania.

Ponadto, z inicjatywy Bydgoskiego Centrum Organizacji Pozarządowych i Wolontariatu, na podwórzu kamienicy przy ul. Gdańskiej 5 zostanie założony ogród, podzielony na dwie części – przestrzeń społeczną oraz przestrzeń roślin leczniczych. W przestrzeni roślin leczniczych zostaną posadzone zioła o działaniu leczniczym. Pozwoli to nie tylko na upamiętnienie dawnego ogrodu, ale też wzbogaci to ofertę edukacyjną apteki.

Od momentu powstania prywatnego Muzeum Farmacji Apteka „Pod Łabędziem" należy do bydgoskiego Szlaku Wody, Przemysłu i Rzemiosła TeH_2O. Po przejęciu kolekcji przez MOB nadal pozostaje na liście obiektów Szlaku.

Kolekcja stale się rozrasta dzięki hojności darczyńców. Wśród najciekawszych nowych nabytków należy wymienić ofiarowane przez dr Jolantę Domaniewską pamiątki po profesorze Janie Domaniewskim, słynnym patomorfologu i założycielu Akademii Medycznej w Bydgoszczy (obecnie Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu) oraz związanym z Zakładem Patologii Nowotworów zlokalizowanym w bydgoskim Centrum Onkologii, a także zbiór preparatów farmakognostycznych podarowanych MOB przez Mateusza Danielczyka.

Zdjęcia: Muzeum Okręgowe im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy, archiwum Łucji Wachowskiej

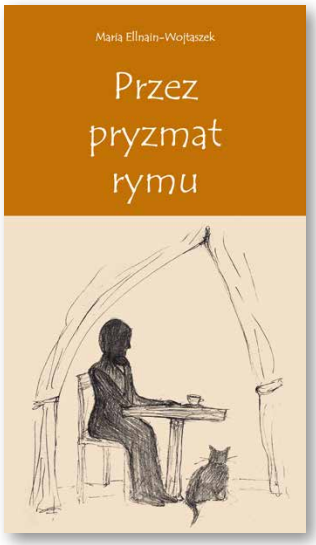
mgr **GABRIELA FRISCHKE**
Doktorantka na Wydziale Historycznym Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Asystent w Dziale Historii Medycyny i Farmacji Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy. Od 2020 r. prezes Zarządu Fundacji Naukowej „Bydgoska Szkoła Historii Nauk Medycznych". Specjalizuje się w historii medycyny i farmacji oraz historii kultury i obyczajowości nowożytnej Polski, szczególnie drugiej połowy XVIII wieku.

EUGENIUSZ JAROSIK

LEK NA MELANCHOLIĘ

„Przez pryzmat rymu" – jedenasty tomik wierszy Marii Ellnain-Wojtaszek, poznańskiej poetki i farmaceutki

Kruchość i ulotność życia, zachwyt nad jego nieprzemijającym pięknem, ale i niepewność, jakiej doświadczamy szczególnie silnie w czasach ogólnoświatowej epidemii, stają się tworzywem poetyckiej refleksji Marii Ellnain-Wojtaszek, poetki pochylającej się nad ludzkimi sprawami, która patrzy „sercem, co wszystko rozumie" („Widziane inaczej") i potrafi przebaczać „krzywdy wyrządzone" („Przebaczyć znaczy – zapomnieć").



Rozgwieżdżone niebo to temat do kontemplacji w wierszu „Gwiazdy i ludzie". Widok milionów gwiazd na granacie nieba przenosi nas do granic ludzkiej wyobraźni, jakby chciał nam wykrzyczeć, że celem ostatecznym człowieka jest coś, co leży poza obszarem naszej planety, dokąd „dusza ulatuje". Ale póki śnimy i rankiem otwieramy oczy, by podziwiać dzieło Stwórcy, górskie potoki, Dolinę Białego, Morskie Oko, „gdzie się kąpią chmury", możemy żyć wspomnieniami, bo „tęsknoty za tym, co dusza widziała", na zawsze zostają w myślach i sercu („Tatry urokliwe"). Wspomnienia to jedyny dar znoszący próbę czasu. W jesieni życia nieodłączną siostrą tęsknoty jest samotność. Poetka dostrzega jej zalety, odkrywając, że „czas w samotności – według ciebie płynie" („Zalety samotności").

„W zieleni" to tytuł drugiego rozdziału tomiku „Przez pryzmat rymu". Poetka, która w przeszłości zawodowo zajmowała się farmakognozją i prowadziła w Akademii Medycznej w Poznaniu seminaria z leku roślinnego, potrafi zadumać się nad urodą jarzębiny – prześlicznej jak „młoda dziewczyna, której oblicze rumieńcem się mieni" („Moja jarzębina") – i brzóz, których liście jesienią „równo złotymi się stają" („Brzozy złote i zielone"). Smutek budzi jesień i śmierć świerka srebrnego, który w kąciku ogrodu rósł sobie „cichutko, jak to czynią drzewa" („Śmierć świerka srebrnego"). Radość dają kwiaty, „co ze mną mieszkają": „Sansewieria

Śmierć świerka srebrnego

Posadzili go ludzie w kąciku ogrodu.
Rósł sobie tam cichutko, jak to czynią drzewa.
Wyglądał okazale, srebrny już za młodu,
Rozkładał gałązki, czasem ptak w nich śpiewał,
Czasem wiatr czesał igły swoimi skrzydłami,
Czasem chmury płakały nad świerkiem srebrzystym
Ozdabiając igiełki diamentów kroplami
O tęczowym blasku w promieniu złocistym.
Rósł szczęśliwy i piękny, wyrósł już wysoko,
Kiedy nagle mieszkańcy w domu się zmienili
I nie chętnie spojrzało na świerk ludzi oko,
Nie jak tych co srebrny świerk tu posadzili.
Piłami odcięli gałązki zielone,
A pień smukły co lata w ogrodzie górował
Na drobne kawałki, może przeznaczone
By w kominku ogniem ludziom zabuzował?
Po stracie srebrnego chmury zapłakały,
Zawodziły wichry na nutę żałosną
I wrażliwe serca smutek odczuwały...
Kąt w ogrodzie pusty, tylko trawy rosną.

z dziwnymi liśćmi", „piękna Hoja z liśćmi owalnymi", „Scindapsus z kropkami białymi", „smukła wysoka Szeflera", „mały kaktus co Grudnikiem zwany"... „A ostatni kwiat z nazwy nieznany" – podarowany przez studentów („Moje kwiaty").

W rozdziale „Smutki moje" poetka zgłębia tajemnicę przemijania. Odchodzimy, lecz żyjemy w pamięci tych, którzy nas kochają. „Choć odchodzimy na Pana wołania to pamięć echem w ciszy pozostanie" („Echo pamięci") – pamięć o matce, ojcu – żołnierzu, którego mogiła jest nieznana, mężu, bracie... I wreszcie zaduma nad swoim losem, nad tym, co zostanie: „garstka wspomnień może", „rymy co spisałam", „moje myśli błądzące w przestrzeni..." („Zaduma"), a także troska o to, „kto się zajmie moim kotkiem", „kto pokocha moje kwiaty", „kto odczyta moje myśli" („Przez pryzmat rymu").

Wiersz „Na Twoim świecie" jest afirmacją Bożego planu dla człowieka i zadziwieniem nad wspaniałością dzieła Boga. W innym wierszu zamieszczonym w rozdziale „Dla chwały Pana" poetka wsłuchuje się w mowę Stwórcy, który przemawia do nas „zielenią wiosny", „błękitem nieba", „wiosennym deszczem" i ... ciszą („Mowa Pana"). „Bóg z nami na ziemi, nie – daleki w niebie" – wyznaje autorka tomiku „Przez pryzmat rymu", przeczuwając, że kiedy człowiek zbliża się do Boga, to i Bóg zbliża się do człowieka („W dzień Bożego Ciała"). Bóg szukający człowieka, by wysłuchać jego błagania w czas epidemii, kiedy „śmiercią tysięcy każdy dzień znaczony...". „Miej Miłosierdzie Boże Nieskończony" – oto pełne nadziei i wiary wołanie do Wszechmocnego („Czas epidemii").

„Takie sobie rymowanki" – to ostatni rozdział tomiku. Wiersze na pierwszy roczek Antosi, dla wnuczki Helenki, Damiana – małego przedszkolaka, Iwonki oraz Niny, która „zwierzęta kochała" („Była sobie Nina"). I wiersz ostatni, poświęcony Tymusiowi, leczącemu smutki dnia codziennego („Kotek Tymek").

Dr n. farm. Maria Ellnain-Wojtaszek, farmaceutka (absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu, rocznik 1962), wieloletni nauczyciel akademicki, poetka, urodziła się w Krakowie, ale po studiach zamieszkała w stolicy Wielkopolski. Po obronie pracy doktorskiej w 1970 r. została asystentem, a następnie starszym wykładowcą w Katedrze Farmakognozji poznańskiej uczelni medycznej. Była kierownikiem ćwiczeń

Eugeniusz Jarosik

MARIA ELLNAIN-WOJTASZEK

z farmakognozji, prowadziła prace badawcze z fitochemii, współpracowała z przemysłem zielarskim. Jest autorem książki „Produkty pszczele – cenne leki medycyny naturalnej" (1998) i kilkudziesięciu publikacji z dziedziny zielarstwa.

Dorobek poetycki Maria Ellnain-Wojtaszek powiększył się w tym roku o kolejny zbiór wierszy. Dotychczas ukazały się między innymi tomiki „Przemyślenia z szuflady" (2002), „Jak ulotna mgła" (2004), „Zmienność czasu" (2005), „A ślad pozostanie" (2006), „Kolor nadziei" (2007), „Przez liliowy cień" (2010) czy „W samotności" (2018). „Przez pryzmat rymu" to jedenasty tomik wierszy autorki o niezwykłej wyobraźni i wrażliwości poetyckiej, która podaje nam przyrządzone według własnej receptury liryczne lekarstwo na smutki, na jesienną melancholię, zwątpienie, na chorobę wywołaną przez wirus lęku przed tym, co nieuchronne.

Pogodzona

Polubiłam to co życie daje –
Polubiłam herbaty ziołowe,
Że o różnej godzinie się wstaje,
Że planami nie zaprząta głowę.

Polubiłam tabletek liczenie
I jedzenie w towarzystwie kota,
Nawet czasem komórki milczenie,
Że nie pilna jest żadna robota.

Polubiłam życie na uboczu,
Picie wody całymi szklankami
I nie płyną już łzy z moich oczu,
Tak trzeba...przekonacie się sami.

ks. dr ADAM SIKORA

NIEINSTRUMENTALNA WARTOŚĆ ŻYCIA

Człowiek ma prawo i obowiązek dbać o swoje zdrowie i życie. Jednocześnie ten sam człowiek ma prawo, a inni mają obowiązek to prawo mu zagwarantować.

Życie ludzkie jest wartością podstawową i powinno być chronione. To banalne stwierdzenie jest tak oczywiste, że wydaje się, iż nie wymaga uzasadnienia. A jednak.

Warto się nad tą kwestią pochylić zwłaszcza teraz, kiedy życie ludzkie zagrożone jest w sposób, o którym rok temu myśleliśmy w kategoriach mało prawdopodobnego, teoretycznego scenariusza. Stanęły przed nami nowe zagrożenia, a co za tym idzie – nowe wyzwania. Warto więc przypomnieć najbardziej zasadnicze fundamenty naszego myślenia o życiu ludzkim oraz zauważyć możliwe i uprawnione działania na rzecz jego ochrony.

Wartość ludzkiego życia możemy dostrzegać *a priori* – życie jest wartością, ponieważ jest to życie ludzkie i podlega ono ochronie. Nasza ustawa zasadnicza w artykule 38 stwierdza: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia". Kiedy patrzymy na to zagadnienie w perspektywie etycznej i duchowej, czy wręcz religijnej, trzeba nam spojrzeć na człowieka od strony jego natury i godności. Sobór Watykański II stwierdza: „Człowiek stanowiący jedność ciała i duszy skupia w sobie dzięki swej cielesnej naturze elementy świata materialnego, tak że przez niego dosięgają one swego szczytu i wznoszą głos w dobrowolnym chwaleniu Stwórcy. Nie wolno więc człowiekowi gardzić życiem ciała, lecz przeciwnie, powinien on uważać ciało swoje, jako przez Boga stworzone i mające być wskrzeszone w dniu ostatecznym, za dobre i godne szacunku" (KDK 14). Należy tu zauważyć kilka elementów, które zasadniczo można streścić w pojęcia „prawo" i „obowiązek". Człowiek ma prawo i obowiązek dbać o swoje zdrowie i życie. Jednocześnie ten sam człowiek ma prawo, a inni – w tym społeczeństwo – mają obowiązek to prawo mu zagwarantować.

W tym kontekście szczególną uwagę należy zwrócić na pracę, możliwości, uprawnienia, odpowiedzialność, ale i zagrożenia związane z szeroko pojętą „służbą zdrowia". „Działalność medyczno-sanitarna polega przede wszystkim na służbie i ochronie tej świętości: jest profesją, która broni

www.stock.adobe.com

nieinstrumentalnej wartości życia, które jest dobrem samym w sobie. Życie człowieka pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywczym tchnieniu. Dlatego Bóg jest jedynym Panem tego życia: człowiek nie może nim rozporządzać”[1].

Zasada „nieinstrumentalnej wartości życia” jawi się ze szczególną ostrością w sytuacjach nietypowych, chociażby takich, w jakich obecnie jesteśmy. Pojawiają się bowiem nowe problemy i znaki zapytania. Nie sposób podjąć wszystkich i dogłębnie ich przeanalizować. Zwróćmy uwagę chociażby na dwa tematy: ograniczenia zwyczajnych swobód i działania niestandardowe.

Powszechnie uznawaną zasadą jest poszanowanie praw jednostki ludzkiej. Europejska „Konwencja o ochronie praw człowieka i godności ludzkiej osoby w zakresie stosowania biologii i medycyny” stwierdza: „Interes i dobro ludzkiego bytu winny przeważać nad wyłącznym interesem społeczności i nauki”[2]. Stwierdzenie to odnosi się przede wszystkim do interwencji medycznych, ale chyba można je rozumieć szerzej. A jednak pojawia problem konieczności narzucenia ograniczeń, na przykład w przemieszczaniu się czy uczestniczeniu w zgromadzeniach w czasach pandemii. Ograniczeniem jest również obecnie obowiązek zakrywania nosa i ust.

Nie oceniam skuteczności tych działań. Stawiam pytania o prawo społeczeństwa/państwa do narzucania takich norm obywatelowi. Należy takie prawo uznać – z dwóch zasadniczych powodów. Po pierwsze, są to działania chroniące tego, który jest tym prawem zobowiązany do określonych zachowań. We własnym interesie te ograniczenia trzeba uznać. Po wtóre, w imię solidarności i współodpowiedzialności mamy obowiązek unikania zachowań, które mogą stanowić zagrożenie dla innych, nawet, jeżeli nas to kosztuje… Co do zasady więc należy uznać godziwość i legalność tego typu rozwiązań.

Drugim, bardziej „środowiskowym” dla ludzi związanych

z medycyną zagadnieniem, jest możliwość i godziwość podejmowania działań niestandardowych, wręcz eksperymentalnych. Społeczne emocje budzą informacje o programach badawczych, mających na celu wyprodukowanie szczepionek i leków. Należy sformułować kilka podstawowych zasad dotyczących tego zagadnienia.

Z przytoczonej już zasady o nadrzędności dobra jednostki wynika, że niedopuszczalne są działania, nawet gdyby miały przynieść społeczne dobro, które byłyby naruszeniem bezpieczeństwa i dobra konkretnej jednostki. To nie oznacza całkowitego wykluczenia możliwości podejmowania działań eksperymentalnych, w jakimś sensie ryzykownych. Mamy takie prawo, o ile ryzyko jest odpowiednio skalkulowane z aktualnym zagrożeniem oraz spodziewanym dobrem dla tej jednostki. Oczywiście, koniecznym warunkiem jest wyrażenie swobodnej i świadomej zgody zainteresowanego na podjęcie wobec niego takich działań. Powstaje pytanie o moralne ich uzasadnienie. Św. Jan Paweł II, przemawiając kiedyś do lekarzy, powiedział: „Eksperymentowanie usprawiedliwia się *in primis* dobrem jednostki, a nie kolektywu. Co nie wyklucza jednak, że zachowując troskę o własną integralność, pacjent może w sposób uprawniony przyjąć na siebie pewne ryzyko i w ten sposób wnieść swój udział w postęp medycyny i dobro wspólnoty. (...) Dać coś z siebie samego, w granicach normy moralnej, może stanowić świadectwo wzniosłej miłości i być okazją duchowego wzrostu tak znaczącą, że mogącą zrekompensować ryzyko ewentualnej, nieistotnej szkody fizycznej”[3].

> Życie człowieka pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywczym tchnieniu. Dlatego Bóg jest jedynym Panem tego życia: człowiek nie może nim rozporządzać

To wszystko stawia ludzi związanych z medycyną w szczególnej sytuacji. Z jednej strony daje im to ogromne możliwości działania, które wynikają z dysponowania niezwykłymi narzędziami i wiedzą profesjonalną. Ale z tym wiąże się kwestia odpowiedzialności, ostatecznie odpowiedzialności moralnej, która jest wprost proporcjonalna do możliwości działania i do dóbr, które realizujemy, albo które mogą zostać przez nas naruszone.

Trzeba być realistą i zauważyć, że dzieje się to wszystko w bardzo konkretnym, czasem wręcz brutalnym w swej bezwzględności świecie ekonomii i polityki. Niemniej zawsze trzeba pamiętać o dwóch zasadniczych kwestiach – godności i prawach człowieka, któremu służę oraz o własnej godności i odpowiedzialności, którą trzeba mieć na względzie. Podsumujmy to pierwszym zdaniem z cytowanej już Karty: „Działalność pracowników służby zdrowia jest w pierwszym rzędzie służbą życiu i zdrowiu – podstawowym dobrom osoby ludzkiej. Temu dziełu poświęcają działalność zawodową lub wolontaryjną wszyscy, którzy na różne sposoby są zaangażowani w profilaktykę, leczenie i rehabilitację: lekarze, farmaceuci, pielęgniarki, personel techniczny (...) Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i mu służyć, to znaczy osobie, której nienaruszalna godność i transcendentne powołanie zakorzenione są w głębi samego jej bytu”.

ks. dr **ADAM SIKORA**
Duszpasterz służby zdrowia Archidiecezji Poznańskiej.

PIŚMIENNICTWO:
[1] „Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia”, nr 48; por. Jan Paweł II, „Evangelium vitae”, nr 39
[2] Rada Europy, „Konwencja o ochronie praw człowieka i godności ludzkiej osoby w zakresie stosowania biologii i medycyny”, art. 2
[3] Por. Jan Paweł II, „Evangelium vitae”, nr 63 i 89

dr n. o zdr. LIDIA MARIA CZYŻ

POZNAŃSKA *officina sanitatis*

„Apteka «Pod Złotym Lwem»" na tle krótkiej historii aptekarstwa poznańskiego" – książka Anny Marii Kielak oraz Konstancji i Jana Majewskich

Wydawanie książek w czasie pandemii, a jest to już prawie rok sytuacji nadzwyczajnej, przenosi zainteresowanego czytelnika wyobraźnią do chwil, do jakich wszyscy się przyzwyczailiśmy i jakie uważamy za normalne. Dlatego tak bardzo cieszą opracowania, które przywołują „normalną" właśnie pracę jednej z najsławniejszych aptek, nie waham się napisać, w Polsce, aczkolwiek jest to *officina sanitatis*, będąca symbolem poznańskiego Starego Rynku.

Wydaje się, że człowiek będący w sytuacji poszukiwania pomocy w swych dolegliwościach zdrowotnych uda się przede wszystkim tam, gdzie otrzyma lek w cenie jak najniższej, w sposób jak najszybszy i nie będzie tracił czasu na niepotrzebne negocjacje, w swym mniemaniu konieczne dla zaoszczędzenia pieniędzy i czasu, który też jest swoistą monetą. Ale są też osoby rozmiłowane w historii i tradycji, historii miejsca i tradycji pracy. Chętnie nadłożą drogi i poświęcą czas, aby znaleźć się w miejscu, gdzie nie tylko wyposażenie, wystrój, lecz także dobre słowo tworzą atmosferę dawnych aptek.

ELEONORA I AUGUSTYN KOLSCY

W ostatnich dniach ukazała się wielce ciekawa książka „Apteka «Pod Złotym Lwem» na tle krótkiej historii aptekarstwa poznańskiego", wydana przez Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską w Poznaniu. Autorami tego opracowania są Anna Maria Kielak, M. Konstancja Majewska i Jan Majewski – poznański „klan aptekarski", znany ze

swej działalności zawodowej, społecznej, publicznej, ogólnie rzecz ujmując – obywatelskiej. Treść tego opracowania, podzielona na pięć rozdziałów, zawiera najważniejsze tematy, które zainteresują wszystkich poruszających się w szeroko pojętej dziedzinie historii farmacji i aptekarstwa.

KRYSTYNA FELDMAN I JAN MAJEWSKI NA ZAPLECZU APTEKI „POD ZŁOTYM LWEM"

Na tle krótkiej historii Poznania, miasta wyjątkowego w dziejach naszego kraju, przedstawione zostały krótkie, ale wyczerpujące szkice, dotyczące podstawowych działów pracy poznańskich aptek, aptekarzy i farmaceutów. Począwszy od początków aptekarstwa w Poznaniu, które sięgają XIII wieku, przez dzieje aptek usytuowanych na poznańskim Starym Rynku, autorzy przechodzą do momentów uroczystych w historii miasta. W podrozdziale „Aptekarze w orszakach królewskich w Poznaniu" podkreślają rolę poznańskich mieszczan tego zawodu. Osobnym esejem jest historia aptek klasztornych w mieście od XVII do XIX wieku.

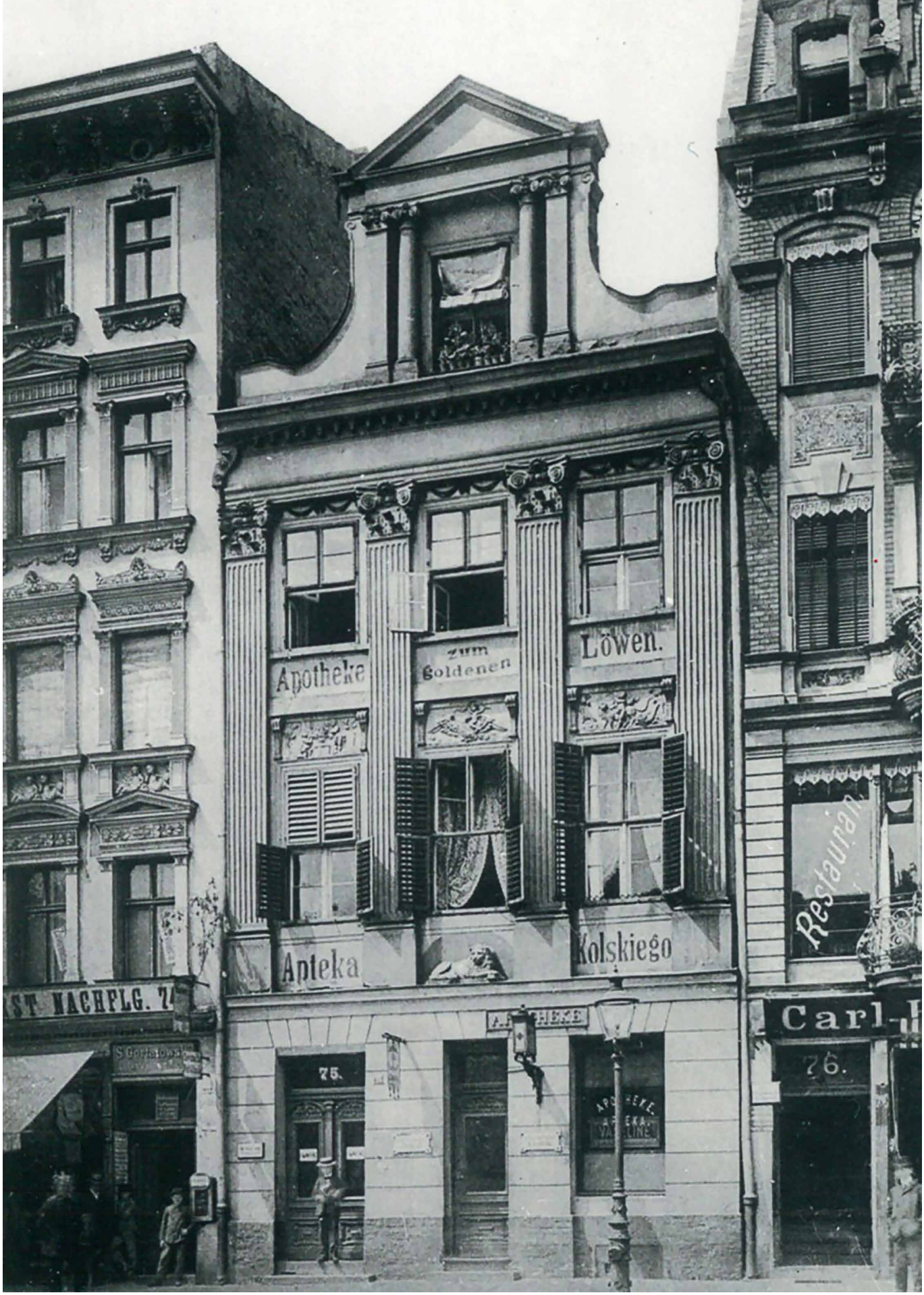
Rozdziały drugi i trzeci poświęcone są podstawowej pracy aptekarza na tle uwarunkowań prawnych przede wszystkim wieku XIX, gdy tereny Wielkiego Księstwa Poznańskiego znajdowały się w jurysdykcji pruskiej. W sposób zwięzły, aczkolwiek bardzo ciekawy, omówiona jest organizacja pracy aptek, uzyskiwanie koncesji, kategorie tychże placówek, uprawnienia wdów i dzieci aptekarskich (prawo wdowie). Bardzo dobrze, że takie tematy zostały poruszone w opracowaniu, które z założenia ma zaistnieć nie tylko w środowisku aptekarskim i wyjaśnić przyczyny kształtowania się skomplikowanego prawa farmaceutycznego przez minione wieki. Pewne zapisy prawne, dotyczące chociażby właśnie prawa spadkobierców, należałoby nawet „podsunąć" tworzącym współczesne prawo w tej dziedzinie, aby skorzystać z przemyśleń dawnych aptekarzy.

W rozdziałach tych przedstawiono również udział aptekarzy w tworzeniu i pracy Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, co było fundamentalną aktywnością w sytuacji zniewolenia polskich środowisk przez państwo pruskie. Czytelnicy książki, którzy oglądali świetny serial historyczny „o najdłuższej wojnie nowoczesnej Europy", z zainteresowaniem zapoznają się z prawdziwą, niefabularną sylwetką doktora Karola Marcinkowskiego, który właśnie w kamienicy, gdzie mieściła się apteka „Pod Złotym Lwem", mieszkał, wykonywał zawód lekarza i współpracował z właścicielami tej apteki – Eleonorą i Augustynem Kolskimi.

Omówiono także w sposób zwięzły udział aptekarzy w tworzeniu studiów farmaceutycznych w Poznaniu, co wcale nie było sprawą oczywistą w pewnym okresie, gdy aptekarz jawił się szeroko pojętemu społeczeństwu bardziej jako kupiec, żeby nie powiedzieć handlarz, a nie wykształcony wielostronnie przedstawiciel zawodu medycznego. Organizacje zrzeszające aptekarzy (które współcześnie też mogłyby czerpać z wiedzy na temat tworzenia, pracy i działalności swych poprzedników w zawodzie) to kolejny temat opracowania, równie ciekawy, jak prawo aptekarskie.

W rozdziale trzecim autorzy przedstawili również udział aptekarzy we wszystkich prawie dramatycznych wydarzeniach w historii naszego kraju, w zrywach, które niejednokrotnie wiązały się z wystąpieniami zbrojnymi. Autorzy podkreślają, że praca aptekarza to nie tylko zaopatrzenie w niezbędne leki i materiały, chociaż to też w wykonaniu „wielkopolańczyków" było perfekcyjnie wykonywane we wszystkich „potrzebach", ale i bezpośredni udział w walkach. Przedstawiono Powstanie Wielkopolskie, wojnę polsko-bolszewicką, udział aptekarzy w II wojnie światowej i ogromne straty środowiska zadane zarówno przez okupantów hitlerowskich, jak i bolszewickich, a także, co rzadko albo nawet wcale do tej pory nie było omawiane, udział i rolę aptekarzy w przebiegu Poznańskiego Czerwca'56.

Rozdział czwarty, zatytułowany „Godło Apteki «Pod Złotym Lwem»", przedstawia historię tego magicznego miejsca od 1710 r. aż po dzień dzisiejszy.

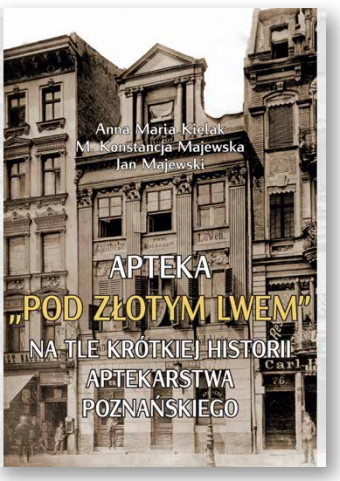

Apotheke
zum goldenen
Löwen.
Apteka
Kolskiego
Restaurant
Carl
75.
76.

KONSTANCJA MAJEWSKA, JAN MAJEWSKI I ANNA MARIA KIELAK

Przez cały okres czynnej pracy apteka nosiła to samo godło.

Ta *officina sanitatis* miała w swej historii momenty wzniosłe – to stąd 28 grudnia 1918 r. flaga biało-czerwona została przeniesiona na poznański ratusz, gdzie po 125 latach niewoli zastąpiła flagę pruską; momenty dramatyczne, jakim był dzień „upaństwowienia" placówek aptecznych; momenty optymistyczne, kiedy ponownie placówka ta znalazła godnych właścicieli, którzy z pełną estymą podeszli do historii miejsca i pracy apteki i gdzie zaczęła się historia tworzenia muzeum farmacji w Poznaniu.

W tak zwanym gabinecie gościnnym gospodarze niejednokrotnie przyjmowali niecodziennych gości. Opowiada o tym podrozdział drugi rozdziału piątego, ilustrowany wieloma wizerunkami gości i gospodarzy przedstawionymi wielorakimi technikami plastycznymi. Jest wśród nich bogaty zbiór ekslibrisów, w tym autorstwa doktora Krzysztofa Kmiecia z Krakowa, nieodżałowanego aptekarza artysty, są akwarele magistra farmacji Wiesława Fuska z Biecza oraz karykatury i fraszki twórców poznańskich.



Jak to dobrze, że są jeszcze wśród nas ludzie, którym nieobca jest sztuka nie tylko czytania, ale także pisania. A opracowania, w których zawarta jest może nie Wielka Historia, ale niejako historia „domowa", są jeszcze cenniejsze, bo każdy z nas jest (a nawet powinien być) świadkiem przemijającego czasu. Etos APTEKARZA to nie tylko nienaganne wykonywanie ściśle pojętych obowiązków zawodowych, chociaż to jest podstawą. Jest to również utrwalanie wizerunku aptekarzy jako ludzi wykształconych w bardzo trudnej dziedzinie znawcy specyfików leczniczych, bez których trudno byłoby nieść pomoc choremu, także ludzi, którzy otwierają się sami i pomagają otworzyć się innym na sztukę nie tylko aptekarską, na historię nie tylko farmaceutyczną, na działalność nie tylko własną, lecz również *Ad maiorem pharmaciae gloriam*.

Zdjęcia: archiwum Jana Majewskiego i Krzysztof Styszyński

dr n. o zdr.
LIDIA MARIA CZYŻ
Przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

MUZEUM FARMACJI

im. prof. W.W. Głowackiego
Wielkopolskiej Okręgowej Izby
Aptekarskiej w Poznaniu

Poznań, al. Marcinkowskiego 11

tel.: **798 195 988**

e-mail: **muzeumfarmacji@woia.pl**

Muzeum czynne jest we **wtorki, środy i piątki od 9:00 do 15:00**

Wstęp bezpłatny

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA