Farmacja Wielkopolska

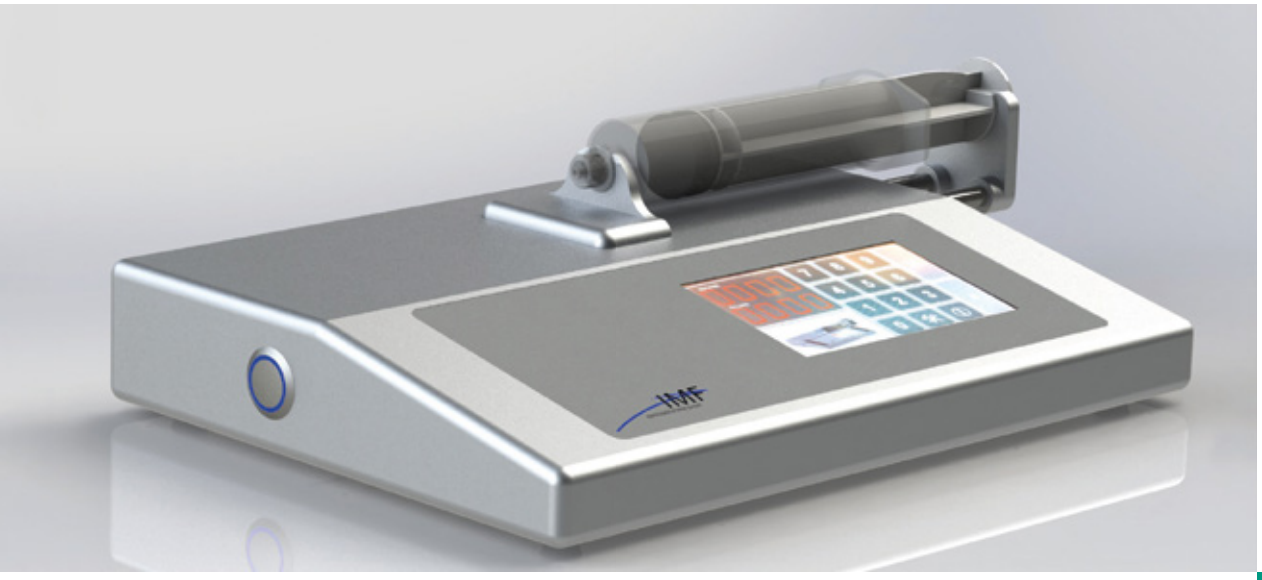
WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 1 (14) styczeń–marzec 2021 • ISSN 2545-2290

Muzyczna apteczka

SIMPLIVIA

B BRAUN
SHARING EXPERTISE



Niech pompa MediMix pracuje dla Ciebie!

MediMix ułatwia przygotowanie roztworów
w aptece w systemie zamkniętym

Oferujemy także system CSTD CHEMFORT™
oraz pompy elastomerowe EASYPUMP®

Aesculap Chifa Sp.z o.o. | www.bbraun.pl | tel. +48 698 657 010 | tel. + 48 600 208 322

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

1951, 1991, 2021

Datami i wydarzeniami pisana jest historia, także historia powojenna zawodu farmaceuty i jego samorządu. Historia ta splata się nierozerwalnie z dziejami naszego kraju.

Epoka stalinowska, po powojennym odrodzeniu się Izb aptekarskich, działających na podstawie ustawy z 1939 r., przyniosła nam w jednym dniu dwie ustawy:

- ustawę o przejęciu aptek na własność państwa z 8 stycznia 1951 r.,
- ustawę o zniesieniu izb aptekarskich z 8 stycznia 1951 r.

Dwa akty prawne w ciągu jednego dnia odbierały aptekarzom odbudowywane ze zniszczeń wojennych z wielkim wysiłkiem własne apteki, które przeszły na własność państwa w procesie nacjonalizacji i jednocześnie samorząd zawodowy. Te dwie ustawy odebrały farmaceuto nie tylko majątek osobisty, warsztat pracy, ale również to, co w tym czasie było nie do przyjęcia przez stalinowską władzę: niezależność zawodową.

Potrzeba było czterdziestu lat i zmian ustrojowych w Polsce, aby właśnie z inicjatywy samych farmaceutów odrodził się samorząd zawodowy, a aptekarze stawali się właścicielami aptek. Często odkupowanych od państwa aptek, które zostały odebrane właśnie w roku 1951. Piękną kartę w tworzeniu tego odrodzonego samorządu zapisali wielkopolscy farmaceuci: mgr farm. Irena Matuszewska – pierwsza prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, dr farm. Danuta Ignyś, mgr farm. Maria Schulz i wielu, wielu innych. Pamiętamy, że to właśnie z inicjatywy tych osób projekt ustawy, przygotowany na podstawie ustawy o izbach aptekarskich z 1939 r., został przekazany do Sejmu przez posła Leonarda Szymańskiego z Poznania i wtedy rozpoczęło się jego procedowanie zakończone sukcesem. Ustawa o izbach aptekarskich została uchwalona 19 kwietnia 1991 r. i na jej podstawie powstały struktury samorządu zawodowego.

Po 30 latach doczekaliśmy się ustawy o zawodzie farmaceuty, która weszła w życie 16 kwietnia 2021 r. – ustawy, która budzi tak wiele nadziei na rozwój nowoczesnej farmacji, ale też sporo obaw. Historia farmacji w Polsce będzie miała nową datę – 16 kwietnia 2021 r. Jakie konsekwencje i jakie wydarzenia będą następstwem tej ustawy? Jak dalece zmieni ona funkcjonowanie farmaceutów w ochronie zdrowia, jak wpłynie na ich pozycję zawodową? Na te pytania odpowie nam historia, której nowe karty zaczynamy pisać już dziś.

Obok innych ciekawych tematów, tymi refleksjami dzielimy się z Państwem na łamach wiosennego numeru „Farmacji Wielkopolskiej", zachęcając do lektury.

spis treści

Antoni Hoffmann

10

Antoni Hoffmann

20

www.stock.adobe.com

52

www.stock.adobe.com

10 Muzyczna apteczka | Rozmowa z **WOJCIECHEM NENTWIGIEM,** dyrektorem Filharmonii Poznańskiej i **ŁUKASZEM BOROWICZEM**, pierwszym dyrygentem gościnnym Orkiestry Filharmonii Poznańskiej

20 Zawód: farmaceuta

22 Ustawa o zawodzie farmaceuty

32 Nowa procedura zmiany kierownika apteki

37 Trudny rok

42 Opieka farmaceutyczna nad pacjentem w szpitalu

47 W trosce o jakość i bezpieczeństwo

52 Polski rynek farmaceutyczny w 2020 roku

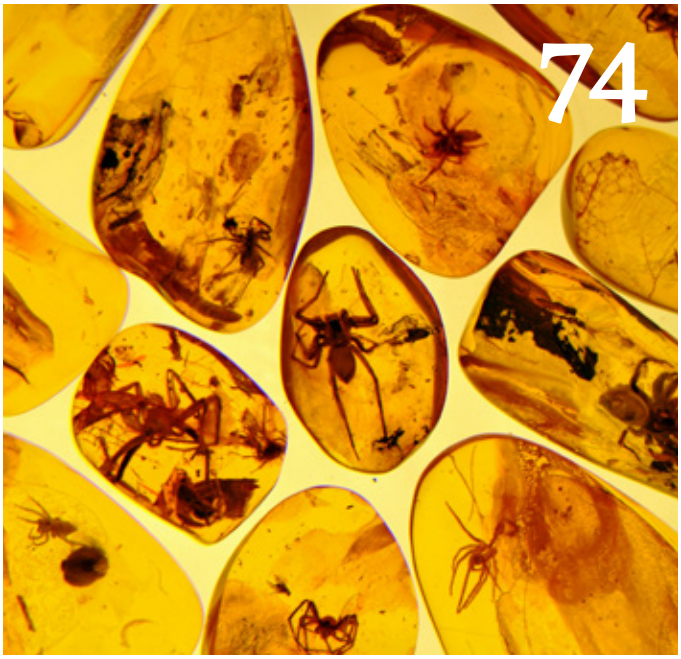
57 Świat po pandemii

60 Nie tylko amantadyna może pomóc w walce z COVID-19

62 Działania zlecane w hurtowniach farmaceutycznych

65 A w hurtowni znowu nie ma leku...

www.stock.adobe.com



www.stock.adobe.com

70 Cytryna dla ubogich

74 Elektron w aptekarskiej retorcie

78 Surowce lecznicze na przestrzeni dziejów

83 Zbigniewa Beli recepta na muzeum

87 W klimacie dawnej apteki

90 Els w ogrodzie nauk

94 Konkurs w cieniu pandemii

97 Józef Reinholz upamiętniony w Łobżenicy

98 Dar dla muzealnej książnicy

Muzeum Archeologiczno-Historyczne w Stargardzie

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, mgr farm. Marcelina Firus, mgr farm. Aleksandra Głęboka, mgr farm. Alina Górecka, Eugeniusz Jarosik, dr n. farm. Marek Jędrzejczak, Anna Kopras-Fijołek, prof. dr hab. Anita Magowska, dr n. farm. Wojciech Musiał, Laura Olsztyńska, dr n. farm. Grzegorz Pakulski, dr n. farm. Hanna Piechocka-Koczwara, dr n. farm. Stefan Piechocki, dr n. farm. Katarzyna Regulska, prof. UM dr hab. n. farm. Edyta Szałek, mgr farm. Mateusz Szamałek, Łukasz Świderski, dr n. farm. Jerzy Waliszewski, mgr farm. Paulina Wojna.

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.

REDAKCJA „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ" UDOSTĘPNIA LIST Z 29 MARCA 2021 ROKU SKIEROWANY PRZEZ GOSTYŃSKICH APTEKARZY DO STAROSTWA I RADY POWIATU GOSTYŃSKIEGO, KTÓRY ZOSTAŁ PRZESŁANY RÓWNIEŻ DO WIADOMOŚCI WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ.

W dniu 11 stycznia 2021 r. Rada Powiatu Gostyńskiego podjęła uchwałę nr XXV/200/21 w sprawie rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu gostyńskiego, która obowiązuje od 1 lutego 2021 r. i została zaskarżona do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu przez Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską w Poznaniu.

Wyrażamy zdecydowany sprzeciw wobec faktu, że z całego powiatu do harmonogramu dyżurów włączono tylko apteki znajdujące się w Gostyniu, a pominięto wszystkie znajdujące się w innych miejscowościach powiatu gostyńskiego, gdzie nie ma całodobowej opieki medycznej, pełnoprofilowego pogotowia ratunkowego, szpitala, SOR, izby przyjęć, a pacjenci realizują recepty najczęściej w aptekach znajdujących się najbliżej ich miejsca zamieszkania.

Podjęcie wyżej wskazanej uchwały w obowiązującej treści jest sprzeczne z ustawą z 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, między innymi z art. 12, który stanowi, że: „Organ prowadzi postępowanie w sposób budzący zaufanie przedsiębiorców do władzy publicznej, kierując się zasadami proporcjonalności, bezstronności i równego traktowania". Nie sposób zgodzić się z równym traktowaniem i zasadą proporcjonalności, jeżeli obowiązek dyżurowania narzucony został przez Radę Powiatu Gostyńskiego tylko kilkunastu aptekom z Gostynia, a zwolnił z tego obowiązku pozostałe apteki z tego miasta i powiatu gostyńskiego. (...)

Jednocześnie zgodnie z art. 94 ust. 2 Prawa farmaceutycznego „rozkład godzin pracy aptek (...) winien być dostosowany do potrzeb ludności". Tymczasem Rada Powiatu Gostyńskiego nie przeprowadziła żadnych wiarygodnych ustaleń czy konsultacji społecznych dotyczących realnego zapotrzebowania na dyżury aptek w całym powiecie gostyńskim. Należy przy tym zaznaczyć, iż przyzwyczajenia lub odczucia radnych nie mogą stanowić miarodajnych przesłanek. Natomiast aptekarze – co podkreślamy w niniejszym liście – doskonale znają problemy aptek, w tym znikome zapotrzebowanie na niewykonalne i kosztowne dyżury.

W uzasadnieniu uchwały nr XXV/200/21 w sprawie rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu gostyńskiego wskazano, że jej uchwalenie poprzedzone było między innymi zasięgnięciem opinii Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu oraz opinii burmistrzów i wójtów z terenu powiatu gostyńskiego. Tymczasem opinie te były wydane na potrzeby uchwalenia poprzedniej uchwały dotyczącej rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu gostyńskiego, notabene uznanej za nieważną przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu wyrokiem (sygn. akt III SA/Po 468/20 wydanym 4 grudnia 2020 r. Podkreślić należy, iż owa opinia Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu była negatywna. Swój uzasadniony sprzeciw wyrażało też wielu właścicieli aptek w Gostyniu. Powyższe w ogóle nie zostało wzięte pod uwagę, co odbieramy jako lekceważący stosunek władz powiatowych.

Podkreślamy, że kwestionowana przez nas uchwała została podjęta z naruszeniem art. 94 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne, gdyż Rada Powiatu Gostyńskiego nie zasięgnęła opinii Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu.

Czy w takiej sytuacji jest to postępowanie prowadzone w sposób budzący zaufanie przedsiębiorców do władzy publicznej? Jesteśmy zbulwersowani brakiem kierowania się przez organ publiczny, jakim jest Rada Powiatu Gostyńskiego, zasadami proporcjonalności oraz zasadami równego traktowania.

Przypominamy, że pomiędzy aptekami a starostwem lub radą powiatu nie ma żadnego stosunku zależności lub podległości. Nie jesteśmy służbami państwowymi czy samorządowymi, jak policja, straż miejska, straż pożarna i wojsko, a także pogotowie ratunkowe czy szpital, utrzymywanymi z podatków lub składek zdrowotnych, które za odpowiednim wynagrodzeniem świadczą usługę dyżurowania w nocy, w weekend i dni świąteczne. Aptekom, będącym prywatną działalnością gospodarczą, próbuje się narzucić nakazowy wolontariat, zrzucając całkowite koszty dyżurowania na ich właścicieli, jednocześnie oczekując i domagając się naszej dostępności 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu.

Tymczasem, zgodnie z obowiązującym prawem, dyżury w aptekach mogą pełnić wyłącznie magistrowie farmacji, których nie ma tak wielu, by zapewnić ich obecność w aptece w dzień, w nocy i w dni wolne od pracy. Według resortu zdrowia na statystyczną polską aptekę przypada zaledwie 1,78 magistra farmacji, z czego 83% to kobiety. Nie możemy pracować przez 24 godziny na dobę, zwłaszcza 7 dni w tygodniu. Mając do wyboru pracę w dzień lub w nocy, wybieramy pracę w dzień, bo wtedy, a nie w nocy, pacjenci korzystają z naszych usług. Na dyżurach nocnych pojawiają się pojedyncze osoby po asortyment, który można kupić w dzień, a w nocy na przykład na stacji benzynowej, gdyż leki wydawane na receptę są rzadkością. Należy przypomnieć, że w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenci z założenia nie korzystają z aptek, tylko z instytucji ratujących życie, takich jak pogotowie ratunkowe czy szpitalny oddział ratunkowy, gdzie otrzymują stosowną pomoc.

Praca przez 24 godziny na dobę stwarza też poważne zagrożenie zdrowia lub życia nie tylko w stosunku do samych aptekarzy, ale też pacjentów, gdyż w naszej pracy możliwa do popełnienia pomyłka z powodu przemęczenia może mieć tragiczne skutki. Przypominamy, że za organizację ochrony zdrowia na terenie powiatu odpowiadają władze powiatowe, a nie właściciele aptek, aptekarze, kierownicy tych placówek lub pracownicy.

Ze względu na pandemię koronawirusa obecny czas jest trudny dla wszystkich, w tym dla aptek. Zmuszeni byliśmy wzdrożyć nadzwyczajne procedury, by wizyta w aptece była jak najbardziej bezpieczna, zarówno dla pacjentów, jak i pracujących w niej osób. Spowodowało to więcej pracy, obowiązków i kosztów (dezynfekcja, maseczki, a wcześniej przyłbice, ozonowanie i wietrzenie pomieszczeń, dystans między osobami). Wprowadzono również niezazębiające się zmiany, aby w razie zarażenia apteka mogła pracować choćby przez kilka godzin dziennie. Taki jest bezwzględnie konieczny standard, gdyż do aptek przychodzą osoby z różnymi chorobami. Jako aptekarze jesteśmy szczególnie narażeni na możliwość zainfekowania, więc czynimy wszystko, by do tego nie doszło, a apteki mogły sprawnie funkcjonować i pomagać mieszkańcom naszego powiatu.

Jesteśmy dumni z tego, że z uwagi na opiekę nad dziećmi, które uczą się zdalnie oraz przebywanie części pracowników na zwolnieniach chorobowych, kwarantannie czy obowiązkowej izolacji nie ograniczamy dostępu do naszych placówek aptecznych. Jednakże sama duma nie wystarczy. Aby apteka była czynna, muszą w niej pracować zdrowi i nieprzemęczeni farmaceuci. Cały świat boryka się z niewydolną ochroną zdrowia i brakiem uprawnionego personelu. Wszyscy wiedzą, że jest on przepracowany. Tak jest również w aptekach.

Kaskada wieloletnich błędów i zaniechań polskiego ustawodawcy doprowadziła do obecnej sytuacji. Dyżurów nocnych nie będzie, gdyż:
- *brakuje farmaceutów,*
- *są niedochodowe, co przyznaje także resort zdrowia,*
- *nikt aptekom nie płaci za dyżury, co uniemożliwia zatrudnienie kolejnych magistrów.*

Nie apteka pracuje, tylko farmaceuci, którzy są w niej zatrudnieni. Podkreślamy, że to nie my przychodzimy do starosty i rady powiatu po słusznie należne wynagrodzenie za dyżury. To rada powiatu żąda od nas darmowych i niewykonalnych usług. Stanowczo nie akceptujemy narzuconego nam

harmonogramu dyżurów, gdyż nie ma on ani medycznego, ani ekonomicznego, ani społecznego uzasadnienia. Jest ewidentnym naruszeniem zasad moralnych, gdyż wymusza na nas nieodpłatną, dodatkową pracę. Jest to sytuacja bez precedensu, gdyż ani starostwo, ani rada powiatu czy też starosta, burmistrz, wójt bądź Narodowy Fundusz Zdrowia czy Ministerstwo Zdrowia nie płacą aptekom za dyżury nocne i w dni wolne od pracy. (...)

Od 1 kwietnia 2021 r. apteki będą pracować zgodnie z ustalonym przez siebie realnym rozkładem godzin pracy w ciągu dnia i nie przystąpią do pełnienia nocnych dyżurów według harmonogramu stanowiącego załącznik nr 2 do uchwały nr XXV/200/21 podjętej przez Radę Powiatu Gostyńskiego 11 stycznia 2021 r. w sprawie rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu gostyńskiego.

APTEKI MIASTA GOSTYŃ
I POWIATU GOSTYŃSKIEGO

***

NA STRAŻY JAKOŚCI LEKÓW

■ *W poprzednim numerze „Farmacji Wielkopolskiej" (nr 13) opublikowana została rozmowa z dr n. farm. Anną Kowalczuk „Na straży jakości leków". Dyrektor Narodowego Instytutu Leków zwróciła uwagę na problem rozwoju oporności bakterii na skutek nadużywania antybiotyków. Jest to problem globalny, który w niedalekiej przyszłości może doprowadzić do sytuacji, w której nie będziemy w stanie poradzić sobie nawet z „błahymi" – w ocenie dzisiejszej – infekcjami. Analizując przyczyny tego zjawiska, trudno nie wspomnieć o praktyce stosowanej przez wielu lekarzy. Z ich punktu widzenia bardzo wygodne jest przepisanie antybiotyku. W przypadku infekcji bakteryjnej lek pomoże, a w przypadku infekcji wirusowej, nie pomoże. Wydawać by się mogło, że znajdujemy się w punkcie wyjścia. Otóż nie, infekcje wirusowe w głównej mierze mijają samoistnie, co dla przeciętnego pacjenta oznacza i tak, że przecież antybiotyk pomógł. Niestety, w Polsce antybiotyki przepisywane są bez zrobienia antybiogramu. Dopiero kiedy nie pomaga antybiotyk II rzutu, lekarz decyduje się na jego wykonanie, co też nie jest regułą. Należy jednak także zrozumieć lekarzy, którzy przez ograniczenia budżetowe mają związane ręce. Sprawa inaczej wygląda chociażby w Niemczech, gdzie antybiogram jest chlebem powszednim. Pozostaje pytanie: jaki wpływ na zapobieganie rozwoju oporności bakterii mają farmaceuci? Okazuje się, że całkiem spory. Zdecydowanie większy mają ci pracujący w szpitalu. Po pierwsze, to właśnie tam farmaceuta może czuwać nad stężeniami terapeutycznymi antybiotyku we krwi, co gwarantuje większą skuteczność leczenia i mniejszą szansę rozwoju oporności. Po drugie, to właśnie farmaceuta szpitalny sprowadza z zagranicy antybiotyki skuteczne w leczeniu infekcji bakteryjnych opornych na wszystkie antybiotyki dostępne w Polsce, niejednokrotnie ratując tym życie pacjentom. Często okazują się to terapie bardzo drogie, co zmusza farmaceutów do dialogu z dyrekcją szpitala. Przechodząc do apteki ogólnodostępnej, to i tu znajdziemy sytuacje, w których możemy walczyć z szerzącą się opornością bakterii. Myślę, że każdy na pewno zna preparat zawierający trzy różne antybiotyki stosowany w przypadku zadrapań, ran i oparzeń. Nasuwa się pytanie: po co go stosować? Myślę, że w dobie tak rozwiniętego rynku preparatów do dezynfekcji każdy znajdzie coś dla siebie, niekoniecznie maść z antybiotykami.*

LAURA OLSZTYŃSKA

JAK SIĘ NAZYWA TA NAJBARDZIEJ BEZPIECZNA I SKUTECZNA SZCZEPIONKA BEZ SKUTKÓW UBOCZNYCH?
PLACEBO

MUZYCZNA APTECZKA

O uzdrawiającej mocy muzyki nie tylko w czasach pandemii COVID-19 z dyrektorem Filharmonii Poznańskiej **WOJCIECHEM NENTWIGIEM** i pierwszym dyrygentem gościnnym Orkiestry Filharmonii Poznańskiej **ŁUKASZEM BOROWICZEM** rozmawia redaktor naczelny „Farmacji Wielkopolskiej" **Eugeniusz Jarosik**.

EUGENIUSZ JAROSIK, „Farmacja Wielkopolska": W czasach starożytnych (Grecja, Rzym, Tybet) panowało przekonanie, że dźwięk jest pierwotną i twórczą siłą we wszechświecie. Na dźwięk trąb rozpadły się kamienne mury biblijnego Jerycha. W Egipcie od niepamiętnych czasów stosowano „zar", czyli leczenie muzyką. Pitagoras głosił, że „muzyka ziemska jest odbiciem muzyki sfer". Platon utrzymywał, iż zmiana trendów muzycznych powoduje zmianę fundamentalnych praw państwa. Wiara w potęgę muzyki, przenikającej kosmos i przemieniającej ludzi, zdawała się nie mieć granic. Czy ta wiara przetrwała próbę czasu? Jakie przesłanki pozwalają wierzyć we wszechogarniającą moc muzyki, zdolną przywracać harmonię duszy i ciała, uzdrawiać relacje między ludźmi i czynić świat lepszym?

WOJCIECH NENTWIG: Ponad dwa tysiące lat temu Arystoteles zwykł mówić, że „muzyka łagodzi obyczaje, ulepsza ludzi". Można oczywiście dyskutować, jaka muzyka? Ale generalnie - muzyka czyni pośród ludzi dobro. Stają się lepszymi ludźmi ci, którzy w jakikolwiek sposób obcują z muzyką. W pewnym, może naiwnym uproszczeniu, można założyć, że dzięki styczności z muzyką również całe, mniejsze lub większe, społeczności stają się lepsze. Muzyka uzdrawia kontakty międzyludzkie, poprawia nastrój. Ma to znaczenie zwłaszcza w okresie obecnej pandemii, kiedy ludzie są przytłoczeni dziesiątkami problemów. Przychodzą na koncert i nagle, po wysłuchaniu symfonii Ludwiga van Beethovena, geniusza z Bonn, opuszczają salę koncertową szczęśliwi i zadowoleni. Zaczynają między sobą rozmawiać przede wszystkim o tym, co usłyszeli, co przed chwilą przeżyli. Nie mam żadnych wątpliwości, że obcując z muzyką, aplikujemy sobie lek o niezwykłej sile oddziaływania.

ŁUKASZ BOROWICZ: Badania naukowe wykazały, że kosmos emituje dźwięki. Absolutna cisza w naturze nie istnieje. Życie oznacza dźwięk, a dźwięk oznacza muzykę. Muzyka zaś jest niejako zapisana w prawach fizyki, prawach przyrody. Dźwięk zbudowany jest na zasadzie alikwotów, tworzących system nazywany potocznie „systemem dur-moll", którym posługujemy się od czasów antycznych. Historia ludzkości jest też historią muzyki, która wywodzi się wprost z praw fizyki i nieprzerwanie nam towarzyszy na przestrzeni dziejów. Dlatego też warto wgłębić się w przywołaną myśl Platona. Rzeczywiście jest tak, że wszystkie wielkie, rewolucyjne wstrząsy powodowały zmianę stylistyki muzycznej, a często nawet ta nowa stylistyka owe zmiany poprzedzała. A w pewnym sensie wręcz je antycypowała. Renesans, jedna z największych transformacji w historii nowożytnej Europy, to

Aleksandra
sopran
KURZAK
Evgeny VOLYNSKI dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Krzysztof Zanussi prowadzenie koncertu
17.6.2011
ZAKOŃCZENIE SEZONU
Gwiazdy
Światowych
Estrad
Sarah
skrzypce
CHANG
rek PIJAROWSKI dyrygent
estra Filharmonii Poznańskiej
WIWAT ROSSINI! WIWAT FILHARMONIA POZNAŃSKA!

KOSMOS EMITUJE DŹWIĘKI. ABSOLUTNA CISZA W NATURZE NIE ISTNIEJE. ŻYCIE OZNACZA DŹWIĘK, A DŹWIĘK OZNACZA MUZYKĘ. MUZYKA ZAŚ JEST NIEJAKO ZAPISANA W PRAWACH FIZYKI, PRAWACH PRZYRODY

zarazem jedna z największych rewolucji muzycznych w dziejach. Podobnie wielka rewolucja francuska – to również ważna cezura w historii muzyki. Muzyka z dobra dostępnego tylko dla bardzo wąskich elit zgodnie z ideą rewolucji staje się czymś egalitarnym. Dziewiętnastowieczne rewolucje społeczne powodują dalszą popularyzację muzyki. Wielkie społeczne wstrząsy XX wieku przyniosły ostatecznie rozdźwięk

pomiędzy dostępnością muzyki a jej odejściem od szerokiego grona słuchaczy. Jesienią 1918 r., a zatem już po rewolucji październikowej i I wojnie światowej, Arnold Schönberg, twórca dodekafonicznej techniki kompozytorskiej, której podstawą było odrzucenie tonalności, zakłada w Wiedniu Towarzystwo Prywatnych Wykonań Muzycznych. To oryginalny projekt, zaplanowany odwrót od szerokiej publiczności. Tak więc społeczne, historyczne, muzyczne przemiany współgrają i wzajemnie na siebie oddziałują.

W czasach wielkich gwałtownych przemian społeczno-politycznych nierzadko pojawia się silna pokusa manipulowania sztuką i twórcami. To przede wszystkim choroba systemów autorytarnych. Uwertura z opery „Rienzi. Ostatni z trybunów" towarzyszyła zjazdom NSDAP w Norymberdze, a sam Richard Wagner stał się jedną z nazistowskich inspiracji. Wpływ muzyki na emocje sprawił, że stała się ważnym elementem komunistycznej propagandy.

WN: Sądzę, że dużo łatwiej manipulować ludźmi poprzez słowo, literaturę i ewentualnie przez sztuki wizualne. Wydaje mi się, że muzyka jest ostatnią ze sztuk, poprzez którą można manipulować ludźmi, ale to moje zdanie. Jestem tak zakochany w muzyce, że chcę znajdować w niej tylko dobro.

ŁB: Wszystkie systemy totalitarne dopiero na samym końcu dobierają się do muzyki, do jej twórców, traktując ten obszar jako najmniej ważny. Zawsze na pierwszy ogień „idą": literatura i teatr, a w XX wieku - film. Muzyka jednak też jest w kręgu zainteresowania totalitarnej władzy. Socrealizm w sztuce przewrócił do góry nogami muzykę.

„Muzyka człowieka występuje w ciele i w duszy, w funkcjach życia i układzie człowieka, bo póki harmonia trwa, póty człowiek żyje, a umiera, gdy traci swą proporcję" – napisał Adam z Fuldy, autor traktatu „De musica". Olivier Sacks, angielski neurolog, uważa, że rytmy i dźwięki zajmują więcej miejsca w naszym mózgu niż chociażby umiejętności językowe. W „Muzykofilii" wskazuje na potęgę muzyki, analizuje doświadczenia muzyków i pacjentów - chirurga, który porażony piorunem dostaje obsesji na punkcie muzyki Chopina, osoby z amuzją, dla której symfonia brzmi jak brzęk rondli i pokrywek, człowieka, którego pamięć nie obejmuje więcej niż siedem sekund, chyba że chodzi o muzykę. Muzyka potrafi inspirować, porywać na szczyt emocji i rzucać w ich głębie, bywa też czasami najlepszym lekarstwem. Czy jesteśmy stworzeniami muzycznymi?

WN: Tak, z pewnością jesteśmy stworzeniami muzycznymi. Uważam, że w każdym człowieku drzemie wrażliwość na piękno. Wielu ludzi jeszcze nie zdążyło się o tym przekonać, ale na pewno nastąpi moment, w którym ta prawda się ujawni. Można dyskutować, czy to jest piękno, jaka jest ta wrażliwość, lecz nie mam wątpliwości, że jesteśmy

istotami wrażliwymi na piękno, także to, które ujawnia się w muzyce. Moim zdaniem muzyka jest tą szczególną dziedziną sztuki, a może nawet życia, z którą najłatwiej nawiązać kontakt. Nie trzeba wielkich przygotowań, wystarczą: wrażliwość i intuicja. Nie muszę wiedzieć, kto napisał dany utwór: Bach czy Niemen... Niektórzy uważają, że od melodii ważniejszy jest rytm. To też jest bardzo istotny element muzyki. Można nawet powiedzieć, że rytm jest muzyką. Nie ma ludzi, którzy nie zapamiętaliby choćby jednego motywu muzycznego ze swojego życia. W mojej pamięci muzycznej głęboko utkwił na przykład motet Jana Sebastiana Bacha „Singet dem Herrn ein neues Lied". Jestem w stanie to zaśpiewać o każdej porze dnia i nocy.

MUZYKA JEST TĄ SZCZEGÓLNĄ DZIEDZINĄ SZTUKI, A MOŻE NAWET ŻYCIA, Z KTÓRĄ NAJŁATWIEJ NAWIĄZAĆ KONTAKT. NIE TRZEBA WIELKICH PRZYGOTOWAŃ, WYSTARCZĄ: WRAŻLIWOŚĆ I INTUICJA

ŁB: Wielokrotnie przekonywałem się, że ta ukryta wrażliwość na muzykę charakteryzuje praktycznie każdego, natomiast większość ludzi prawie nic nie wie na jej temat. To nie ich wina, że muzyka kojarzy się im z czymś niedostępnym. Trzeba mieć nadzieję, że system edukacyjny wspomoże tą naturalną wrażliwość ludzi na muzykę, bo przecież muzyka, czy sztuka w ogóle, jest tak samo ważna dla rozwoju człowieka jak wszystkie inne dziedziny. Oczywiście z powodu pandemii już rok jesteśmy oderwani od różnych akcji edukacyjnych, mających na celu umuzykalnianie dzieci w wieku szkolnym. Zakładały one udział w koncertach, w fenomenie słuchania muzyki na żywo, w spotkaniach z wykonawcami. Ludzie potrzebują kontaktu z muzyką, czego dowodem jest na przykład popularność koncertów muzyki filmowej, która tak naprawdę wywodzi się całkowicie z tradycji muzyki symfonicznej późnego XIX i pierwszej połowy XX wieku. Bezsprzecznie jesteśmy stworzeniami muzycznymi, ale jesteśmy też stworzeniami bardzo ciekawymi; trzeba jednak tę ciekawość ukierunkować.

Koncerty muzyki filmowej to dobry sposób na przyciągnięcie młodzieży do filharmonii. Nigdy nie zapomnę entuzjastycznego przyjęcia przez hamburską publiczność, w tym dziesiątki młodych ludzi, suity Johna Williamsa z „Gwiezdnych wojen" w Elbphilharmonie. Utwór o ogromnym ładunku emocjonalnym i zarazem potężny zastrzyk energii. Bardzo jej w niektórych sytuacjach potrzebujemy. Na świat przychodzimy pogodni i zrelaksowani, gdyż w chwili narodzin serce bije w rytmie 80 uderzeń na minutę. To dlatego przez całe życie melodia wolniejsza od bicia serca relaksuje nas, wprowadza w nastrój powagi lub smutku, a przyspieszona wzbudza radość lub zaniepokojenie. Jakie utwory przynoszą Panom ukojenie, pociechę, dają poczucie lekkości bytu?

WN: Utworem, który ciągle mnie fascynuje, jest VII Symfonia A-dur (op. 92) Ludwiga van Beethovena, którą Wagner nazwał „apoteozą tańca". Nie znam szczegółowych badań naukowych na temat wpływu muzyki na nasze zdrowie, ale nie mam wątpliwości, że każdy, kto wyłączy się na chwilę z bieżącego życia i posłucha drugiej części tej symfonii (Allegretto), która trwa około 10 minut, na pewno będzie i zdrowszy, i lepszy. To niezbity, namacalny wręcz dowód, że muzyka korzystnie wpływa na samopoczucie, nastrój i zdrowie człowieka.

ŁB: Jest wiele utworów niosących radość, pozytywną energię. Należą do nich między innymi kompozycje Józefa Haydna, który w ogóle był bardzo pogodnym człowiekiem, przynajmniej tak mówią źródła. Żył długo, z pewnością w jego życiu były także momenty trudniejsze, ale jest on przykładem twórcy, który bardzo rzadko pisze o sobie i o swoich problemach. Jego muzykę wypełnia światło, niesie ona wewnętrzną radość, którą twórca dzieli się z słuchaczami. Tej muzyki jest dużo: ponad 100 symfonii i kwartetów smyczkowych, 50 sonat fortepianowych, opery, oratoria, 500 pieśni... Jesteśmy pierwszym pokoleniem w historii, gdzie to wszystko jest na wyciągnięcie ręki za darmo. Wstyd nie skorzystać.

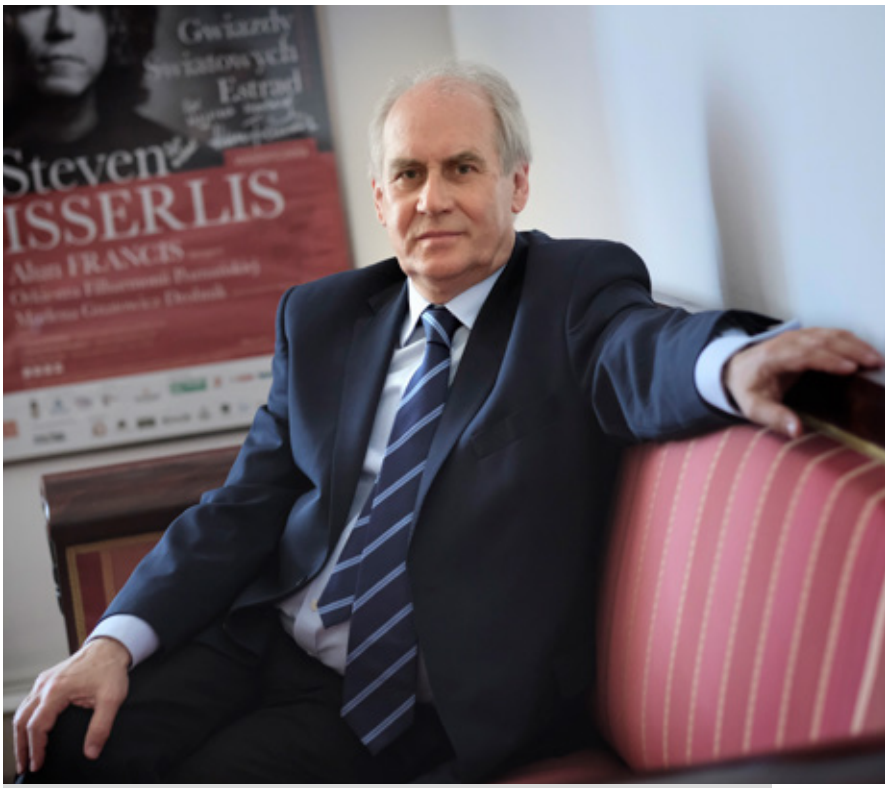
Tracący słuch, pogrążający się w ciszy absolutnej Beethoven, cierpiący na chorobę afektywną dwubiegunową Piotr Czajkowski, Gustaw Mahler czy Hector Berlioz, owładnięty postępującą chorobą psychiczną Schumann, ślepnący Jan Sebastian Bach. Muzyka leczy, ale i nierzadko odzwierciedla kondycję fizyczną twórcy. Czyż nie jest tajemnicą, że utwory wyrażające świat szaleńczej, genialnej, udręczonej chorobą duszy fascynują kolejne

pokolenia niewyobrażalnym pięknem, które dla wielu jest lekarstwem i źródłem nadziei?

ŁB: Jest duża grupa twórców, których muzyka nie ma żadnego związku z życiem i nie wyraża w żadnym stopniu ich sytuacji. Chociażby Mozart, który po śmierci matki pisze jedne z najbardziej radosnych i szczęśliwych utworów, mimo że bardzo cierpi, bo wiemy z listów, jak ogromnie on to przeżywa. Muzyka może też być odskocznią, nie wyrażać absolutnie żadnej emocji dotyczącej rzeczywistości, w której żyje twórca, czego przykładem jest Concertino na fortepian i orkiestrę Władysława Szpilmana. To jeden z najbardziej wesołych jego utworów, taki w duchu Gershwinowskim, który był napisany w warszawskim getcie. Jego muzyka nie wyraża dnia dzisiejszego. Z drugiej strony mamy jednak utwory biograficzne, autobiograficzne lub o czasach, w których powstają, czego przykładem jest Symfonia Leningradzka Szostakowicza. Różne są odpowiedzi na pytanie: czy muzyka jest programowa, czy absolutna? Igor Strawiński na przykład twierdził, że muzyka nie wyraża nic oprócz samej siebie.

WN: Wiele utworów Beethovena było pisanych w dramatycznych okresach jego życia, tymczasem są one pogodne, przeniknięte radością. Całkiem odmienny charakter ma Symfonia Fantastyczna Hectora Berlioza, która powstała pod wpływem nieszczęśliwej, nieodwzajemnionej miłości. Jest to utwór programowy, muzyczna, napisana dźwiękami opowieść o życiu artysty, który obnaża przed nami swoje uczucia. Bardzo lubię tę symfonię. To są zupełnie różne światy twórcze, ale niezależnie od emocji i intencji kompozytorów utwory te mogą być źródłem wspaniałych przeżyć i artystycznych doznań.

Muzyka jest dobra nie tylko dla duszy, ale i serca. Istnieje wiele badań, które dowodzą dobroczynnego wpływu muzyki na organizm człowieka, na jego funkcje fizjologiczne. Zaobserwowano to na przykład u chorujących na serce pacjentów w Massachusetts General Hospital, których zakwalifikowano do operacji. Niektórzy chorzy słuchali sonat fortepianowych Mozarta przez pół godziny każdego dnia. U tej grupy pacjentów zauważono unormowanie tętna i obniżenie ciśnienia krwi, co nie nastąpiło u pacjentów, którzy muzyki nie słuchali w ogóle. Czy to tylko fenomen związany z kompozycjami twórcy Symfonii Salzburskich? Ulgę i ukojenie w słuchaniu muzyki, zwłaszcza klasycznej, znajdują także pacjenci cierpiący na przenikliwy ból.



WOJCIECH NENTWIG

■ Menedżer kultury – animator życia muzycznego, dziennikarz, publicysta. Od czerwca 2006 r. dyrektor naczelny Filharmonii Poznańskiej. Scenarzysta i współautor filmów o Henryku Wieniawskim i międzynarodowych konkursach jego imienia. Producent licznych płyt – między innymi albumu z dziełami Henryka Wieniawskiego oraz Philharmonia Quartett Berlin. W latach 2002-2012 wiceprezes Towarzystwa Muzycznego im. Henryka Wieniawskiego w Poznaniu. W latach 2011–2014 wiceprzewodniczący zarządu Zrzeszenia Filharmonii Polskich. Od 2012 do 2015 roku członek Rady Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego do spraw instytucji artystycznych.

Potrafię sobie wyobrazić sale szpitalne i cichutką muzykę rozlewającą się z głośników, serenadę Mozarta, partitę Jana Sebastiana Bacha, nokturny Chopina... Jak efektywnie wykorzystać te szczególne właściwości muzyki w praktyce terapeutycznej?

WN: Jest taka dziedzina, którą nazywamy muzykoterapią. To terapia poprzez muzykę, która może być naprawdę wspaniałym lekiem. Może pomóc ludziom, którzy na przykład mają jakieś problemy logopedyczne, kłopoty z pamięcią, nawet ze słuchaniem muzyki. Muzycy grający na instrumencie tak

ŁUKASZ BOROWICZ

Studiował w Akademii Muzycznej im. Fryderyka Chopina w Warszawie (klasa Bogusława Madeya), tam też uzyskał tytuł doktora w dziedzinie dyrygentury pod kierunkiem Antoniego Wita. W latach 2007-2015 pełnił funkcję dyrektora artystycznego Polskiej Orkiestry Radiowej. Od 2006 r. pierwszy dyrygent gościnny Orkiestry Filharmonii Poznańskiej.

Jako dyrygent operowy poprowadził ponad sto osiemdziesiąt przedstawień operowych i baletowych w Teatrze Wielkim – Operze Narodowej w Warszawie. W październiku 2018 r. zadebiutował w Operze Paryskiej, prowadząc przedstawienie „Les Huguenots" Giacomo Meyerbeera. W grudniu 2019 r. poprowadził premierę „Halki" Stanisława Moniuszki w Theater and der Wien w reżyserii Mariusza Trelińskiego z udziałem Piotra Beczały.

Prowadził takie orkiestry, jak: Royal Philharmonic Orchestra, Konzerthausorchester Berlin, MDR Sinfonieorchester Leipzig, SWR Sinfonieorchester Stuttgart, Düsseldorfer Symphoniker, Hamburger Symphoniker, Lucerne Symphony Orchestra oraz większość polskich orkiestr symfonicznych. W latach 2015-2019 dyrygował między innymi London Philharmonic Orchestra, BBC Scottish Symphony Orchestra, Deutsche Symphonie-Orchester Berlin, Orkiestrą Opery Paryskiej i Orkiestrą Filharmonii Narodowej Węgier.

Dyskografia Łukasza Borowicza liczy ponad sto albumów. Płyta Piotra Beczały „Heart's Delight", nagrana z Royal Philharmonic Orchestra pod dyrekcją Łukasza Borowicza dla wytwórni Deutsche Grammophon, uzyskała w Polsce status Złotej Płyty. Płyta „Quo Vadis" Feliksa Nowowiejskiego nagrana z Orkiestrą Filharmonii Poznańskiej dla wytwórni cpo została nagrodzona nagrodą ICMA 2018 w kategorii Choral Music.

trudnym jak skrzypce wiedzą, jak wieloletnia praktyka wykonawcza fenomenalnie wpływa na rozwój pamięci. Myślę, że słuchanie muzyki też ma wpływ na naszą pamięć, chociażby w chorobach neurodegeneracyjnych. Przy kosztach sprzętu znajdującego się we wszelkich poradniach, przychodniach, szpitalach koszt zapewnienia możliwości dyskretnego słuchania muzyki w miejscach związanych z opieką zdrowotną jest znikomy, a jest to taki dyskretny, nienachalny, fenomenalny i niedrogi środek terapii dla ludzi tam przebywających. Emitowanie muzyki byłoby korzystne nie tylko dla pacjentów, ale i dla lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia. Warto spróbować.

ŁB: Muzykoterapia, zarówno aktywna, jak i receptywna, jest bardzo ciekawą dziedziną, która się w dużej mierze rozwija. Warto jednak zwrócić uwagę, że jednego muzyka Mozarta może uspokajać, ponieważ w kontekście hałasu dnia dzisiejszego jawi się ona jako coś bardzo relaksującego, lecz na przykład dla artysty, wykonawcy, który z muzyką Mozartowską obcuje na co dzień, niektóre utwory są tak dramatyczne, nawet ciche i wolne, że one wprost przeciwnie - powodują napięcie. Tak prowokacyjnie spytam: jaką wartość muzykoterapeutyczną ma trio smyczkowe Arnolda Schönberga, będące przedstawieniem stanu zawału serca, który spowodował śmierć kliniczną kompozytora, a właśnie

ten utwór został napisany na pamiątkę tej choroby? Ciekaw jestem, z punktu widzenia muzykoterapii, czy dokonana przez Schönberga analiza strasznego przypadku zdrowotnego, który mu się przytrafił, czy słuchanie takiego utworu nas uspokoi, czy wręcz przeciwnie? Na pewno muzyka ma wartości terapeutyczne, to jest bezsprzeczne. Trzeba jednak też pamiętać, że coraz większym problemem jest zanieczyszczenie środowiska hałasem (noise pollution), czego doświadczamy w sklepach, poczekalniach, hotelach, słuchając muzyki, która jest bezmyślnie dobierana, jest takim natarczywym tłem. Trudno tę muzykę usłyszeć zza tego hałasu.

Biblijny Dawid, grając na lirze, sprawił, że opanowany przez demona Saul doznał ulgi, a centaur Chiron, który zajmował się zarówno medycyną, jak i muzyką, za pomocą kilku dźwięków nie tylko potrafił uzdrawiać chorych, lecz także prowadził ich do stanu duchowej równowagi. Jak tę równowagę osiągnąć za pomocą muzyki w czasach pandemii, chronicznego lęku przed niewidzialnym wirusem i przymusowej izolacji? Jakie utwory mogą być skuteczną szczepionką na niemoc, strach i poczucie bezsilności w świecie pandemicznych rygorów i zaleceń, które kardynalnie przeorały nasze życie zawodowe i towarzyskie? Jacy kompozytorzy mogą być naszymi lekarzami i uzdrowicielami w czasach zarazy, gdy tak wielu z nas zmaga się z chorobą ciała, ale i z bólem psychicznym, nasilonym stanem wewnętrznego rozbicia i smutku?

ŁB: Powinniśmy słuchać przede wszystkim muzyki, która nam odpowiada. Często się mówi, że muzyka uspokaja. Dla jednego to może być muzyka Webera, dla innego Wariacje Goldbergowskie, które powstały dla cierpiącego na bezsenność rosyjskiego dyplomaty, hrabiego Karla von Keyserlinga, przebywającego na drezdeńskim dworze. Bach stworzył cykl wariacji na temat wyciszonej, subtelnej arii, które nocą wykonywał na klawesynie jego uczeń Johann Gotlieb Goldberg. Nawet ten, kto słucha głośnej muzyki, też doznaje uspokojenia, bo robi to dla przyjemności. Ale jest też muzyka, która ma siłę większą niż prawa boskie, ma moc uzdrowicielską. Przykładem jest „Orfeusz i Eurydyka" Christopha Willibalda Glucka. Muzyka, która potrafi przezwyciężyć śmierć. To jest bardzo aktualne i ten mit Orfeusza do dzisiaj jest dla słuchaczy i dla twórców czymś, do czego się wszyscy odnoszą. W czasie 25. Wielkanocnego Festiwalu Ludwiga van Beethovena, w marcu tego roku, wykonaliśmy operę Gustava Holsta „Sāvitri". To również jest opowieść o tym, jak muzyka zwycięża śmierć, ponieważ śmierć, która przychodzi po męża, napotyka żonę, która śpiewem błaga ją, ażeby odeszła… i zwycięża. Mamy też mnóstwo muzyki religijnej na ten temat.

WN: Myślę, że człowiek może być szczęśliwy, nawet choćby małym szczęściem, kiedy znajdzie muzykę sobie wcześniej nieznaną, a taką, która sprawia mu ogromną radość i satysfakcję. Wielość wszelakiej muzyki jest tak ogromna, że zachęcałbym nawet do „ślepego" szukania muzyki. Mamy ją obecnie w zasięgu ręki, choćby w telefonie komórkowym. Trzeba po prostu poszukiwać, by w końcu znaleźć swoją ulubioną muzykę; taką, która uspokaja, podnosi na duchu, poprawia samopoczucie, koncentrację – to moja recepta.

MUZYCY GRAJĄCY NA INSTRUMENCIE TAK TRUDNYM JAK SKRZYPCE WIEDZĄ, JAK WIELOLETNIA PRAKTYKA WYKONAWCZA FENOMENALNIE WPŁYWA NA ROZWÓJ PAMIĘCI

W zmaganiach organizmu z wirusem SARS-CoV-2 decydujące jest prawidłowe działanie i wzmacnianie układu autoimmunologicznego. Badania prowadzone na Uniwersytecie Stanowym w Michigan dowiodły, że na poziom interleukiny-1, która jest kluczowa dla wzmocnienia układu odpornościowego, pozytywnie oddziałuje kontakt z muzyką. Nawet kwadrans słuchania dziennie może być skuteczny. Na razie, a rozmawiamy w marcu, kiedy w związku z trzecią falą pandemii wprowadzono rozszerzone zasady bezpieczeństwa, nie jest to możliwe w salach koncertowych. Jakim doświadczeniem dla muzyków, wykonawców jest tak długa przerwa w bezpośrednich kontaktach z odbiorcami ich koncertów?

ŁB: Wszyscy borykamy się z tymi samymi problemami. Brakuje nam nie tylko bezpośrednich kontaktów ze słuchaczami, ale w ogóle jesteśmy narażeni na brak bezpośrednich kontaktów, na pojawiającą się w związku z tym nieufność, dystans w relacjach międzyludzkich. Psycholodzy mówią

o spustoszeniu, jakie sieje pandemia w psychice dzieci, które w wieku szkolnym powinny uczyć się kontaktów z rówieśnikami, życia w grupie, życia w społeczeństwie i dzięki temu rozwijać osobowość. Tak naprawdę jest to jeden z największych globalnych eksperymentów psychologicznych w historii, ponieważ jeszcze nigdy nie doszło do sytuacji, w której wprowadzone powszechnie ograniczenia, które są oczywiście słuszne i mają na celu uratowanie ludzkości, tak niebezpiecznie pchają ludzi w odmęty samotności. A jeśli człowiek jest samotny i nieszczęśliwy, to jego układ immunologiczny działa gorzej. Zostało udowodnione, że kiedy popadamy w depresję, to jesteśmy bardziej narażeni na choroby psychosomatyczne. Czy muzyka może w tym pomóc? Na pewno. Na szczęście dysponujemy takimi wynalazkami cywilizacji, jak chociażby fonografia czy Internet. Dla wszystkich instytucji artystycznych Internet okazał się zbawieniem, bo nie można powiedzieć, że nie mamy kontaktu ze słuchaczami. Jeśli podliczyć ilość osób, które oglądały w czasie lockdownu cotygodniowe koncerty Filharmonii Poznańskiej w Internecie, to okaże się, że mamy dużo większe grono słuchaczy niż mieliśmy przed pandemią, kiedy koncerty odbywały się w sali koncertowej. Ten przedziwny świat Internetu nagle zyskał jakiś realny sens. Internet, który w dużej mierze odpowiada za rozwój agresji i przemocy, okazał się też narzędziem do szerzenia rzeczy dobrych i pożytecznych, takich jak muzyka.

MUZYKA CZYNI POŚRÓD LUDZI DOBRO. STAJĄ SIĘ LEPSZYMI LUDŹMI CI, KTÓRZY W JAKIKOLWIEK SPOSÓB OBCUJĄ Z MUZYKĄ

WN: Ludzie w pandemii bywają samotni. Ale będąc fizycznie sam, mogę nie być sam. To niezwykła właściwość, wartość muzyki, która potrafi sprawić, że ludzie z różnych powodów skazani na samotność nie są samotni. To jest ogromna wartość lecznicza, terapeutyczna, jednym słowem, coś fenomenalnego. Człowiek zanurzony w muzykę zapomina o samotności lub o czymś strasznym czy tragicznym, co się w jego życiu zdarzyło. Czas pandemii pokazał, że muzycy nie mogą żyć bez publiczności, a znaczna część publiczności nie wyobraża sobie życia bez kontaktu z muzykami. Stąd nasza obecność w sieci, muzykowanie do kamery, nagrywanie koncertów. Zaczęliśmy od małych składów. Były to występy naszych pojedynczych muzyków, duetów, które wywołały wśród innych potrzebę grania, kreacji muzycznej.

Na przykład Marcin Herman z Olgą Winkowską grali utwory Szostakowicza. Inny nasz muzyk – Wojciech Jeliński, poprosił żonę, która jest kompozytorką (Ewa Fabiańska-Jelińska), żeby napisała utwór, którym mógłby się podzielić z publicznością. Muzyka czasów pandemii. Powstawały takie utwory.

Szeroko rozumiana profilaktyka zdrowotna powinna obejmować również upowszechnianie wiedzy o niezwykłej roli muzyki, która pozwala rozładować stres i osiągnąć stan równowagi między duszą, ciałem i umysłem (Boecjuszowska musica humana). To przestrzeń także dla takich instytucji jak filharmonia, która mogłaby organizować, sfinansowane na przykład ze środków publicznych, warsztaty muzyczne dla seniorów i osób z chorobami przewlekłymi? Wykazano już, że muzyka przynosi dobre efekty w terapii osób dotkniętych chorobą Alzheimera, choć na krótki czas pomagając im się skupić na rzeczywistości. Muzyka i zdrowie publiczne – to obszar ciągle niezbadany...

ŁB: Dużą częścią naszej publiczności są seniorzy. Koncerty to dla nich przede wszystkim możliwość kontaktu z muzyką, ale to również okazja, by wyjść z domu, być wśród ludzi. To jest ta niesłychana społeczna funkcja filharmonii - wyciąganie ludzi z samotności. W jednej z niemieckich orkiestr obserwowałem ciekawy projekt – akcję grania w domach spokojnej starości, a także grania koncertów dla ludzi z amnezją. Wszystkie te projekty są teraz zamrożone z powodu pandemii.

WN: Dotychczas docieraliśmy do młodszych słuchaczy, dla których sala koncertowa jest trudno dostępna, do dzieci chorych w sanatoriach, graliśmy w domach dziecka. Gramy w przedszkolach i w szkołach. Po to, żeby ludzie wiedzieli, że muzyka jest czymś ważnym, pięknym, magicznym. Prawdziwym fenomenem jest działająca przy Filharmonii Poznańskiej od ponad pół wieku Pro Sinfonika. Gdy to już będzie możliwe, chętnie będziemy grali też dla seniorów w różnych ośrodkach opieki społecznej. Koncerty w kameralnych składach dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnych, niesamodzielnych – to świetny pomysł, trzeba tylko pokonać przeszkody mentalne, przekonać dyrektorów tych ośrodków, że muzyka niesie niesamowitą wartość leczniczą. My jako filharmonicy poznańscy, jako instytucja – jesteśmy gotowi. Kiedyś pandemia się skończy, warto będzie spróbować ten pomysł urzeczywistnić.

Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał EUGENIUSZ JAROSIK
„Farmacja Wielkopolska"
Współpraca: ANNA JAROSIK
Zdjęcia: ANTONI HOFFMANN / Filharmonia Poznańska

dr n. farm. GRZEGORZ PAKULSKI

Zawód: FARMACEUTA

Ustawodawca zastrzegł działania związane ze świadczeniem opieki farmaceutycznej i usług farmaceutycznych wyłącznie dla osób posiadających stosowne umiejętności, kwalifikacje i uprawnienia

W dniu 16 kwietnia 2021 r. weszła w życie ustawa z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. Jest do akt kluczowy dla grupy zawodowej, która jako ostatnia nie miała aktu normatywnego, lokującego ją pośród zawodów medycznych oraz prezentującego zarówno jej obowiązki, jak i prawa. Podkreślenia wymaga, że zawód farmaceuty jest zawodem niezwykle istotnym, bowiem osoba wykonująca go (głównie w aptece ogólnodostępnej) kojarzona była i jest z takimi cechami, jak profesjonalizm, dokładność, rzetelność, odpowiedzialność, uczciwość i wiarygodność. Taka postawa oraz fakt, iż dla pacjenta farmaceuta to obok lekarza ktoś, od kogo zależy zdrowie i życie, słusznie skutkuje wpisaniem zawodu farmaceuty w poczet zawodów zaufania publicznego, wymienionych w Konstytucji RP.

Niemniej jednak życie pokazuje obraz mniej idylliczny. Pośród farmaceutów, podobnie jak to się zdarza w innych grupach zawodowych, są wyjątki – osoby, które nie zawsze przestrzegają wyznaczonych granic. Co więcej, co jakiś czas słyszy się o udzielaniu usługi farmaceutycznej lub wykonywaniu zadań zawodowych przynależnych wyłącznie farmaceutom przez osoby nieposiadające stosownych kwalifikacji i uprawnień. Jako że wolą ustawodawcy – w związku z powstaniem ustawy o zawodzie farmaceuty – było między innymi zapobieżenie sytuacjom, w których pacjenci narażeni są na negatywne skutki działania osób, które nie powinny realizować opieki farmaceutycznej ani też świadczyć jakichkolwiek usług przypisanych wyłącznie farmaceutom, w rozdziale 6 ww. ustawy zamieszczono trzy przepisy penalizujące czyny niedozwolone, tj. nieuprawnione posługiwanie się tytułem farmaceuty, wykonywanie tegoż zawodu bez stosownych uprawnień oraz powierzanie wykonywania zawodu farmaceuty osobie nieuprawnionej.

Jak wskazano w art. 79 ustawy o zawodzie farmaceuty, już samo nieuprawnione posługiwanie się tytułem zawodowym farmaceuty podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności (sic!). Jak widać, podawanie się za kogoś, kim się nie jest, może okazać się dotkliwe w skutkach.

Należy podkreślić, że zawód farmaceuty winien być wykonywany wyłącznie zgodnie z posiadanymi uprawnieniami. „Oczywista oczywistość". Po lekturze art. 80 omawianej ustawy, z którego wynika, że można zostać ukaranym grzywną, karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku w przypadku wykonywania zawodu farmaceuty bez wymaganych uprawnień, należy się zastanowić, czy warto naruszać istniejące zasady. Brak uprawnień

www.stock.adobe.com

do sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych, do których nie posiada się kwalifikacji, został obwarowany surowszą niż obecnie funkcjonująca sankcją. Należy w tym miejscu zwrócić także uwagę na zmienioną treść art. 131 ustawy Prawo farmaceutyczne, w którym uchylono istniejący dotychczas ust. 1: „Kto nie będąc uprawnionym kieruje apteką, podlega grzywnie" natomiast ust. 2 ww. przepisu nadano następujące brzmienie: „Kto nie posiadając uprawnień zawodowych, wydaje z apteki produkt leczniczy, podlega grzywnie". Z powyższego wynika zatem, że niezależnie od grzywny określonej we wskazanym wyżej art. 131 Prawa farmaceutycznego funkcjonować będzie regulacja określona w ustawie o zawodzie farmaceuty, penalizująca podejmowanie – bez wymaganych prawem uprawnień – czynności przypisanych wyłącznie farmaceutom.

Ostatni z przepisów karnych – art. 81 ustawy o zawodzie farmaceuty - mówi o powierzeniu wykonywania zawodu farmaceuty osobie, która nie posiada wymaganych uprawnień. Ustawodawca przewidział w tej sytuacji dwa rozwiązania karne: jeśli osoba ta zrobi to nieumyślnie - zostanie ukarana grzywną. W innym przypadku karą będzie grzywna albo kara ograniczenia wolności. Jak wynika z literalnego brzmienia omawianego przepisu, jego adresatem jest każdy, kto dokonuje powierzenia wykonywania zawodu farmaceuty osobie nieuprawnionej, a więc nie tylko podmiot, który prowadzi działalność reglamentowaną w postaci apteki, w której nie zatrudni farmaceuty posiadającego stosowne uprawnienia; konsekwencje ww. czynu może ponieść także na przykład kierownik apteki, który pozostawi powierzoną mu placówkę ochrony zdrowia publicznego pod nadzorem wyłącznie technika farmaceutycznego. Zakaz wynikający z tego przepisu adresowany jest do wszystkich podmiotów (osób fizycznych i prawnych), bez względu na powód powierzenia wykonywania zawodu farmaceuty osobie nieuprawnionej.

Podsumowując, zasadne zdaje się być stwierdzenie, że ustawodawca umieszczając omówione powyżej przepisy karne w ustawie o zawodzie farmaceuty, dosadnie podkreślił rangę i charakter ww. zawodu, zastrzegając działania związane ze świadczeniem opieki farmaceutycznej i usług farmaceutycznych wyłącznie dla osób posiadających stosowne umiejętności, kwalifikacje i uprawnienia.

afw

dr n. farm.
GRZEGORZ PAKULSKI
Wielkopolski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny.

www.stock.adobe.com

dr n. farm. WOJCIECH MUSIAŁ

Ustawa O ZAWODZIE FARMACEUTY

Nadzieje i obawy

Przeglądając niezależne strony związane z farmacją i aptekarstwem, natrafiłem na taki oto wpis: „Gdybym miał dzisiaj wybierać dyplom magistra farmacji albo sznur, wybrałbym sznur". Prawdopodobnie autorem jest młody farmaceuta – aptekarz, który boleśnie zderzył się z realiami aptecznej pracy w konfrontacji z narracją na temat wyjątkowości zawodu farmaceuty wpajaną w czasie studiów i przekazywaną przez władze Naczelnej Izby Aptekarskiej.

Od kilku miesięcy karmieni jesteśmy newsami na temat wyjątkowej, wręcz wiekopomnej chwili, jaką było uchwalenie i podpisanie przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej ustawy o zawodzie farmaceuty (UOZF). Przedstawiana jest ona jako swoisty Święty Graal farmacji. Myślę, że warto zadać sobie trochę trudu i przeczytać tę ustawę,

mającą być fundamentem, na którym będziemy budować nowoczesną farmację w Polsce. Gdy czytam UOZF, wzbudza on we mnie obawy, zdumienie i skłania do refleksji. Niektórymi z nich chcę się podzielić, zaznaczając, że są one subiektywne i są pochodną mojego wieloletniego doświadczenia zawodowego oraz obserwacji rynku farmaceutycznego i aptecznego.

Refleksja 1

Czytając kilkukrotnie ustawę, zauważyłem brak ważnego zapisu dotyczącego kompetencji farmaceuty do wykonywania szczepień jako świadczenia zdrowotnego. Otóż w UOZF nie ma ani słowa na temat usługi szczepień w aptekach! Forsowana przez Senat RP poprawka wprowadzająca szczepienia do aptek została odrzucona w ostatecznym głosowaniu Sejmu. Jest to niezwykle istotne, gdyż od dłuższego czasu NIA bardzo mocno optuje za tą usługą. Jaki jest tego rzeczywisty cel, jeśli nie jest ona ujęta w zapisach ustawy?

Zapytam wprost: dlaczego władze NIA, zamiast podejmować działania w kierunku możliwości realizacji zapisów ustawy o zawodzie, tak ochoczo podejmują działania z nią niezwiązane? Dlaczego nie widać zaangażowania na rzecz projektów rozporządzeń wykonawczych do UOZF, które będą niezbędne do tego, aby zapisy ustawy mogły być realizowane? Bez rozporządzeń wykonawczych większość punktów pozostanie w sferze życzeń! NIA uparcie brnie w szczepienia, mimo że Ministerstwo Zdrowia twierdzi, iż problemem nie jest zbyt mała liczba zespołów szczepiennych, bo tych jest dość, ale odpowiednia ilość szczepionek, gdyż tych dość nie jest.

Kompetencja szczepień przez farmaceutów, wprowadzona tzw. ustawą covidową, dotyczy wyłącznie szczepień przeciw COVID-19. Upoważnienie do tych szczepień otrzymali też przedstawiciele innych zawodów medycznych (na przykład fizjoterapeuci i diagności laboratoryjni).

Refleksja 2

Ustawa liczy czterdzieści kilka stron. Sporo. Ale większość z nich dotyczy spraw, które podsumować można fragmentem piosenki Kuby Sienkiewicza: „tony papierów, tony analiz, genialne myśli, tłumy na sali". Jak inaczej bowiem ocenić chociażby rozdział 5, dotyczący rozwoju zawodowego farmaceuty? Temat specjalizacji, szkoleń, komisji, zespołów, wymogów ciągnie się przez prawie 20 stron. Jeśli skonfrontujemy to z rzeczywistością, w której nabór na specjalizacje jest praktycznie zerowy, to mamy jeden z wielu zapisów, które mogą okazać się martwe.

Farmaceuci nie ruszą tłumnie, by się specjalizować, tylko z racji wejścia w życie UOZF. Odpowiedź na pytanie „dlaczego?" jest znana każdemu aptekarzowi realnie stąpającemu po ziemi. Dominująca większość z nas pracuje w aptekach ogólnodostępnych. A w ich przypadku żadnego przełożenia kwalifikacji zawodowych, w tym specjalizacji, na uposażenie nie ma. Do znudzenia można przypominać, że wynagrodzenie farmaceuty apteki ogólnodostępnej zależne jest obecnie od obrotu i umiejętności sprzedażowych, a nie od jego wiedzy fachowej. Dla pacjentów natomiast ważna jest przede wszystkim cena, z reguły zawsze zbyt wysoka.

Fakty są takie, że właściwie jedynie w zakresie farmacji szpitalnej specjalizacje mają istotne znaczenie, stąd też „szpitalnicy" specjalizacje robią. UOZF wprowadza obowiązek posiadania specjalizacji przez kierownika apteki szpitalnej, specjalizacja ma zatem bezpośrednie przełożenie na karierę zawodową. Motywacją do robienia specjalizacji lub kursów certyfikowanych dla pozostałej części farmaceutów będą kompetencje do świadczenia opieki farmaceutycznej, która jako świadczenie zdrowotne będzie mogła być kontraktowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Obawa jest taka, że beneficjentem tego kontraktu może być wyłącznie przedsiębiorca prowadzący aptekę.

Refleksja 3

Artykuł 4 rozdziału 1 UOZF stanowi: „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego" i wymienia narzędzia do realizacji, w tym opiekę farmaceutyczną i usługi farmaceutyczne. Brzmi to pięknie. Rzeczywiście, na pierwszy rzut oka może się wydawać, że zapisy te są sukcesem. Ale diabeł tkwi w szczegółach, a te zawarte są w ust. 2 i 3 tego rozdziału. I definiują szczegółowo zarówno usługi, jak i czynności. Apteka w Polsce ma przestać być sklepem, a stać się faktycznie placówką ochrony zdrowia publicznego. Nie przypominam sobie żadnych doniesień na temat planowania zmian w zakresie funkcjonowania aptek, a działania największych graczy na rynku polskim skupiają się na zachowaniu status quo i dalszej koncentracji rynku, redukcji zatrudnienia oraz minimalizacji kosztów działalności.

Refleksja 4

Ani jednym zdaniem UOZF nie odnosi się jasno do wynagrodzenia, jakie otrzymywać miałby farmaceuta za świadczone usługi. Zapis o opiece farmaceutycznej jako „świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych" to pustosłowie. Deklaracja, że kwestie finansowe będą regulowane odrębnymi przepisami, wzbudza we mnie nieufność i niepokój. Zbyt wiele razy przekonałem się, ile warte są deklaracje polityków, by wierzyć w ich zapewnienia. Fakty są takie, że przez lata nie znaleziono źródła finansowania nocnych dyżurów aptek. I nie czarujmy się. To oddolne bunty zdesperowanych aptekarzy prowadzących głównie rodzinne apteki zmusiły NIA do działań w tej sprawie. Niestety, skuteczności działania w sprawie dyżurów nadal pogratulować nie można. Jaką można mieć zatem nadzieję, że wykonujący opiekę farmaceutyczną otrzyma satysfakcjonujące wynagrodzenie?

Zwolennicy opieki farmaceutycznej często powołują się na wyniki badań ankietowych co do istotności tej usługi dla pacjenta. W badaniach tych brakuje jednak ważnego pytania. Brzmi ono: „Ile Pani/Pan skłonna/y jest za taką usługę zapłacić?". Twierdzę, że odpowiedź byłaby krótka: „NIC". Warto też zauważyć, że budżet NFZ świeci już pandemicznymi pustkami i instytucja ta raczej nie wyłoży pieniędzy na finansowanie opieki farmaceutycznej.

Czy państwo zapłaci farmaceutom za świadczenia zdrowotne? Czy będzie to godna stawka, czy taka jak obecnie za

wykonanie leku recepturowego? Ta usługa wyceniana jest dziś poniżej ceny wylania jednego metra kwadratowego posadzki.

Refleksja 5

Wyobraźmy sobie sytuację, gdy sprzedawca w McDonald's informuje klienta o szkodliwości żywności fast food, zachęcając równocześnie do zakupu owoców w pobliskim zieleniaku. Raczej długo by nie popracował. W sytuacji takiego właśnie sprzedawcy może nas postawić ustawa o zawodzie farmaceuty. Zgodnie z jej zapisami (rozdział 1 art. 4 ust. 2, 3), farmaceuta zobowiązany będzie do świadczenia opieki i udzielania porad, których celem jest bezpieczeństwo lekowe pacjenta. A to wiąże się z ograniczeniem zużycia leków i suplementów diety. Pogodzenie tych zapisów z realiami funkcjonowania apteki, która musi wypracować zysk ze sprzedaży, jest niemożliwe. Równie dobrze można godzić ogień z wodą. Wymagałoby to przedefiniowania sposobu finansowania aptek, co wydaje się niewykonalne. Z wielu powodów. Wymienię pandemię, deficyt budżetowy czy ugruntowany patologiczny system funkcjonowania aptek, pilnowany przez największych graczy, dążący do maksymalizacji sprzedaży i sprowadzający apteki do funkcji sklepu. Czemu innemu bowiem służą liczne szkolenia sprzedażowe dla pracowników aptek? Czy wobec powyższych faktów farmaceuta zaryzykuje utratę pracy, gdy zamiast zwiększać obrót apteki, ten obrót swoimi działaniami, w zgodzie z UOZF, zmniejszy?

Refleksja 6

Czytając kolejne punkty definiujące, czym jest opieka farmaceutyczna (rozdział 1 art. 4 ust. 2), nie sposób oprzeć się wrażeniu, że zapisy ustawy nie tylko dodają kompetencji, ale nakładają na farmaceutów ogromne, dodatkowe obciążenia. Przybywa znacząco obowiązków, za które tylko i wyłącznie odpowiedzialność ponosić będzie farmaceuta. Jeżeli praca ta ma być wykonana sumiennie, należy już teraz zadać pytanie: kiedy i kto ma ją wykonywać?

Według danych NFZ, na jedną aptekę przypada około 1,5 etatu farmaceuty. W teorii. Twarde fakty są takie, że tylko przy opiniowaniu wniosku o stwierdzenie rękojmi należytego prowadzenia apteki przedstawiany jest grafik pracy zatrudnionych farmaceutów i jest to grafik obsady fachowej dopasowany perfekcyjnie do godzin otwarcia danej apteki. Oglądając grafiki pracy niektórych naszych aptekarzy, Aleksiej Stachanow by się zawstydził.

Czyżby na etapie tworzenia tych zapisów liczono się z bylejakością ich wykonania czy wręcz całkowitą niewykonalnością? Czy jednak zapisy o opiece farmaceutycznej mają w przyszłości rzeczywiście przemodelować funkcjonowanie aptek?

Świadczenie opieki farmaceutycznej nie jest fizycznie możliwe w sytuacji, gdy przy minimalnej obsadzie farmaceuta ma pogodzić obowiązki nałożone przez WIF, RODO, NFZ, ZSMPOL i co tam jeszcze, za których niedopełnienie każda z tych instytucji z osobna grozi karami. Nie można się więc dziwić, iż farmaceuci, którzy porzucili zawód aptekarza i apteki, twierdzą, że oprócz wyższego wynagrodzenia w nowej firmie nade wszystko cenią sobie większy spokój i kulturę pracy. Czy ci, którzy w aptekach pozostali, znajdą czas i siły, by podołać jeszcze dodatkowym obowiązkom?

TYLKO TWARDE EGZEKWOWANIE OBOWIĄZUJĄCYCH JUŻ PRZEPISÓW I REALNE WSPARCIE DLA PROWADZENIA APTEK PRZEZ NIEZALEŻNYCH FARMACEUTÓW POZWOLI NA UZYSKANIE PRZEZ NAS UPRAGNIONEJ SAMODZIELNOŚCI ZAWODOWEJ. ŻADEN, NAWET PISANY ZŁOTYM ATRAMENTEM PAPIER NAM TEGO NIE ZAGWARANTUJE

Refleksja 7

Być może jednak zapisy powyższe mają inny sens. Jeżeli wykonywanie opieki i usług farmaceutycznych możliwe będzie poza apteką, to będzie to prosta droga do tego, by ustawa o zawodzie stała się kluczem do realizacji

idei „apteki bez aptekarza". Jeżeli znaczna grupa farmaceutów zrezygnuje z pracy w aptece (rezygnacja z wykonywania zawodu aptekarza jest trwałym, nasilającym się trendem), to z pewnością najwięksi gracze rynku detalicznego podniosą postulaty umożliwienia prowadzenia apteki bez magistra farmacji. Argumentując to, tak jak zawsze, dobrem ... No właśnie, klienta czy pacjenta? A jak łatwo zmienić zapisy ustaw pod wpływem lobbingu, wie każdy, kto obserwuje politykę.

Gdybyśmy jednak przyjęli optymistyczną wersję, że farmaceuci stanowić będą trzon personelu apteki (a nie jak dzisiaj: magister plus dwóch techników), to już dzisiaj należałoby bezwzględnie dążyć do wprowadzenia mechanizmów mających za zadanie zmianę tych proporcji. Zmniejszanie się liczby aptek od momentu wprowadzenia tzw. ustawy „apteka dla aptekarza" (AdA) w żaden sposób nie przełożyło się na zwiększenie zatrudnienia farmaceutów w aptekach. Realizowana jest polityka taniości, a nie jakości. A kluczem do zapewnienia nie tylko właściwej opieki nad pacjentem, ale i przywrócenia właściwej roli, jaką apteka powinna pełnić, jest zwiększenie liczby zatrudnionych w aptekach, dobrze wykształconych w polskich uczelniach farmaceutów. W polskich, a nie w uczelniach o bliżej nieokreślonych standardach kształcenia spoza Unii Europejskiej, czym grozi dopuszczanie do wykonywania zawodu farmaceuty spoza UE bez nostryfikacji dyplomu i weryfikacji, czy jego wykształcenie odpowiada wykształceniu na polskim wydziale farmaceutycznym. Wystarczy, że aplikujący zda FEW - farmaceutyczny egzamin weryfikacyjny! Czy takie rozwiązanie będzie skutkowało podniesieniem poziomu usług farmaceutycznych w Polsce, czy jednak jest obliczone na pozyskanie jak najtańszych pracowników, gdy polscy farmaceuci rezygnują z wykonywania zawodu ze względów ekonomicznych?

Co ciekawe, zdanie FEW nie uprawnia do wykonywania zawodu na uczelniach, nie umożliwia rozpoczęcia kariery naukowej. Tu już potrzebna jest nostryfikacja dyplomu. Będziemy mieli magistrów farmacji z różnymi prawami wykonywania zawodu? To prawo wykonywania zawodu w aptece i hurtowni będzie mogło być niepełne i ograniczone? Na takim rozwiązaniu nie zbudujemy nowej pozycji naszego zawodu.

REALIZOWANA JEST POLITYKA TANIOŚCI, A NIE JAKOŚCI. A KLUCZEM DO ZAPEWNIENIA NIE TYLKO WŁAŚCIWEJ OPIEKI NAD PACJENTEM, ALE I PRZYWRÓCENIA WŁAŚCIWEJ ROLI APTEKI, JEST ZWIĘKSZENIE LICZBY ZATRUDNIONYCH W APTEKACH, DOBRZE WYKSZTAŁCONYCH W POLSKICH UCZELNIACH MEDYCZNYCH FARMACEUTÓW

Refleksja 8

W ustępie 6 rozdziału 1 czytamy: „Usługi farmaceutyczne, o których mowa w ust. 3 pkt 3 i 4, mogą być udzielane przez farmaceutę przy użyciu systemów teleinformatycznych lub środków komunikacji elektronicznej". Telefoniczny wywiad i porada? Jak funkcjonuje taka opieka zdrowotna, możemy codziennie się przekonać. Ale zapis stanowi wytrych pozwalający na wypracowanie swoistego „teleaudio", w którym nieznany głos niewidzianemu pacjentowi udzielać będzie porad w zakresie produktów bez recepty. Oczami wyobraźni widzę już usługę opatrzoną logo dyskontu, sieci aptek lub stacji benzynowych. Doświadczenie uczy, że tam, gdzie pozostaje luka umożliwiająca dodatkowy zysk, tam kapitał nie będzie miał zahamowań (vide reklamy leków bez recepty, suplementów diety, naginanie do maksimum zakazu reklamy aptek, wypychanie leków do obrotu pozaaptecznego). Czy pracuje się nad rozwiązaniami eliminującymi potencjalne, acz nieuniknione patologie płynące wprost z tego zapisu?

Refleksja 9

Czytamy, że opieka farmaceutyczna stanowić będzie „dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując

z pacjentem i lekarzem prowadzącym…" (rozdział 1 art. 4 ust. 2). Wymagać to będzie prowadzenia odrębnej dokumentacji i przestrzegania RODO. Ten problem można jednak pokonać bez większych trudności. Jak jednak wybrnąć z problemów ujawniających się we współpracy z lekarzem? Nie oszukujmy się - lekarze mają wobec nas postawę obojętną. Liczne badania prowadzone nad wdrażaniem opieki farmaceutycznej często dotyczą poziomu akceptacji lekarzy dla rekomendacji farmaceutów. Zmiany wymaga paternalistyczna relacja pomiędzy lekarzami a innymi zawodami medycznymi, w tym farmaceutami. To wymaga drastycznych zmian w mentalności. W polskich realiach będzie to bardzo trudne.

Refleksja 10

Można odnieść wrażenie, że UOZF ma przekształcić farmaceutę w fachowca monitorującego farmakoterapię pacjenta i korygującego ją w razie konieczności. Dostęp do IKP (internetowe konto pacjenta) umożliwi zapoznanie się z wynikami laboratoryjnymi, diagnostyką i lekami zlecanymi przez wszystkich lekarzy w systemie.

Wprowadzenie w życie tych zapisów UOZF już teraz wymaga drastycznego przebudowania struktury studiów na wydziałach farmaceutycznych. Jak odnajdzie się w nowej sytuacji na przykład Wydział Chemii Uniwersytetu Opolskiego, na którym otwarto niedawno kierunek farmacja? Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej chwali się faktem kształcenia na tym wydziale farmaceutów, jakby był to jego osobisty sukces.

Czy drastyczna zmiana z profilu chemicznego studiów na wybitnie medyczny zostanie zaakceptowana przez kadrę dydaktyczną, czy wpłynie to na zmiany kadrowe na wydziałach farmacji?

Równocześnie rodzą się pytania o zapisy ustawy dotyczące wykonywania badań diagnostycznych w ramach opieki farmaceutycznej. Kto je ma zlecać? Kto finansować? Jaki będzie ich zakres? I wreszcie, czy farmaceuci będą przygotowani do ich interpretacji? To są kolejne pytania, na które już teraz NIA powinna szukać odpowiedzi.

Refleksja 11

Podsumowując wcześniejsze rozważania, twierdzę, że od farmaceutów w zawodzie już pracujących, nieważne ile lat, wymagać się będzie dodatkowej szerokiej wiedzy, której nie zdobyli ani na studiach, ani w pracy zawodowej. Jak bumerang wraca więc problem szkoleń. Jest on oczywiście ujęty w UOZF. Nie myślę tu jedynie o specjalizacjach, ale i o certyfikowanych kursach. Rzetelne prowadzenie certyfikowanych szkoleń przygotowujących farmaceutów do świadczenia opieki farmaceutycznej wymaga podjęcia działań niezwłocznie. Z inicjatywą powinny wyjść okręgowe izby aptekarskie, nawiązując współpracę wyłącznie z uniwersytetami medycznymi, jako jednostkami akredytowanymi. System kształcenia podyplomowego, także tego ciągłego, wymaga gruntownej przebudowy.

Czy największe sieci aptek pozwolą na rezygnację z punktowanych szkoleń produktowych i eliminację szkoleń sprzedażowych? Czy może właśnie na takie szkolenia zostanie przeznaczony sześciodniowy urlop szkoleniowy przysługujący każdemu

farmaceucie na podstawie UOZF? Obecnie nie ma zapisów eliminujących chociażby koordynatorów szkolących z umiejętności sprzedaży pracowników aptek w dyskontach czy przedstawicieli motywujących do sprzedaży „jednego, nadzwyczajnego magnezu made in garaż w piwnicy". A takie działania nie powinny być uznawane jako szkolenie podyplomowe.

Refleksja 12

Zapisy UOZF wprowadziły wiele zmian w ustawie o izbach aptekarskich i ustawie Prawo farmaceutyczne. Jednak nie wprowadziły żadnych zmian w zapisach Prawa farmaceutycznego w zakresie funkcjonowania punktów aptecznych i obrotu pozaaptecznego lekami. Ten ostatni, przypomnę, według słów wiceprezesa NRA na Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Jachrance w 2016 r., miał być rozwiązany w kilka miesięcy. Wiceprezes NRA się nie zmienił, a temat jak leżał, tak leży odłogiem. Nikt z delegatów na KZA w 2020 r. nie rozliczał władz NIA z niespełnionych obietnic.

Czy należy rozumieć, że według UOZF lek jest potencjalnie niebezpieczny i objęty szczególnym nadzorem farmaceuty tylko w aptece i hurtowni? W punkcie aptecznym czy sklepie już nie ma takiej potrzeby. Otóż definicja porady farmaceutycznej (również rozdział 3 art. 28), skądinąd słuszna, obliguje nas farmaceutów do pieczy nad lekiem i pacjentem. Nie odnosi się jednak do ponad tysiąca punktów aptecznych, w których dopuszczono do obrotu większość leków dystrybuowanych w aptekach. A środowiska skupiające właścicieli punktów aptecznych optują, na razie szczęśliwie bezskutecznie, za poszerzeniem asortymentu leków w tychże punktach aptecznych. Oczywiście w imię dobra pacjenta. W punkcie aptecznym nie jest wymagana obecność farmaceuty. Obecny w UOZF zapis o kierowaniu punktem aptecznym przez farmaceutę jest zapisem wyłącznie życzeniowym. Tak samo jest w przypadku sprzedaży pozaaptecznej. W placówkach prowadzących taką sprzedaż sprzedawca może przekazać klientowi (nie pacjentowi) informacje powzięte po przeczytaniu ulotki! Mamy więc rzeczywistość, w której przysłowiowa aspiryna z produktu dyskontowego leżącego obok gumy do żucia oraz produktu leczniczego, co do którego właściwości nie jest wymagana w punkcie aptecznym żadna wiedza, staje się produktem niebezpiecznym, za którego wydanie niezgodne z UOZF grozić będą sankcje.

Proszę się nie oburzać i nie mówić, że technicy „znają się na lekach". Proponuję przeanalizować program kształcenia, egzaminowania i inne elementy związane ze szkoleniem techników i wtedy zacząć dyskusję na temat rzeczywistych kwalifikacji obecnie kształconych

techników. Przy okazji warto przypomnieć, że przywrócenie kształcenia w zawodzie technik farmaceutyczny to jeden z wątpliwych „sukcesów" NIA w ostatnich latach.

Refleksja 13

Analizując zapisy UOZF, można dojść do wniosku, że rolą farmaceutów jest ograniczanie do niezbędnego minimum sprzedaży leków. I bardzo słusznie. Jak najbardziej popieram. Koszty leczenia powikłań polekowych, nie tylko finansowe, ale i społeczne, są przeogromne. Ale zapisy tej ustawy stoją w skrajnej sprzeczności z interesami koncernów farmaceutycznych i funduszy inwestycyjnych zainteresowanych maksymalizacją sprzedaży i zysków. Osobiście nie wierzę, by jakikolwiek rząd ustąpił przed potężnym kapitałem. Jak postępuje BIGPHARMA, mamy okazję obserwować na bieżąco. Farmaceuta w tej grze nie ma w rzeczywistości nic do powiedzenia. Na przykład na temat sensowności i bezpieczeństwa dopuszczenia do obrotu „ekonomicznego" opakowania apapu po 100 tabletek sprzedawanego w wyjątkowej ofercie w aptece internetowej z odbiorem gratis w paczkomacie.

Czy więc rząd i politycy znajdą w sobie przede wszystkim odwagę i wolę by zracjonalizować obrót lekiem w trosce o pacjenta? Na razie nic na to nie wskazuje. Makdonaldyzacja oczekiwań w sferze polityki lekowej zbiera swoje żniwo. Ma być łatwo, tanio i dużo. Czy przy tak prowadzonej polityce właściciel realnie prowadzonej apteki będzie miał z czego wypłacić wynagrodzenie?

Bojowo nastawionym młodym wilczkom farmacji, którzy w Internecie twierdzą, że to problem właściciela, a nie ich, przypomnę, że jeżeli właściciel uzna, iż wynik finansowy jest niezadowalający, to zwolni najkosztowniejszych pracowników lub obniży im pensję. Albo zlikwiduje niedochodowy biznes i otworzy inny, w którym raczej farmaceuta nie znajdzie zatrudnienia (vide apteki Hebe).

Refleksja 14

Część zapisów UOZF całkowicie przemodelowuje zadania apteki. Widzę tu jednak pewną niekonsekwencję. W obowiązujących przepisach dotyczących wymagań dla lokalu apteki nie znajduje się nawet wzmianka o pomieszczeniach, w których można prowadzić czynności związane z opieką farmaceutyczną. Powstaje więc pytanie: czy planowane są zmiany przepisów regulujących strukturę pomieszczeń aptecznych? I wreszcie najważniejsze - czy apteki są przygotowane pod względem lokalowym do tych usług lub mają możliwości przystosowania się do nowych wymagań? Twierdzę kategorycznie, że większość NIE. Co zatem z zapisami będzie? Czy – jak pisałem - wyprowadzą one opiekę i farmaceutów poza apteki? Czy podzielą apteki na lepsze (z opieką) i gorsze (bez opieki)? Czy doprowadzą kolejnych, zmęczonych nieustającą walką o przetrwanie doświadczonych aptekarzy do decyzji o likwidacji aptek?

Refleksja 15

Artykuł ustawy dotyczący zadań zawodowych farmaceuty stanowi, że farmaceuta sprawuje „nadzór nad czynnościami wykonywanymi w aptece przez studenta kierunku farmacja albo przez technika farmaceutycznego w zakresie czynności, których technik nie może wykonywać samodzielnie" (rozdział 1 art. 4 ust. 4 p. 8).

ZMIANY WYMAGA PATERNALISTYCZNA RELACJA POMIĘDZY LEKARZAMI A INNYMI ZAWODAMI MEDYCZNYMI, W TYM FARMACEUTAMI. KONIECZNE SĄ DRASTYCZNE ZMIANY W MENTALNOŚCI. W POLSKICH REALIACH BĘDZIE TO BARDZO TRUDNE

Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, w której technicy wykonywać będą polecenia koordynatorów, bojąc się utraty premii lub pracy, a nie odpowiadającego za jego pracę farmaceuty. Czy będziemy umieli być wystarczająco asertywni i przygotowani do tego, aby wyegzekwować działania tylko zgodne z dobrem pacjenta i prawem?

Nic nie stoi też na przeszkodzie, by dominujący w aptekach technicy podjęli kształcenie zdalne (obecnie powszechne)

w niespełniających polskich standardów placówkach dydaktycznych poza Polską. Wystarczy zdać FEW i dostać Prawo Wykonywania Zawodu, ale tylko w aptece i hurtowni. Przy bezwzględnej postawie sieci prowadzących w Polsce apteki wystarczy sfinansowanie takich „studiów" technikom, by za kilka lat mieć grupę uległych magistrów realizujących wszystkie cele firm. Ktoś powie: „Ale mamy niezależność!". Przy strukturalnym bezrobociu farmaceutów nikt nie ośmieli się zaryzykować swojej wypłaty, przeciwstawiając się decyzjom koordynatora. By do opisywanej sytuacji nie doszło, odpowiednie władze (również NIA) i instytucje muszą jak najszybciej wypracować rzetelne metody weryfikacji wiedzy w zakresie wymaganym od studentów farmacji na polskich uczelniach. Nie może być Prawa Wykonywania Zawodu dwóch kategorii, bo to jest nieuczciwe wobec pacjentów. Jak na nieuczciwości można budować zaufanie społeczne?

Refleksja 16

Refleksja ta dotyczy norm zatrudnienia w aptekach szpitalnych. Już dzisiaj są one kwestionowane. Papier jest cierpliwy, ale czy znajdą się fundusze i wola na pokrycie kosztów zatrudnienia jednego farmaceuty na 100 szpitalnych łóżek (rozdział 7 p. 4)? Próby zrealizowania tego celu za najniższe możliwe wynagrodzenie przewidziane w siatce płac dla farmaceutów w szpitalach skazane są na niepowodzenie. Dyrektorzy będą się tłumaczyć: my chcieliśmy, nieustająco dajemy ogłoszenia o zatrudnieniu, ale nie ma farmaceutów na rynku, zapis nie jest zatem możliwy do zrealizowania.

A te zapisy są pokłosiem raportu NIK z 2017 r., w którym wskazuje się, że zatrudnienie farmaceutów w aptekach szpitalnych jest niewystarczające i nie pozwala na realizację wszystkich ustawowych zadań apteki w szpitalu.

Refleksja 17

Ustawa znacząco rozszerza obowiązki kierownika apteki ogólnodostępnej, wprowadzając dodatkowe obowiązki w art. 88 ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne. Do obowiązków tych dodano: opiniowanie pisemnych opisów stanowisk, monitorowanie realizacji i dokumentowanie szkoleń personelu, realizacja kontroli wewnętrznych w aptece według ustalonego programu, wprowadzanie działań naprawczych i zapobiegawczych, dokumentowanie przekazywania zadań personelowi apteki, zapewnienie prawidłowego wykonywania procedur obowiązujących w aptece. To jest początek zarządzania apteką w systemie jakości, na wzór Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, która już funkcjonuje w hurtowniach farmaceutycznych. Będzie to wymagało szkoleń z zakresu budowania systemu zarządzania jakością w aptece, napisania procedur i instrukcji operacyjnych, walidacji systemu jakości stosowanego w aptece itd. Dodatkowo zapisy ustawy znacząco zwiększają odpowiedzialność kierownika za funkcjonowanie apteki. Uważam, że ten fragment powinien być głośno poruszany przez wszystkie okręgowe izby aptekarskie, które powinny przygotować program szkoleń dla kadry kierowniczej aptek właśnie z zakresu zarządzania i budowania systemu jakości w aptekach. Czy za cenę tego dodatkowego wysiłku i zwiększonej odpowiedzialności

niezależność kierownika apteki stanie się faktem?

Tu jestem realistą - sceptykiem. Wielkie fundusze inwestycyjne prowadzące sieci aptek w Polsce poradzą sobie z tym problemem. Jestem pewien, że już teraz sztaby prawników pracują nad jego rozwiązaniem. Tak jak od lat lawirują w obrębie obowiązujących już przepisów prawa farmaceutycznego i AdA. Obawiam się, że jest tylko kwestią czasu, gdy sieci wypracują mechanizmy omijające i te zapisy.

Jaką zresztą niezależność ma aptekarz pracujący na rzecz firmy, której nie jest właścicielem? ŻADNĄ. Tylko i wyłącznie od woli właściciela-pracodawcy zależy bowiem, czy aptekarz będzie miał pracę. Szczególnie gdy, stańmy w prawdzie, nasze kwalifikacje zawodowe i doświadczenie apteczne nie pozwalają nam na szybkie znalezienie pracy w innych branżach. W przemyśle chemicznym czy farmaceutycznym doświadczenie apteczne jest warte tyle co zeszłoroczny śnieg. Aptek sukcesywnie ubywa, a zatrudnienie farmaceutów w aptekach się nie zmieniło. Ciągłe oferty pracy tych samych przedsiębiorców służą sondowaniu rynku, jak można daleko się posunąć w obniżce wynagrodzenia. Dodatkowo stanowią silną presję na farmaceutę, by siedział cicho i realizował absurdalne pomysły właściciela. Jak bowiem inaczej traktować sytuację, w której aptekarz widzi ofertę pracy dla kierownika apteki, w której... jest kierownikiem?

Władze naszego samorządu aptekarskiego – zamiast zajmować się szczepieniami i brylować w mediach społecznościowych – powinny już od kilku miesięcy skupić się na ocenie realnego wprowadzenia w życie najważniejszych zapisów ustawy, tak aby rzeczywiście podnieść prestiż zawodu, obronić zapisy o jego niezależności. Ustawa wprowadza dla farmaceuty kompetencję wykonywania świadczeń zdrowotnych. Jest rolą samorządu, abyśmy nie byli pierwszym zawodem medycznym, który wykonuje je gratis, w imię źle pojętej misji. Dopóki nie będzie wypracowanego systemu finansowania nowych świadczeń, satysfakcjonującego farmaceutów, dopóty cała idea kształcenia pod kątem sprawowania opieki farmaceutycznej skończy się tak, jak obecne specjalizacje, a kompetencje ustawowe w zakresie opieki farmaceutycznej będą wyłącznie kulą u nogi i martwym zapisem. Nawet najlepsza ustawa nie jest czarodziejską różdżką, która może błyskawicznie zmienić rzeczywistość. Tego doświadczyliśmy przez ostatnie 30 lat. Tylko twarde egzekwowanie obowiązujących już przepisów i realne wsparcie dla prowadzenia aptek przez niezależnych farmaceutów pozwoli na uzyskanie przez nas upragnionej samodzielności zawodowej. Żaden, nawet pisany złotym atramentem papier nam tego nie zagwarantuje.

ZAPIS O OPIECE FARMACEUTYCZNEJ JAKO „ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH" TO PUSTOSŁOWIE. DEKLARACJA, ŻE KWESTIE FINANSOWE BĘDĄ REGULOWANE ODRĘBNYMI PRZEPISAMI, WZBUDZA WE MNIE NIEUFNOŚĆ I NIEPOKÓJ

Chciałbym, aby każdy farmaceuta, zamiast dawać się karmić papką mediów internetowych, moderowanych często przez różne grupy interesów, zadał sobie trud przeczytania tej ustawy. Tak rzetelnie i w całości. Zachęcam do własnych refleksji, na ile jej zapisy da się wprowadzić w życie i w jaki sposób zmienią pracę każdego z nas. W przeciwnym razie zderzenie z rzeczywistością będzie tak bolesne, że wpisów podobnych jak zacytowany we wstępie będzie dużo więcej.

aiw

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

ŁUKASZ ŚWIDERSKI

NOWA PROCEDURA zmiany kierownika apteki

W dniu 16 kwietnia weszła w życie ustawa z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U.2021.97). Jedną ze zmian wprowadzanych tą ustawą jest nowa procedura zmiany kierownika apteki. Procedurę tę regulują nowe (zmienione ustawą o zawodzie farmaceuty) przepisy ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz.U.2020.944 z późn. zm.), tj. art. 88 i 93 Prawa farmaceutycznego.

I. Wymagania, które musi spełniać kandydat na kierownika apteki

W art. 88 ust. 2 Prawa farmaceutycznego i art. 93 ust. 3 Prawa farmaceutycznego określone zostały nowe wymagania (nazywane w Prawie farmaceutycznym warunkami), jakie musi spełniać kierownik apteki. W odniesieniu do kierownika apteki ogólnodostępnej są to następujące warunki:

1) posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii oraz co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy albo posiadanie co najmniej pięcioletniego stażu pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy;
2) wypełnianie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego;
3) wypełnianie obowiązków członka samorządu zawodu farmaceuty;
4) dawanie rękojmi należytego prowadzenia apteki.

W odniesieniu do kierownika apteki szpitalnej/zakładowej są to następujące warunki:

1) posiadanie co najmniej dwuletniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu w aptece szpitalnej lub zakładowej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważnika czasu pracy;
2) posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej lub farmacji aptecznej;
3) dawanie rękojmi należytego pełnienia funkcji kierownika apteki;
4) wypełnianie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego;
5) wypełnianie obowiązków członka samorządu zawodu farmaceuty.

W odniesieniu do poprzedniego stanu prawnego (obowiązującego do 15 kwietnia 2021 r.) zmieniły się:

1) okresy wymaganego stażu pracy w przypadku posiadania tytułu specjalisty (skrócenie z trzech lat do dwóch);
2) częściowo inne specjalizacje dla kierownika apteki szpitalnej/zakładowej i apteki ogólnodostępnej;
3) w odniesieniu do kierownika apteki szpitalnej/zakładowej posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej lub farmacji aptecznej jest warunkiem koniecznym (sam staż pracy nie wystarcza);
4) wprowadzone zostały nowe warunki:
   a) wypełnianie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego;
   b) wypełnianie obowiązku członka samorządu zawodu farmaceuty.

To właśnie spełnienie wszystkich ww. warunków jest analizowane/badane w ramach procedury zmiany kierownika apteki. Dotychczas procedura

www.stock.adobe.com

ta nie była uregulowana w przepisach Prawa farmaceutycznego tak szczegółowo i odnosiła się jedynie do dawania rękojmi należytego prowadzenia apteki. Nowe przepisy przewidują dwa tryby procedury zmiany kierownika apteki. Jest to tryb „normalny" oraz tryb na okoliczność wystąpienia „zdarzeń losowych".

II. Tryb „normalny"

Normalna/planowa zmiana kierownika apteki wymaga złożenia przez podmiot prowadzący aptekę wniosku do właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (dalej: WIF). Wniosek taki składa się przed planowaną datą zmiany kierownika, nie później niż 30 dni przed tą datą.

Kolejną nowością jest milczące procedowanie przez WIF takiego wniosku. Co do zasady wniosek taki może być załatwiony przez WIF milcząco (WIF nie kwestionuje wniosku). W takim przypadku wskazany we wniosku kandydat na kierownika apteki może objąć funkcję kierownika apteki z upływem 30 dni od dnia wniesienia tego wniosku. Jednakże w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku WIF może wnieść w drodze decyzji administracyjnej sprzeciw. Podstawą wniesienia sprzeciwu jest niespełnianie ww. warunków przez osobę ubiegającą się o funkcję kierownika apteki.

W TRYBIE „ZDARZEŃ LOSOWYCH" KANDYDAT MOŻE OBJĄĆ FUNKCJĘ KIEROWNIKA APTEKI JUŻ W DNIU ZŁOŻENIA WNIOSKU, A SAMO WNIESIENIE SPRZECIWU NIE POZBAWIA GO TEJ FUNKCJI

W przypadku wniesienia sprzeciwu (wydania przez WIF decyzji administracyjnej w tym przedmiocie) wskazany kandydat nie może objąć funkcji kierownika apteki. W takiej sytuacji podmiot prowadzący aptekę może oczywiście wnieść odwołanie do Głównego Inspektora Farmaceutycznego (a w dalszej kolejności skargę do wojewódzkiego sądu administracyjnego). Wniesienie odwołania/skargi nie uprawnia jednak „kandydata" do objęcia funkcji kierownika apteki.

III. Tryb w przypadku wystąpienia „zdarzeń losowych"

Gdy zmiana kierownika apteki jest spowodowana zdarzeniem, na które apteka (podmiot prowadzący aptekę) nie miała wpływu, wniosek w przedmiocie zmiany kierownika apteki należy złożyć niezwłocznie po zaistnieniu takiego zdarzenia. Zdarzeniami, na które podmiot prowadzący aptekę nie miał wpływu, zapewne będą wszystkie zdarzenia losowe i niemożliwe do przewidzenia, na przykład nagła choroba, porzucenie miejsca pracy przez dotychczasowego kierownika, tymczasowe aresztowanie czy śmierć kierownika apteki. Dopiero praktyka WIF pokaże, jakie sytuacje będą kwalifikowane jako zdarzenia losowe niemożliwe do przewidzenia i czy zdarzenia, które mogą być kwalifikowane dwojako, na przykład ciąża kierownika apteki lub urlop macierzyński wykorzystywany przez kierownika apteki jako ojca dziecka (tzw. tacierzyński), takim zdarzeniem będzie. A że spory na tym tle będą, jest niemal pewne (wynikać to będzie ze wskazanych poniżej „zalet" trybu „zdarzeń losowych").

W trybie „zdarzeń losowych" inaczej określony jest moment, od którego zgłaszany kandydat może pełnić funkcję kierownika apteki. W takim przypadku (jeżeli zmiana kierownika apteki jest spowodowana zdarzeniem, na które apteka nie miała wpływu) osoba ubiegająca się o funkcję kierownika apteki (wskazana we wniosku) może objąć tę funkcję z dniem złożenia wniosku – czyli „od razu", a nie jak w trybie „normalnym" po 30 dniach, przy braku sprzeciwu WIF. W omawianym trybie WIF ma również możliwość wniesienia sprzeciwu w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku. W przypadku wniesienia sprzeciwu przez WIF osoba ubiegająca się o funkcję kierownika apteki pełni tę funkcję nadal. Przestaje ją pełnić dopiero z dniem następującym

www.stock.adobe.com

po dniu, w którym decyzja o wniesieniu sprzeciwu stała się ostateczna, czyli co do zasady w przypadku bezskutecznego upływu terminu do wniesienia odwołania do Głównego Inspektora Farmaceutycznego (dalej: GIF) albo w przypadku wydania przez GIF decyzji podtrzymującej sprzeciw WIF, jeżeli wnioskodawca wniósł odwołanie od decyzji WIF w przedmiocie sprzeciwu.

W miejscu tym należy zasygnalizować błąd ustawodawcy dotyczący trybu „zdarzeń losowych". Art. 88 ust. 2e Prawa farmaceutycznego, który reguluje tryb „zdarzeń losowych", wskazuje, że kandydat przestaje pełnić funkcję kierownika „z dniem następującym po dniu, w którym decyzja, od której wniesiono sprzeciw, stała się ostateczna". Zauważyć jednak należy, że WIF wnosi sprzeciw co do samego wniosku o zmianę kierownika, który jest decyzją administracyjną. Żadnego sprzeciwu co do jakiejkolwiek decyzji nikt nie wnosi. Wykładnia celowościowa nakazywałaby interpretować tę „omyłkę" w taki sposób, że intencją ustawodawcy było uzyskanie waloru ostateczności przez sam sprzeciw, czyli decyzję administracyjną, którą jest sprzeciw WIF. W tym przypadku również praktyka pokaże, w jaki sposób WIF będzie interpretował ten przepis.

Jak widać, pozycja „kandydata" na kierownika apteki w obu trybach jest zasadniczo odmienna. W trybie „normalnym" kandydat może objąć funkcję kierownika apteki dopiero w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku i przy braku wniesienia sprzeciwu przez WIF, a samo złożenie sprzeciwu praktycznie kończy procedurę (wniesienie odwołania do GIF nie upoważnia do objęcia funkcji kierownika apteki). W trybie „zdarzeń losowych" kandydat może objąć funkcję kierownika apteki już w dniu złożenia wniosku, a samo wniesienie sprzeciwu przez WIF nie pozbawia go tej funkcji. Dopiero uzyskanie waloru ostateczności przez decyzję WIF o wniesieniu sprzeciwu (z uwzględnieniem powyższych uwag co do ewidentnego błędu redakcyjnego ustawodawcy) uniemożliwia tej osobie pełnienie funkcji kierownika. Proszę zwrócić uwagę, iż okres ten (od dnia wniesienia sprzeciwu do uzyskania waloru ostateczności przez decyzję o sprzeciwie) może być dosyć długi w przypadku wniesienia odwołania od decyzji WIF o sprzeciwie. Okres ten uzależniony będzie od „szybkości" procedowania takiego odwołania przez GIF.

W miejscu tym zasygnalizować można jedynie niewątpliwe sytuacje sporne, które będą pojawiać się na linii WIF/podmioty prowadzące apteki/kandydaci na kierowników apteki w przypadku wniesienia sprzeciwu w ramach trybu „zdarzeń losowych". Spory będzie zapewne budziła kwestia, jak zgłaszać „nowego" kandydata na kierownika apteki w razie skutecznego wniesienia sprzeciwu przez WIF w ramach trybu „zdarzeń losowych". Czy po uzyskaniu waloru ostateczności przez sprzeciw (zgłoszony kandydat przestaje pełnić funkcję kierownika apteki) kolejnego kandydata można zgłaszać w trybie „zdarzeń losowych" (może objąć funkcje w dniu złożenia wniosku"), czy jednak w trybie „normalnym" (kandydat musi czekać 30 dni na ewentualny brak sprzeciwu), tj. czy samo wniesienie sprzeciwu przez WIF i utrzymanie go w mocy może być traktowane jak „zdarzenie losowe"? Również w tym przypadku praktyka pokaże, jak do takich sytuacji będzie podchodził WIF.

IV. Udział organów samorządu zawodowego w procedurze zmiany kierownika apteki ogólnodostępnej

W odniesieniu do aptek ogólnodostępnych (tylko!) ustawodawca zapewnił właściwym miejscowo radom okręgowych izb aptekarskich (właściwa jest rada, której farmaceuta/kandydat jest członkiem) udział w procedurze zmiany kierownika apteki ogólnodostępnej.

WIF, niezwłocznie po otrzymaniu wniosku w zakresie zmiany kierownika apteki ogólnodostępnej, zwraca się do właściwej okręgowej rady aptekarskiej o wydanie w terminie 14 dni opinii dotyczącej spełniania przez danego kandydata wskazanych w ustawie warunków pełnienia funkcji kierownika apteki.

Na uwagę zasługuje fakt, iż dotychczas właściwe rady okręgowe rozstrzygały, czy dany kandydat daje rękojmię należytego prowadzenia apteki. Od 16 kwietnia 2021 r. opinia rady dotyczyć będzie spełnienia przez danego kandydata wszystkich warunków. Są to:

1) posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii oraz co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy albo posiadanie co najmniej pięcioletniego stażu pracy

w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy;
2) wypełnianie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego;
3) wypełnianie obowiązków członka samorządu zawodu farmaceuty;
4) dawanie rękojmi należytego prowadzenia apteki.

JEDYNIE WŁAŚCIWA OKRĘGOWA RADA APTEKARSKA MA INFORMACJE NA TEMAT SPEŁNIENIA WARUNKÓW WSKAZANYCH PRZEZ ART. 88 I 93 PRAWA FARMACEUTYCZNEGO

Jak widać z powyższego, opinia rady ma dotyczyć ustalenia, czy dany kandydat spełnia (zdaniem rady) wszystkie powyższe warunki, co zasadniczo poszerza kompetencje rady, ale również zwiększa jej obowiązki w zakresie ustalenia istnienia/spełnienia warunków w odniesieniu do danego kandydata.

Zwracam uwagę, iż w kontekście powyższych warunków bardzo istotna stanie się konieczność aktualizacji danych posiadanych przez daną okręgową izbę aptekarską, zwłaszcza w zakresie stażu pracy i uzyskiwanych specjalizacji. Równie istotne będzie realizowanie obowiązków względem samorządu zawodowego farmaceutów, które nie przejawią się jedynie w obowiązku płacenia składki, a dotyczą również na przykład uczestniczenia w pracach tego samorządu (przykładowo: uczestnictwo wybranych delegatów w obradach okręgowego zjazdu farmaceutów).

Proszę zwrócić uwagę, że spełnienie ww. warunków jest brane przez WIF pod uwagę „z urzędu" w kontekście wniesienia ewentualnego sprzeciwu. Jeżeli WIF w ramach procedury zmiany kierownika apteki ustali, że dany kandydat na przykład nie wypełnia obowiązków członka samorządu zawodowego farmaceutów, to wniesienie sprzeciwu staje się konieczne.

Również w odniesieniu do opinii właściwej rad okręgowej izby aptekarskiej możliwe jest „milczące" załatwienie sprawy. Brak wydania opinii w powyższym czternastodniowym terminie przez radę okręgowej izby aptekarskiej uznaje się za brak przeciwwskazań do pełnienia funkcji kierownika apteki. Jest to o tyle istotne, że w odniesieniu do rady jako organu kolegialnego (Wielkopolska Okręgowa Rada Aptekarska składa się z 21 członków) powyższy termin jest terminem bardzo krótkim i bez delegacji (przekazania kompetencji do wydawania opinii na przykład Prezydium Wlkp. ORA) praktycznie niemożliwy do dotrzymania.

Podkreślenia wymaga fakt, iż jedynie właściwa okręgowa rada aptekarska ma informacje na temat spełnienia warunków wskazanych przez art. 88 i 93 Prawa farmaceutycznego. O ile posiadanie stażu pracy i odpowiedniej specjalizacji może być łatwo udowodnione poprzez złożenie dokumentów to potwierdzających (świadectwa pracy, dyplom), o tyle wiedzę na temat spełnienia pozostałych warunków posiada jedynie właściwa rada okręgowej izby aptekarskiej. Powoduje to, że kompetencja rady do opiniowania kandydata na kierownika apteki staje się jeszcze istotniejsza.

Wskazać również należy, że powyższa procedura opiniowania przez właściwą okręgową radę aptekarską kandydata na kierownika apteki stosowana będzie odpowiednio w odniesieniu do wniosku o zezwolenie na prowadzenie apteki. To odpowiednie stosowanie będzie dotyczyć wydania w terminie 14 dni opinii o spełnieniu warunków pełnienia funkcji kierownika apteki przez kandydata na kierownika nowo otwieranej apteki ogólnodostępnej.

Nowa procedura zmiany kierownika apteki – część II

W artykule, który ukaże się w kolejnym wydaniu „Farmacji Wielkopolskiej" (nr 15), poruszone będą między innymi następujące kwestie:
1) odmienności w zakresie procedury zmiany kierownika apteki szpitalnej/zakładowej;
2) procedura zmiany kierownika działu farmacji szpitalnej;
3) aspekt czasowy zastrzeżonych terminów i ewentualne problemy dla funkcjonowania aptek;
4) potencjalne ryzyka i sytuacje „niebezpieczne";
5) podsumowanie i próba oceny dokonanych zmian.

afw

ŁUKASZ ŚWIDERSKI
Radca prawny Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Eugeniusz Jarosik

TRUDNY ROK

Wystąpienie prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. ALINY GÓRECKIEJ na II Sprawozdawczym Zjeździe Aptekarzy VIII kadencji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Za nami trudny rok, jeden z najtrudniejszych dla naszego pokolenia, które do tej pory nie doświadczyło nigdy pandemii i jej skutków. Ze względu na stan pandemii i ciągłe realne zagrożenie zakażeniem zmieniły się nasze zachowania, myśli, zmieniły się nasze obawy i sposób działania, także w sferze zawodowej. Każdy dzień w minionych dwunastu miesiącach był dniem pełnym obaw o zdrowie nasze i najbliższych, niepokoju o nasze firmy.

Wielu z nas doświadczyło kwarantanny, choroby i choroby współpracowników. Zmieniła się nasza świadomość, każdego dnia budzimy się z poczuciem, że żyjemy w innych realiach i funkcjonujemy inaczej niż dotychczas. Zmieniliśmy organizację pracy w aptekach i domach, zmieniły się nasze zachowania. Rzeczywistość jest opisywana przez pojęcia, które wcześniej nie funkcjonowały w naszym codziennym życiu: lockdown, kwarantanna, tarcza antykryzysowa, dystans społeczny, reżim sanitarny i spotkania z wykorzystaniem narzędzi do porozumiewania się na odległość.

NIE MOŻNA BYĆ TYLKO TROCHĘ NIEZALEŻNYM, BO NIE MOŻNA BYĆ TYLKO TROCHĘ ZAWODEM ZAUFANIA PUBLICZNEGO. NIEZALEŻNOŚĆ I ZAUFANIE PUBLICZNE TO WARTOŚCI ZERO-JEDYNKOWE

Pracujemy od roku zdalnie lub dzielimy zespół na dwa, które się ze sobą nie kontaktują. Rezygnujemy ze spotkań towarzyskich. Zmieniliśmy sposób spędzania wolnego czasu. Zweryfikowaliśmy plany urlopowe, szukając miejsc jak najmniej zatłoczonych i doceniając urodę naszych ogrodów. Rezygnowaliśmy z wyjazdów, a nawet ze spotkań rodzinnych w imię wspólnego bezpieczeństwa. Scyfryzowaliśmy maksymalnie wszystkie nasze aktywności z zakupami włącznie.

Po roku jesteśmy zmęczeni. Chcemy powrotu do życia sprzed marca 2020 r. Już tak bardzo nie

Małgorzata Gieliniak

zachwycają nas możliwości techniczne i najnowocześniejsze rozwiązania informatyczne, które pozwalają nam na zorganizowanie życia w czas zagrożenia epidemicznego. Tęsknimy za normalnością, w którą wpisana jest wolność i brak ograniczeń. Z każdym dniem doceniamy wartość bliskości z drugim człowiekiem, rozmowy i zwykłego bycia ze sobą. Maile nie mają emocji, najczęściej coś komunikują, nie zastąpią kontaktu bezpośredniego. Tęsknimy za poczuciem bezpieczeństwa jako czymś naturalnym, czymś, co odebrał nam niewidzialny wirus.

Widzimy zmiany w funkcjonowaniu aptek, w preferencjach ich wyboru przez pacjentów. Najczęściej odwiedzają oni apteki w pobliżu miejsca swojego zamieszkania. Dramatyczna jest sytuacja aptek zlokalizowanych przy poradniach, szpitalach i w centrach handlowych. Wiele zmian w wyborze apteki wygenerowała e-recepta i sposób jej realizacji. Nabiera tempa cyfryzacja procesów w aptekach. Dziś już rachunki refundacyjne wysyłamy elektronicznie, a refundacja spływa po kilku dniach, a nie po dwóch tygodniach. To akurat pozytywne zmiany.

Na potrzeby społecznego bezpieczeństwa zdrowotnego otrzymaliśmy jako zawód uprawnienie do wystawiania recept. Ustawy covidowe dają nam uprawnienie do wykonywania szczepień przeciw COVID-19. Zaczynamy kursy, aby poszerzyć swoje kompetencje.

Ważnym wydarzeniem minionego roku było podpisanie przez prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej i wiceministra zdrowia dokumentu „Strategia na rzecz rozwoju aptek", w którym wyznaczono wspólne cele działań w latach 2020-2021. Strategia zawiera deklarację:

- unormowania zasad i warunków pełnienia przez apteki ogólnodostępne dyżurów,
- zmodyfikowania zasad ustalania marż detalicznych dotyczących leków refundowanych, gwarantujących aptekom podniesienie rzeczywistej wartości marży detalicznej,
- ustanowienie zasady publikacji nowelizacji wykazów refundacyjnych raz na 3 miesiące,
- skutecznego egzekwowania stosowania przepisów antykoncentracyjnych,
- wprowadzenia norm zapewniających udział organów samorządu aptekarskiego w postępowaniach w sprawie udzielenia, cofania i zmian w zezwoleniach na prowadzenie aptek,
- maksymalnego skrócenia terminów spłat refundacji po przedstawieniu rachunku refundacyjnego,
- uregulowanie zasad obrotu pozaaptecznego,
- wsparcie starań farmaceutów szpitalnych o możliwość udziału w pracach dotyczących wynagrodzeń w ramach Rady Dialogu Społecznego.

Wszystkie te cele były od wielu lat treścią uchwał zjazdowych samorządu aptekarskiego. Mają zostać zrealizowane do końca roku 2021.

W grudniu 2020 r. zakończył się jeden z najważniejszych procesów legislacyjnych dla naszego zawodu – procedowanie długo oczekiwanej ustawy o zawodzie farmaceuty, regulującej wykonywanie zawodu zaufania publicznego. Jest ona dopełnieniem otoczenia prawnego dla zawodu, który miał ustawę o izbach aptekarskich, ale nie miał ustawy o zawodzie. Oby finał, jakim jest już funkcjonująca ustawa, przyniósł satysfakcję wszystkim farmaceutom i przyczynił się do rozwoju zawodu. Czekaliśmy na nią 30 lat.

ZJAZD ONLINE

■ II Sprawozdawczy Zjazd Delegatów VIII kadencji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej odbył się 27 marca 2021 r. za pomocą środków porozumiewania się na odległość, przy wsparciu firmy teleinformatycznej. Uczestnikom spotkania zapewniono możliwość dyskusji oraz głosowania w trybie rzeczywistym.

Zjazd otworzyła prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Alina Górecka. Po niej głos zabrali zaproszeni goście: Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny dr n. farm. Grzegorz Pakulski oraz prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Kaliszu mgr farm. Jarosław Tuzikiewicz. Na zjeździe przedstawiono sprawozdania z rocznej działalności Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA, Okręgowego Sądu Aptekarskiego, Skarbnika Wlkp. OIA oraz Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Uczestnicy zjazdu mieli także możliwość zapoznania się ze sprawozdaniem z działalności Sekcji Pracowników Hurtowni Farmaceutycznych, prowadzonej przez mgr. farm. Mateusza Szamałka.

Dyskusję na temat bieżących spraw środowiska aptekarskiego wywołał wykład przygotowany przez mecenasa Łukasza Świderskiego, radcę prawnego naszej izby, który dotyczył zmian wynikających z wejścia w życie ustawy o zawodzie farmaceuty. (MG)

Na długiej i wyboistej ścieżce legislacyjnej zmiany w zapisach ustawy forsowały organizacje reprezentujące biznes, sugerujące, że właśnie wypracowują kompromis. Te propozycje nie były żadnym kompromisem. Zacięta walka toczyła się o zachowanie zapisów o niezależności wykonywania zawodu farmaceuty. Były próby ograniczenia tej niezależności, dokonania takiej zmiany, która niszczyła sens całej ustawy. Nie można być tylko trochę niezależnym, bo nie można być tylko trochę zawodem zaufania publicznego. Niezależność i zaufanie publiczne to wartości zero-jedynkowe. Przerażająca była siła i rozmiary lobbingu przeciw zapisom o niezależności wykonywania zawodu tych grup interesu, dla których farmacja to tylko biznes. To były sponsorowane artykuły, opłacane wypowiedzi ekspertów, przekłamywanie danych, potężna presja na posłów i senatorów. Wypada zadać sobie pytanie: dlaczego biznes tak bardzo boi się niezależności naszego zawodu? Farmaceuta musi przede wszystkim służyć pacjentom, a nie realizować cele biznesowe. I to zostało zapisane w tej ustawie i tego broniła izba aptekarska. Tylko tyle i aż tyle. Niezależność wykonywania zawodu, tajemnica zawodowa i zasady deontologiczne opisane w Kodeksie Etyki Aptekarza RP są fundamentem, na którym buduje się zaufanie społeczne do zawodu farmaceuty.

Ta ustawa określa także kompetencje zawodu farmaceuty i jego odpowiedzialność. Po raz pierwszy farmaceuta będzie miał określoną zapisem ustawowym kompetencję wykonywania świadczeń

Bardzo dobra współpraca z samorządem aptekarskim

■ Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny dr n. farm. Grzegorz Pakulski w czasie swojego wystąpienia online na tegorocznym zjeździe aptekarzy Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej podkreślił rolę współpracy administracji państwowej z samorządem zawodowym farmaceutów, która w jego opinii będzie w dalszym ciągu bardzo dobra, szczególnie ze względu na dynamicznie zmieniającą się rzeczywistość prawną.

Wprowadzane zmiany w prawie, w ocenie WWIF, mogą powodować rozbieżności w rozumieniu pewnych przepisów. Istotne znaczenie w procesie interpretacji przepisów będzie miało orzecznictwo sądowe, tzw. linia orzecznicza, która kształtuje się jednak stopniowo. WWIF zwrócił uwagę, że w przypadku administracji to właśnie wyroki sądów, ich treść, są wiążące dla jej działań. I to właśnie dzięki linii orzeczniczej łatwiej inspekcji radzić sobie na przykład z reklamą aptek, która – co stwierdził z ubolewaniem – bynajmniej nie znika. WWIF zachęcił farmaceutów do zgłaszania inspekcji farmaceutycznej przypadków naruszania zakazu reklamy aptek.

WWIF podkreślił, że obecnie wydaje się znacząco mniej zezwoleń na prowadzenie aptek niż w latach ubiegłych. Są wnioski o przeniesienie

zdrowotnych, jakim będą świadczenia opieki farmaceutycznej. Rozwój tych świadczeń będzie zmieniał pozycję i rolę naszego zawodu w systemie opieki zdrowotnej. Na to potrzeba lat, współpracy z innymi zawodami medycznymi, ale podstawa prawna takiej aktywności już jest.

Życie, chociaż tak zmienione, toczy się dalej. Uczestniczymy w nim, doświadczając nowych sytuacji, szukając nowych rozwiązań, ucząc się nieustannie funkcjonować w zmienionych warunkach. Spotykamy się z wykorzystaniem aplikacji zoom, clickmeeting, google meeting i teamsa, szkolimy w trybie webinarowym. Nawet dziś nie mogę Państwa przywitać osobiście, ale będę się starała dotrzeć do każdego z Was właśnie przez ekran mojego notebooka. To dużo bardziej doskonałe narzędzie niż komunikacja mailowa, dzięki której mogliśmy się komunikować w zeszłym roku.

Rok 2021 jest rokiem jubileuszowym w działalności odnowionego samorządu aptekarskiego, w którego powstanie wielkopolscy aptekarze byli bardzo zaangażowani. Te mijające 30 lat to piękna, ale trudna historia budowania wizerunku farmaceuty jako medycznego zawodu zaufania publicznego, budowania jego miejsca w systemie ochrony zdrowia. Zmienia się wykonywanie zawodu, zwiększono ustawowo jego kompetencje, aby rozwijać nowoczesną farmację. Rolą i zadaniem samorządu aptekarskiego będzie wykorzystanie tych możliwości dla budowania pozycji społecznej naszego zawodu.

zezwolenia, są rezygnacje z prowadzonej działalności. Co istotne – bardzo wnikliwie badany jest każdy wniosek dotyczący przeniesienia zezwolenia, aby było ono w pełni zgodne z wolą ustawodawcy w dniu wydania decyzji.

WIF w Poznaniu dokonuje regulacji rynku poprzez wydawanie decyzji, na przykład dotyczących tzw. limitów antykoncentracyjnych (1% aptek w województwie). Poza tym WIF w Poznaniu otrzymuje sygnały o konieczności zwracania uwagi na tzw. beneficjentów rzeczywistych. Jak w każdym przypadku – w wyniku przeprowadzanych postępowań – w związku z powyższym wydawane będą stosowne decyzje.

Poruszając zagadnienie tzw. odwróconego łańcucha dostaw, WWIF poinformował uczestników zjazdu, że są i będą prowadzone postępowania w oparciu o materiał dowodowy pozyskany podczas kontroli planowych lub otrzymany z innych instytucji. Z przykrością potwierdził, że zaangażowani byli w tym procederze również przedstawiciele zawodu farmaceuty. Zgodnie z podpisanymi porozumieniami oraz obowiązującymi WIF przepisami – będą kierowane zawiadomienia do prokuratur i rzeczników odpowiedzialności zawodowej, jednakże najbardziej bolesną w tym przypadku wydaje się utrata zezwolenia na prowadzenie apteki.

Mówiąc o sprawach dotyczących Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków i Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, WWIF położył nacisk na fakt, że wskutek nieraportowania do ZSMOPL wojewódzki inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie. Zgodnie z przepisami za brak raportowania Główny Inspektor Farmaceutyczny nakłada karę finansową.

W odniesieniu do dyżurów aptek stanowisko WWIF się nie zmienia. Dr Grzegorz Pakulski wyraził nadzieję, że w tym zakresie dojdzie niebawem do doprecyzowania lub zmiany przepisów. Ponadto przypomniał, że obecność farmaceuty w aptece w godzinach jej czynności jest obowiązkowa i czas pandemii bynajmniej nie usprawiedliwia nieobecności.

Odnosząc się do spraw związanych z inspekcją, WWIF poinformował, że obecnie urząd jest niedostępny dla petentów, którzy zamierzają swoje sprawy załatwiać osobiście w siedzibie WIF. Sprawy należy kierować w postaci maili, poprzez e-PUAP oraz listownie. Taka organizacja pracy będzie obowiązywała do czasu zmiany wytycznych rządu w tym zakresie.

Opracował EUGENIUSZ JAROSIK

OPIEKA FARMACEUTYCZNA NAD PACJENTEM W SZPITALU

„Nowoczesna, odpowiednio wyposażona apteka szpitalna ma duży wpływ na efektywność kosztową i jakość farmakoterapii w szpitalu. Wpływa również na optymalizację gospodarki lekiem, co pozwala obniżyć koszty leczenia szpitalnego nawet o 30 procent" – mówi dr n. farm. **KRYSTYNA CHMAL-JAGIEŁŁO**, krajowy konsultant ds. farmacji szpitalnej, w rozmowie z mgr farm. **Aliną Górecką**.

ALINA GÓRECKA, „Farmacja Wielkopolska": Pracowała Pani w ministerialnym zespole ds. ustawy o zawodzie farmaceuty. Jakie zapisy tej ustawy uważa Pani za najważniejsze dla farmaceutów szpitalnych? Czy mogą one być początkiem dużych zmian w pracy aptek szpitalnych?

KRYSTYNĄ CHMAL-JAGIEŁŁO: Bardzo się cieszę, że jeszcze za mojej kadencji udało nam się wprowadzić ustawę o zawodzie farmaceuty, o którą środowisko farmaceutyczne walczyło od dawna. Najważniejsza regulacja, którą udało mi się przeforsować i wprowadzić do ustawy, dotyczy minimalnych norm zatrudnienia farmaceutów w aptekach szpitalnych i działach farmacji szpitalnej. W tych pierwszych – oprócz kierownika apteki ze specjalizacją z farmacji szpitalnej lub klinicznej – powinien być zatrudniony przynajmniej jeden farmaceuta na każde 100 łóżek. W działach farmacji szpitalnej ma to być jeden farmaceuta na 50 łóżek.

Przecież podobna regulacja jest wprowadzona dla lekarzy i pielęgniarek w szpitalach. Coraz więcej jest zadań dla farmaceutów szpitalnych, którym farmaceuta ma sprostać zgodnie ze zmianami w ustawie Prawo farmaceutyczne i wytycznymi, jakie obowiązują w krajach europejskich. Do obowiązków farmaceutów należy nie tylko organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne i ich wydawanie, ale przede wszystkim sporządzanie leków cytotoksycznych, do żywienia dojelitowego i pozajelitowego, radiofarmaceutyków oraz to, co jest najważniejsze i nowe, czyli branie udziału w racjonalizacji gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu, badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala, monitorowaniu działań niepożądanych leków, a także w sprawowaniu opieki farmaceutycznej nad pacjentem w szpitalu. Te zadania wymagają określonej liczby farmaceutów zatrudnionych w aptece szpitalnej. Ważny jest też obowiązek posiadania specjalizacji przez kierownika apteki, ponieważ wszyscy ordynatorzy i kierownicy komórek tzw. białego personelu medycznego muszą posiadać specjalizację. W związku z tym kierownik apteki bez specjalizacji w tabelach zaszeregowania i finansowania w szpitalu znalazłby się na poziomie lekarza stażysty.

W ustawie o zawodzie farmaceuty zapisano po raz pierwszy kompetencję wykonywania świadczeń zdrowotnych przez farmaceutów. Ten zapis dotyczy opieki farmaceutycznej. Jak Pani widzi implementowanie opieki farmaceutycznej w szpitalach? Od czego trzeba zacząć?

Gospodarki lekiem uczyłam się w Stanach Zjednoczonych. Tam odbyłam roczny kurs i tam też w latach

Monika Augustyn

90. po raz pierwszy zetknęłam się z opieką farmaceutyczną w szpitalu. Pierwszy kurs w Polsce z opieki farmaceutycznej odbył się w Krakowie w roku 1998. Zorganizowany został przez farmaceutów szpitalnych ze Szkocji. Z tego wniosek, że opieka farmaceutyczna w aptekach szpitalnych w Europie funkcjonowała od dawna. Racjonalizacja farmakoterapii, którą obecnie ma się zająć farmaceuta szpitalny, wiąże się ze stałym kontaktem z oddziałem i jego pacjentami. Aby te cele można było w pełni zrealizować, w ustawie o zawodzie farmaceuty umieściliśmy zapis, że farmaceuta pracujący w szpitalu ma pełny dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta. Regulacje dotyczące odpowiedniej obsady fachowej w aptece szpitalnej oraz gwarantujące dostęp do dokumentacji medycznej umożliwiają rozpoczęcie opieki farmaceutycznej nad pacjentem szpitalnym. Od czego trzeba zacząć? Od przebywania farmaceutów na oddziałach, chociaż niektórych, tam, gdzie opieka farmaceuty nad pacjentem jest najbardziej potrzebna, na przykład na oddziałach onkologicznych. W ten sposób zaczynałam wprowadzać farmację kliniczną w szpitalach, w których pracowałam. To była nie tylko współpraca z lekarzem i pomoc w ustawianiu farmakoterapii, ale również rozmowa z pacjentem. Z tej praktyki niezmiernie zadowoleni byli zarówno lekarze, jak i pacjenci.

Raport Najwyższej Izby Kontroli obnażył wiele słabych stron aptek szpitalnych, pokazał jak nonszalancko podmioty lecznicze podchodzą do posiadania, wyposażenia i funkcjonalności aptek szpitalnych. Czy ma Pani jakiś pomysł na to, aby w systemie znalazły się pieniądze na unowocześnienie i doposażenie aptek szpitalnych oraz zwiększenie kadry farmaceutycznej?

Nie tylko raport z kontroli NIK mnie przeraził. Jako konsultant krajowy otrzymuję roczne raporty od

Monika Augustyn

Regulacje dotyczące odpowiedniej obsady fachowej w aptece szpitalnej oraz gwarantujące dostęp do dokumentacji medycznej umożliwiają rozpoczęcie opieki farmaceutycznej nad pacjentem szpitalnym

konsultantów wojewódzkich, z których wyłania się sporo problemów z funkcjonowaniem aptek szpitalnych. Są to trudności w realizowaniu podstawowych zadań stawianych przez ustawę Prawo farmaceutyczne. Związane to jest zawsze z małą liczbą farmaceutów zatrudnionych w aptece szpitalnej, ze złym i niekompletnym wyposażeniem aptek szpitalnych oraz z brakiem odpowiednich, aseptycznych pomieszczeń do realizacji zadań. Mam tu na myśli przede wszystkim pomieszczenia do wykonywania leków jałowych, takich jak cytostatyki, żywienie pozajelitowe i inne leki dożylne, na przykład antybiotyki, leki przeciwgrzybicze itp.

W związku z tym wysłałam do ministra zdrowia projekt kompleksowego działania w zakresie farmacji szpitalnej zmierzającego do obniżenia kosztów farmakoterapii i hospitalizacji w polskich szpitalach oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów. W tym dokumencie przedstawiłam skutki aktualnego stanu rzeczy i zaproponowałam systemowe rozwiązanie poprawy sytuacji aptek szpitalnych:

1. Wyasygnowanie określonych środków finansowych na wyposażenie aptek szpitalnych w aseptyczne pomieszczenia do przygotowywania leków dożylnych, wyposażonych w odpowiednie loże laminarne i skomputeryzowane wagi.
2. Przyznawanie dodatkowych punktów przy zawieraniu kontraktu Narodowego Funduszu Zdrowia ze szpitalami za aseptyczne, odpowiednio wyposażone pomieszczenia w aptece oraz odpowiednią ilość (zgodnie z nowym Prawem Farmaceutycznym) zatrudnionych i dobrze wyszkolonych farmaceutów.
3. Przyznawanie dodatkowych punktów w procesie akredytacji szpitali:
   a) za wyposażoną w odpowiednie urządzenia i pracownie leku jałowego aptekę szpitalną, z odpowiednią ilością fachowego personelu farmaceutycznego;
   b) za leki przygotowywane w aptece szpitalnej bezpośrednio dla pacjenta w systemie Unit Dose.
4. NFZ ma płacić za udokumentowaną ilość leku podanego pacjentowi, a nie tylko tyle, ile jest na fakturze zakupu.

Czy obserwuje Pani zmianę postrzegania apteki szpitalnej przez Ministerstwo Zdrowia, decydentów i zarządy szpitali? Apteka nie jako koszt, ale podstawowe narzędzie do

racjonalizacji i efektywności zarządzania budżetem szpitala w części przeznaczonej na leki i wyroby medyczne?

Mam wrażenie, że Ministerstwo Zdrowia nareszcie zrozumiało, że farmaceuci w szpitalu są niezwykle potrzebni, co potwierdza fakt uchwalenia ustawy o zawodzie farmaceuty, która daje nam dużo możliwości. Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski zapewnia: „Tym razem zrobimy więcej dla aptek szpitalnych i dla zdrowia naszych pacjentów". Czy jednak wykorzystamy tę ustawę i jaką będziemy mieć pozycję w szpitalu, zależy w dużej mierze od nas samych – farmaceutów szpitalnych.

Wiele emocji w środowisku, zwłaszcza młodych farmaceutów, budzą specjalizacje: ich program, przebieg i egzaminy. Czy obserwuje Pani zainteresowanie młodych farmaceutów farmacją szpitalną?

Tak, szczególnie w tym roku bardzo dużo farmaceutów chce robić specjalizację z farmacji szpitalnej. Myślę, że jest to związane z wejściem w życie ustawy o zawodzie. Do mnie jako konsultanta dociera dużo pytań od farmaceutów niepracujących w aptekach szpitalnych, którzy bardzo by chcieli robić specjalizację z farmacji szpitalnej. Dlatego wiem, że niedobory farmaceutów szpitalnych, które się pojawią w ciągu tych ustawowych trzech lat, zostaną zniwelowane.

Jak wypadają egzaminy z farmacji szpitalnej? Dużo osób nie zdaje?

Jest coraz lepiej. Zauważyłam, że farmaceuci, którzy przystępują do specjalizacji z farmacji szpitalnej i długo pracują w aptekach szpitalnych, szczególnie wielospecjalistycznych, gdzie wykonują wszystkie zadania stawiane im przez Prawo farmaceutyczne, nie mają problemów i zdają egzamin bardzo dobrze. To zmusiło mnie do refleksji nad programem. Dużo farmaceutów przystępujących do specjalizacji pracuje w aptekach, w których nie wykonuje się leków jałowych. Tacy farmaceuci w trakcie specjalizacji koniecznie powinni odbyć kurs praktycznego przygotowywania takich preparatów w szpitalach, w których wykonuje je fachowa kadra specjalistyczna.

W krajach Unii Europejskiej farmaceuci realizują programy opieki farmaceutycznej dedykowane konkretnym grupom pacjentów hospitalizowanych. Jakie grupy tych pacjentów powinny mieć możliwość skorzystania z opieki farmaceutycznej w Polsce?

Jak wcześniej powiedziałam, są pacjenci, którzy szczególnie powinni być objęci opieką farmaceutyczną. To chorzy onkologiczni, psychiatryczni czy kardiologiczni, którzy zażywają dużo leków, przyjmują również preparaty z grupy OTC, w związku z czym często dochodzi u nich do interakcji. Spotkanie pacjenta onkologicznego z farmaceutą, który przygotował dla niego cytotoksyczny preparat, jest szczególnie ważne, ponieważ oprócz wiedzy merytorycznej, przekazanej pacjentowi przez farmaceutę, duże znaczenie ma aspekt psychologiczny. Farmaceuta daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Pacjenci, darząc farmaceutów dużym zaufaniem, przyjmują wlew bez lęku i niepokoju.

Czy polscy farmaceuci szpitalni mają już swoje doświadczenia w sprawowaniu takiej opieki w szpitalach?

Tak, w Krakowie po raz pierwszy farmaceuci szpitalni zostali wprowadzeni na oddziały hematologii i onkologii w roku 2000. Obecnie mamy już farmaceutów szpitalnych, którzy zajmują się na oddziałach antybiotykoterapią, interakcjami, bezpieczeństwem farmakoterapii według karty indywidualnych zleceń lekarskich oraz bezpośrednio pomagają lekarzom w ustawieniu pacjenta do żywienia pozajelitowego.

Czy widzi Pani konieczność rozdzielenia i dookreślenia aktywności farmaceuty szpitalnego i farmaceuty klinicznego w polskich szpitalach? Czy obie te specjalności powinny działać w ramach apteki, czy może farmacja kliniczna powinna budować swój osobny serwis w ramach oddziału szpitalnego?

Farmaceuta kliniczny zawsze wywodził się z apteki szpitalnej. Kiedy pojawiła się specjalizacja z farmacji klinicznej, farmaceuci szpitalni ze względu na swoje zainteresowania zaczęli się dzielić. I ci, których interesuje rozwiązywanie problemów przygotowywania preparatów szpitalnych, dawniej były to płyny infuzyjne, obecnie są to leki cytotoksyczne, antybiotyki, żywienie pozajelitowe, zaczęli robić specjalizację z farmacji szpitalnej, a ci, którzy odnaleźli się we współpracy z lekarzami i pacjentami szpitalnymi, rozpoczęli specjalizację z farmacji klinicznej.

Kontrowersyjna jest możliwość robienia specjalizacji klinicznej przez farmaceutów, którzy podstawowy staż specjalizacyjny odbywają w aptekach

Nowoczesna apteka szpitalna to całkowita zmiana dystrybucji leków w szpitalu z systemu apteczek oddziałowych na system dostarczania dawek indywidualnych

www.stock.adobe.com

ogólnodostępnych. Uważam, że jest to nieporozumienie. W ramach programu z farmacji klinicznej powinien być obowiązek odbywania przynajmniej połowy stażu specjalizacyjnego na oddziałach szpitalnych. Farmaceuta pracujący w aptece szpitalnej ma możliwość codziennie pójść na oddział szpitalny i pomagać lekarzowi w ustawieniu indywidualnej farmakoterapii. Może chodzić z lekarzami na odprawy i omawiać z nimi problemy pacjentów. W ten sposób poznaje choroby i sposoby ich leczenia. Farmaceuta kliniczny, który podstawowy staż trzyletni odbywa w aptece ogólnodostępnej, nigdy w szpitalu nie stanie się dla lekarza partnerem. W ramach specjalizacji z farmacji szpitalnej podstawowy staż specjalizacyjny musi odbywać się w aptece szpitalnej, co pozwoli zapoznać się z problematyką farmacji szpitalnej, a także z zagadnieniami farmacji klinicznej.

Nowoczesna apteka szpitalna wymaga wdrażania nowoczesnych technologii, oprogramowania wspierającego komunikację i dokumentowanie procesów apteki szpitalnej. Jakie technologie powinny być wdrażane w obecnym czasie do praktyki aptecznej?

Nowoczesna apteka szpitalna to całkowita zmiana dystrybucji leków w szpitalu z systemu apteczek oddziałowych na system dostarczania dawek indywidualnych (Unit Dose). Taka apteka powinna być wyposażona w pełni zintegrowany nowoczesny system do obsługi przyjmowania i ewidencjonowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych (automatyczna obsługa faktur elektronicznych, czytników kodów, identyfikacja produktu leczniczego), a także identyfikacji pacjenta, osoby zlecającej, przygotowującej i podającej lek.

Sporządzanie leków jałowych powinno podlegać pełnej kontroli oraz szczegółowej dokumentacji, dlatego niezbędny jest wagowy system komputerowy, zintegrowany z całą apteką i wszystkimi oddziałami szpitalnymi. Apteka natomiast musi być wyposażona w aseptyczne pomieszczenia, odpowiednie do wykonywania leków cytotoksycznych oraz kompleks pomieszczeń do pracy w warunkach aseptycznych, do wykonywania żywienia pozajelitowego, antybiotyków czy innych postaci leków dożylnych. Wszystkie pomieszczenia mają być wyposażone w odpowiednie loże laminarne i wagi współpracujące z komputerem. W takiej aptece powinna być zatrudniona odpowiednia ilość farmaceutów, tak aby mogła wykonywać zadania, które jej stawia Prawo Farmaceutyczne i Ustawa o Zawodzie Farmaceuty.

Nowoczesna, odpowiednio wyposażona apteka szpitalna ma duży wpływ na efektywność kosztową i jakość farmakoterapii w szpitalu. Wpływa również na optymalizację gospodarki lekiem, co pozwala obniżyć koszty leczenia szpitalnego nawet o 30 procent. W skali kraju w ciągu roku są to setki milionów złotych. Taka apteka gwarantuje bezpieczeństwo przygotowania leków, brak pomyłek lekowych, powikłań farmakoterapii, a w konsekwencji zapewnia bezpieczeństwo pacjentom.

Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała mgr farm. ALINA GÓRECKA
„Farmacja Wielkopolska"

www.stock.adobe.com

dr n. farm. KATARZYNA REGULSKA
mgr farm. ALEKSANDRA GŁĘBOKA

W TROSCE O JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO

Farmaceuci szpitalni wsparciem Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19

Czy farmaceuta powinien być członkiem zespołu do spraw szczepień? W praktyce okazuje się, że już na etapie zamówień oraz ich realizacji farmaceuta, z racji specyfiki zawodu, może być gwarantem zapewnienia prawidłowych warunków przechowywania szczepionek. Funkcjonujący w Polsce System Dystrybucji Szczepionek (SDS) umożliwia wyznaczonym przez dany ośrodek pracownikom, zweryfikowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dokonywać zamówień szczepionek on-line oraz śledzić postępy ich realizacji. Powiadomienia zmian statusu zamówień, a także kody odbioru wysyłane są przez SDS na podane numery telefonów komórkowych użytkowników systemu. Oczywista z punktu widzenia farmaceuty wiedza na temat stabilności i wpływu odpowiednich warunków przechowywania na jakość i bezpieczeństwo, jest gwarancją odpowiedniego obchodzenia się z produktem i minimalizuje ryzyko strat z powodu błędów natury formalnej przy przyjęciu szczepionek do ośrodka, optymalnie do apteki szpitalnej oraz na dalszych etapach szczepień. Zaangażowanie farmaceutów w pracę zespołów do spraw szczepień z pewnością zmniejsza ryzyko utraty cennych dawek szczepionek przeciwko COVID-19 z powodu niewłaściwego przechowywania.

www.stock.adobe.com

Farmaceutyczna precyzja oraz elementarna wiedza z dziedziny receptury aptecznej jest z pewnością nie do przecenienia w aspekcie wielodawkowości jednostkowych opakowań dostępnych szczepionek przeciw COVID-19. Wszelkie wątpliwości dotyczące ilości dostępnych dawek w prawidłowo (według charakterystyki produktu leczniczego) rozcieńczonej zawartości fiolki wynikają ewidentnie z braku wiedzy w tym obszarze, a farmaceuta jest tu niekwestionowanym ekspertem. Nadmiary technologiczne, przestrzenie martwe w igłach i strzykawkach, technika aseptyczna oraz wyrównywanie ciśnień w fiolce – to pojęcia znane, zwłaszcza farmaceutom szpitalnym i jak najbardziej powinny być wykorzystane w praktyce. Stąd mnogość procesów, w których powinien uczestniczyć farmaceuta w związku ze swoją działalnością w Narodowym Programie Szczepień: zamawianie szczepionek i kontrola zamówień, zapewnienie właściwych warunków przechowywania, dobór sprzętu do sporządzania dawek oraz sporządzanie dawek indywidualnych.

> Wiedza i doświadczenie farmaceuty szpitalnego pozwala na prawidłowe planowanie szczepień w każdym szpitalu węzłowym

W zakresie przechowywania wielodawkowych fiolek ze szczepionkami przeciwko COVID-19 najistotniejszym zagadnieniem jest zachowanie zimnego łańcucha dystrybucji celem zapewnienia ich optymalnej trwałości. Podstawowe informacje dotyczące przechowywania szczepionek

aktualnie dostępnych w Polsce przedstawiono w tabeli nr 1.

Szczepionki Comirnaty z uwagi na bardzo restrykcyjne warunki przechowywania w temperaturze od -90°C do -60°C dostarczane są z Agencji Rezerw Materiałowych do punktów szczepień w formie rozmrożonej w temperaturze 2-8°C i dlatego muszą zostać zużyte w przeciągu pięciu dni. Ogromnym wyzwaniem zatem staje się zachowanie reżimu temperaturowego w czasie przechowywania oraz organizacja pracy ośrodka w taki sposób, aby zminimalizować ryzyko strat cennych dawek z powodu ekspozycji leku na niewłaściwe warunki lub braku wystarczającej liczby osób do zaszczepienia. Stąd dedykowanie fachowego personelu, który będzie czuwał nad prawidłowym przechowywaniem szczepionek, wydaje się kluczowym zagadnieniem z punktu widzenia interesu społecznego. Zgodnie z danymi dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia z dnia 10 lutego w Polsce doszło do utraty 3 331 dawek szczepionek przeciwko COVID-19, z czego w 265 przypadkach spowodowane to było odchyleniem od warunków przechowywania.

Sporządzanie szczepionek/przygotowywane dawek indywidualnych jest kolejnym elementem, obok nadzoru nad zamówieniem i przechowywaniem, który leży w kompetencji farmaceuty. Wszystkie trzy szczepionki dostępne w Polsce, zgodnie z informacjami producentów, zawierają nadmiar technologiczny, który umożliwia bezpieczne pobranie odpowiedniej liczby dawek z uwzględnieniem objętości martwych igieł i strzykawek. Niemniej jednak dobór odpowiedniego sprzętu do sporządzenia dawki oraz zachowanie reżimu mikrobiologicznego są szczególnie istotne, obok właściwego przechowywania, w kontekście redukcji ryzyka strat leku. W przypadku szczepionki Comirnaty konieczne jest wykonanie rozcieńczenia zawartości fiolki przy użyciu 1,8 ml 0,9% NaCl, a po delikatnym wymieszaniu należy pobrać 6 dawek szczepionki do odpowiednio dobranych strzykawek insulinówek przy użyciu starannie dobranej igły do podania domięśniowego. Należy w tym zakresie uwzględnić objętość martwą strzykawki i igły, stosując te o najmniejszej wartości tego parametru, nieprzekraczającego 35 mikrolitrów, tak aby możliwe było bezpieczne pobranie odpowiedniej liczby dawek. Europejska Agencja Leków informuje, że w przypadku zastosowania standardowych strzykawek oraz igieł objętość szczepionki może być niewystarczająca do pobrania szóstej dawki z pojedynczej fiolki Comirnaty. Co więcej, jeśli objętość szczepionki pozostająca w fiolce po pobraniu piątej dawki nie zapewnia możliwości pobrania szóstej, pełnej dawki (0,3 ml), zaleca się wyrzucenie fiolki z pozostałą zawartością po 6 godzinach od rozcieńczenia szczepionki. Jednocześnie odradza się zbieranie materiału z różnych fiolek i mieszanie go w celu pozyskania pełnej dawki. W przypadku szczepionek firmy Moderna i AstraZeneca nie ma potrzeby rozcieńczania zawartości fiolki,

Dotychczas Europejska Agencja Leków

- warunkowo dopuściła do obrotu cztery szczepionki:
  - szczepionkę mRNA Comirnaty,
  - szczepionkę mRNA Moderna,
  - szczepionkę wektorową AstraZeneca,
  - szczepionkę wektorową firmy Johnson&Johnson;
- prowadzi etapową procedurę oceny (*rolling review*) szczepionki podjednostkowej firmy Novavax.

Tabela nr 1

Nazwa handlowa	Comirnaty (Pfizer)	COVID-19 Vaccine Moderna	COVID-19 Vaccine AstraZeneca
Postać	koncentrat do sporządzania dyspersji do wstrzykiwań	dyspersja do wstrzykiwań	zawiesina do wstrzykiwań
Liczba dawek	6 dawek po 0,3 ml	10 dawek po 0,5 ml	8 lub 10 dawek po 0,5 ml
Przechowywanie w postaci zamrożonej	6 miesięcy w temperaturze od -90°C do -60°C	7 miesięcy w temperaturze od -25° do -15°C	
Przechowywanie w chłodni	5 dni w temperaturze od 2°C do 8°C	30 dni w temperaturze od 2°C do 8°C	6 miesięcy w temperaturze od 2°C do 8°C
Przechowywanie w temperaturze pokojowej	2 h w temperaturze do 30°C	12 h w temperaturze od 8°C do 25°C	po nakłuciu maks. 6 h w temperaturze do 30°C
Po nakłuciu	po rozcieńczeniu 6 h w temperaturze od 2°C do 30°C	po nakłuciu fiolki 6 h w temperaturze od 2°C do 25°C	po nakłuciu 48 h w temperaturze od 2°C do 8°C

a dawki indywidualne przygotowuje się z gotowej dyspersji.

Kolejnym aspektem w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, w którym farmaceuci już wkrótce będą mogli uczestniczyć po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji, będzie wykonywanie szczepienia przeciw COVID-19 w dedykowanych do tego punktach. To dodatkowe uprawnienie wynika z zapisów ustawy z 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych i wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw w art. 21c ust. 2, zgodnie z którym, w przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19, do grupy zawodów, które będą mogły przeprowadzać szczepienia ochronne przeciwko COVID-19, zostaną dodani fizjoterapeuci, farmaceuci, higienistki szkolne i diagności laboratoryjni, posiadający kwalifikacje określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia określającego kwalifikacje ww. osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19, uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa osób poddanych tym szczepieniom. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 z dnia 16 lutego 2021 r., wymienione powyżej grupy zawodowe, w tym farmaceuci, aby móc przeprowadzać szczepienia ochronne przeciwko COVID-19, są zobowiązani do odbycia dwuetapowego (e-learning plus część praktyczna) kursu lub szkolenia przygotowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Praktyczna cześć szkolenia/kursu jest realizowana przy współpracy z uczelniami, które prowadzą kształcenie na kierunku lekarskim, pielęgniarstwo lub położnictwo. Szkolenia/kurs przygotowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego rozpoczęły się w połowie marca 2021 r., a kursy praktyczne – z początkiem kwietnia 2021 r. Według samorządu aptekarskiego, liczba farmaceutów chętnych do wykonywania tego rodzaju szczepień po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji wynosi ponad 5 tysięcy.

Wreszcie, czynne uczestnictwo farmaceutów w Narodowym Programie Szczepień wymaga od nas wiedzy na temat podawanych szczepionek. Obecnie do użytku zgodnie z procedurą dopuszczenia warunkowego zatwierdzono szczepionki czterech firm: Pfizer, Moderna, AstraZeneca i Johnson&Johnson. Oznacza to, że oczekiwane są dalsze dowody świadczące o korzyści z ich stosowania. W trakcie przeglądu etapowego (*rolling review*) w strukturach Europejskiej Agencji Leków jest jeszcze szczepionka firmy Novavax.

W tabeli nr 2 przedstawiono najważniejsze informacje dotyczące szczepionek przeciw Covid-19.

W szczepionkach opartych na technologii mRNA instrukcja do produkcji białka S (*Spike*) wirusa

Tabela nr 2

	Typ	Dawki	Skuteczność	Badana populacja w III fazie	Rozwój maks. odporności	Cena
Szczepionki dopuszczone do obrotu warunkowo						
AstraZeneca	wektorowa; adenowirus szympansi z sekwencją kodującą glikoproteinę S	2 co 28 dni	60%	10 500	brak danych	4 $
Moderna	mRNA	2 co 28 dni	95%	30 000	14 dni po 2 dawce	33 $
Pfizer BioNTech	mRNA	2 co 21 dni	95%	43 448	7 dni po 2 dawce	20 $
Johnson&Johnson	wektorowa; adenowirusa ludzkiego typu 26 z ekspresją glikoproteiny S	1	wyniki cząstkowe 85%	44 325	49 dni (66% odporności po 28 dniach)	10 $
Szczepionki w trakcie oceny						
Novavax	podjednostkowa białkowa	2 co 21 dni	wyniki cząstkowe 89%	30 000	brak danych	16 $

www.stock.adobe.com

SARS-COV-2 dostarczana jest do komórek w postaci kwasu rybonukleinowego, na podstawie którego komórki produkują przeciwciała odpornościowe. W szczepionkach wektorowych nośnikiem białka S jest dezaktywowany adenowirus. Szczepionka białkowa z kolei wykorzystuje nową technologię rekombinacji białka S koronawirusa SARS-CoV-2. Innowacyjność tej szczepionki dotyczy wytwarzania białka S wirusa metodą rekombinacji w komórkach owadzich. Godnym podkreślenia jest również fakt, że informacje na temat skuteczności przedstawionych szczepionek pochodzą z dedykowanych badań klinicznych III fazy kontrolowanych grupą placebo. Brak natomiast badań porównujących poszczególne szczepionki między sobą.

Pandemia COVID-19 jest nowym doświadczeniem dla naszego zawodu nie tylko z powodu ryzyka zakażenia oraz ekspozycji na to zakażenie z racji wykonywanych obowiązków służbowych. Wymaga się od nas szczegółowej wiedzy na temat wszystkich dopuszczonych do użycia w naszych szpitalach szczepionek. Nadzór farmaceuty szpitalnego nad procesami dystrybucyjnymi to gwarancja prawidłowej jakości szczepionki udostępnianej pacjentowi.

Uczestniczymy także w opracowaniu i walidacji procedur dzielenia zawartości wielodawkowych fiolek, tak, aby pacjent otrzymał prawidłową dawkę szczepionki, a tak deficytowe fiolki szczepionek były maksymalnie wykorzystane. Wiedza i doświadczenie farmaceuty szpitalnego pozwala na prawidłowe planowanie szczepień w każdym szpitalu węzłowym. Jesteśmy ekspertami od leków i taką rolę pełnimy w szpitalnych zespołach szczepień przeciw COVID-19.

afw

dr n. farm.
KATARZYNA REGULSKA
Konsultant województwa wielkopolskiego w dziedzinie farmacji szpitalnej.

afw

mgr farm.
ALEKSANDRA GŁĘBOKA
Zastępca kierownika apteki szpitalnej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu.

www.stock.adobe.pl

mgr farm. MARCELINA FIRUS

POLSKI RYNEK FARMACEUTYCZNY w 2020 roku

Rok 2020 upłynął w naszym kraju pod znakiem walki z koronawirusem. Pandemia COVID-19 zmieniła strukturę i dynamikę polskiego (ale i światowego) rynku farmaceutycznego. Jego obraz wyłania się z raportu przygotowanego przez firmę IQVIA.

STRUKTURA I DYNAMIKA RYNKU

Całkowita wartość polskiego rynku aptecznego w 2020 r. wyniosła 37,2 mld zł. Na tę wartość składają się kolejno: Rx ref. (produkty refundowane na receptę) – 35,3%, Rx nieref. (produkty nierefundowane na receptę) – 19,6% oraz CH (*Consumer Health*, produkty bez recepty) – 45,1%. Dynamika całego rynku aptecznego wzrosła w porównaniu z 2019 r. o 2,2%. Odnotowano niewielkie przyrosty dynamiki rynku Rx ref. oraz Rx nieref. w stosunku do 2019 r., kolejno o 0,4% i 1,5%. Wynikło to z faktu, iż pacjenci bardzo często dokonywali zakupów leków na zapas.

8 kwietnia 2020 r. Komisja Europejska wydała wytyczne, w których zaapelowała o nierozpowszechnianie fałszywych informacji, mogących prowadzić do paniki zakupowej oraz do zwiększenia produktywności przemysłu farmaceutycznego. Komisja zasugerowała także, żeby „zoptymalizować sprzedaż w aptekach, aby uniknąć gromadzenia nadmiernych zapasów poprzez wprowadzenie ograniczeń

dotyczących sprzedaży leków, w przypadku których istnieje ryzyko niedoborów oraz rozważenie tymczasowego ograniczenia internetowej sprzedaży leków podstawowych". Reglamentacji poddano leki wykorzystywane w leczeniu koronawirusa – Arechin i Plaquenil, a także Viregyt K, który w wyniku dezinformacji miał być wartościowy w terapii wirusa COVID-19.

Dynamika rynku CH wzrosła o 3,9%. Było to spowodowane częstszym samoleczeniem się pacjentów i utrudnionym kontaktem z lekarzami. W największym stopniu rozwinęła się sprzedaż na rynku e-commerce – aż o 38,4%. Miało to związek z zachowaniami pacjentów unikających wizyt w aptekach z obawy przed możliwością zarażenia się koronawirusem SARS-CoV-2.

Porównując rok 2020 do 2019, odnotowano spadek konsumpcji leków, z wyjątkiem produktów dostępnych bez recepty. Wzrosły ceny leków nierefundowanych dostępnych na receptę; ich średnia cena detaliczna wyniosła 29,80 zł. Przeciętna cena jednostkowa leków refundowanych dostępnych na receptę to 28,30 zł. Zwiększyły się również ceny produktów dostępnych bez recepty; ich średnia cena wyniosła 15,90 zł. Wystąpił spadek dynamiki nowych leków refundowanych na receptę o 10%, a także nowych leków nierefundowanych na receptę o 30%. Dynamika nowych produktów dostępnych bez recepty osiągnęła wzrost o 23%. Ten fakt łączy się ze zwiększonym samoleczeniem się pacjentów podczas pandemii.

Pandemia spowodowała duży wzrost zainteresowania pacjentów wybranym asortymentem wyrobów medycznych. W stosunku do 2019 r. wzrost wartościowy sprzedaży pulsoksymetrów wyniósł aż 2384%, a termometrów 312%. Pacjenci z obawy przed koronawirusem wykazywali olbrzymie zainteresowanie szczepionką przeciwko grypie, szczególnie w miesiącach wrzesień i październik, jednak w tym przypadku popyt przerósł podaż. Do aptek trafiło niewiele szczepionek, co wywołało niezadowolenie pacjentów.

PACJENCI I LEKARZE

W 2020 r. nastąpił spadek liczby pacjentów odwiedzających lekarzy (aż o 30% zmalała liczba nowych pacjentów). Było to spowodowane utrudnionym dostępem do przychodni oraz obawą przed możliwością zakażenia się koronawirusem podczas

afw

MARCIN GAWROŃSKI
Associate Director, Supplier Relations, IQVIA

Rok 2020 był bardzo trudny dla całej dystrybucji farmaceutycznej. Odczuły go wyraźnie zarówno hurtownie, jak i apteki, zwłaszcza te zlokalizowane w centrach i galeriach handlowych, które przez wiele tygodni były w znacznej mierze zamknięte. Z jednej strony wpłynęło to na poprawę sytuacji mniejszych aptek, zlokalizowanych na wsiach i na osiedlach, ale w dużym stopniu spowodowało to także zmianę zachowań zakupowych pacjentów. Podobnie jak w innych branżach, tak i w farmacji, Polacy zaczęli częściej kupować leki OTC i inne produkty w Internecie, przenosząc swoje zakupy do e-aptek i e-drogerii prowadzonych przez apteki. Wartościowy wzrost sprzedaży tego typu w 2020 r. wyniósł 44% w porównaniu z 2019 r. W porównaniu ze wzrostem sprzedaży tych samych produktów w aptekach stacjonarnych na poziomie 2% rok do roku wzrost sprzedaży e-aptek wygląda naprawdę imponująco. Wynik ten wpisuje się w globalny trend przyspieszonej adaptacji klientów do e-commerce, a Polska dodatkowo jest jednym z najszybciej rosnących rynków e-commerce w Europie. Już teraz sprzedaż produktów bez recepty przez Internet stanowi w Polsce około 7% ich całkowitej sprzedaży. To dwa razy więcej niż 2 lata temu. Obserwując sąsiednie rynki, takie jak Niemcy czy Czechy, możemy założyć, że rola i sprzedaż e-aptek w Polsce nadal będzie rosła, a sprzyja temu większa popularność rozwiązań i aplikacji mobilnych oraz szersze wykorzystanie Internetu.

www.stock.adobe.pl

wizyty lekarskiej. Największe spadki odnosiły się do wizyt pacjentów z infekcją, alergią oraz chorobami mięśni i stawów. Częściej natomiast odwiedzali lekarzy pacjenci cierpiący na depresję, padaczkę i schizofrenię.

Utrudniony kontakt z lekarzami doprowadził do ośmioprocentowego spadku liczby wystawionych recept. Biorąc pod uwagę specjalizacje lekarskie, największy regres odnotowano w przypadku lekarzy chorób zakaźnych – 30,8%, pediatrów – 30,1% i laryngologów – 27,6%. Najmniejsze negatywne zmiany w ilości wystawionych recept dotyczyły lekarzy onkologów – 4,7% oraz lekarzy medycyny rodzinnej – 6,9%. Jedyny wzrost liczby wystawionych recept odnosi się do lekarzy specjalizujących się w dziedzinie psychiatrii (3,0%). Te dane świadczą o tym, jak negatywnie pandemia wpływa na zdrowie psychiczne.

Pacjentów, dla których wystawiano recepty, raport dzieli na dwie grupy. Do pierwszej zalicza się osoby w wieku 0–19 lat; w tej grupie nastąpił spadek aż o 35,2% liczby wystawianych recept. W drugiej grupie, w której znajdują się pacjenci w wieku 19+, regres wyniósł 7,5%. Z tych danych wynika, że w 2020 r. znacząco zmniejszyła się liczba wizyt dzieci u lekarzy. W mniejszym stopniu widoczne są te zmiany w drugiej grupie wiekowej. Wynika to z faktu, że osoby dorosłe częściej chorują przewlekle i muszą regularnie kontaktować się z lekarzami w celu otrzymania recept na przyjmowane leki.

DYNAMIKA RYNKU APTEK

Całkowita liczba aptek i punktów aptecznych w Polsce w grudniu 2020 r. wyniosła 13 432. Ubiegły rok okazał się trudny dla branży aptecznej. Ilość aptek zmalała o 345 w stosunku do 2019 r., w tym o 205 zmniejszyła się liczba aptek indywidualnych i o 140 spadła liczba placówek należących do sieci składających się z 5 lub więcej aptek. Przytoczone dane potwierdzają fakt, iż pandemia dotknęła w największym stopniu małe przedsiębiorstwa, również w sektorze farmacji. W obecnej sytuacji duże sieci poradziły sobie zdecydowanie lepiej. 18 największych sieci (posiadających więcej niż 50 aptek), mających łącznie 2877 aptek, uzyskało w grudniu 2020 r. sprzedaż na poziomie około 33% wartości całego rynku. Z kolei 11 sieci internetowych (2102 apteki) miało w grudniu 2020 r. 11,6% udziału w całkowitej wartości rynku. W grudniu 2020 r. działało w Polsce 349 sieci posiadających więcej niż 5 aptek. W porównaniu do 2019 r. ich liczba zmalała o 25. Całkowita liczba aptek w sieciach posiadających więcej niż 5 placówek w grudniu 2020 r. wynosiła 6020.

W grudniu 2020 r. średni obrót miesięczny w małych sieciach aptecznych, posiadających od 1 do 4 aptek, wyniósł 159 tys. zł, a w sieciach obejmujących więcej niż 5 aptek 316 tys. zł. Niemal 5% produktów dostępnych bez recepty (czyli około 2,6 tys.) wygenerowało 80% obrotu apteki. Sprzedaż tego rodzaju produktów jest najbardziej dochodowa. Średnia cena leku OTC w 2020 r. wyniosła 17,07 zł, a cena

kosmetyku osiągnęła wartość 21,56 zł. Warto wspomnieć, że w 2020 r. znacząco wzrosła sprzedaż środków ochrony indywidualnej. Pacjenci, w szczególności na początku pandemii, bardzo chętnie odwiedzali apteki w celu zakupu płynów do dezynfekcji, maseczek i przyłbic.

Wartość rynkowa aptek stacjonarnych w grudniu 2020 r. wyniosła 3,08 mld zł (odnotowano spadek o 3,5% w porównaniu z 2019 r.). W stosunku do 2019 r. zmniejszyła się także ilość sprzedanych opakowań - zmiana ta wyniosła 9,2%. W grudniu 2020 r. sprzedano 147,1 mln sztuk. W przeciwieństwie do zakupów tradycyjnych wystąpiły znaczące wzrosty wartości rynku e-commerce. W 2020 r. był on wart 1,07 mld zł, a dynamika jego rozwoju wyniosła aż 44%. Świadczy to o zmianie tendencji zakupowych. Zakupy przeniosły się z aptek stacjonarnych do e-aptek.

Pandemia COVID-19 nie oszczędziła rynku farmaceutycznego. Tak jak w większości sektorów gospodarki nastąpił spadek konsumpcji, a zarazem wzrost cen produktów. Dużą zaletą tej branży okazał się jednak fakt, że apteki nie zostały i raczej nie zostaną zamknięte z powodu obostrzeń. Dostęp do leków będzie zawsze zagwarantowany. Rok 2020 dobrze zapisze się w pamięci polskich farmaceutów, którzy uzyskali dodatkowe uprawnienia, umożliwiające wystawianie recept *pro familiae* i *pro auctore*. Złagodzono przesłanki dotyczące wystawiania recept farmaceutycznych. Ponadto 10 grudnia 2020 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej podpisał ustawę o zawodzie farmaceuty, która weszła w życie 16 kwietnia 2021 r.

afw

mgr farm.
MARCELINA FIRUS
Aptekarka, członek Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Artykuł powstał na podstawie raportu o stanie rynku farmaceutycznego w Polsce w 2020 roku, przygotowanego przez firmę IQVIA, która jest światowym liderem w swojej branży. Jej celem jest łączenie technologii, zasobów i wiedzy, aby zagwarantować jak najlepsze rozwiązania dla systemu ochrony zdrowia.

afw

dr n. farm. TOMASZ ZAPRUTKO

Adiunkt w Katedrze i Zakładzie Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Mimo że bieżący czas nadal pełny jest znaków zapytania dotyczących wpływu pandemii na nasze codzienne funkcjonowanie, to jednak w roku ubiegłym w znacznym stopniu nauczyliśmy się żyć i funkcjonować ze współistniejącymi ograniczeniami. Bez wątpienia w jednej z najważniejszych sfer naszego życia, jaką jest dbałość o zdrowie, kluczową rolę odgrywają nowe technologie. Choć wielu z nas przyzwyczaiło się już do e-recepty, to jej wciąż przecież niedawne wdrożenie okazało się kluczowe i pozwoliło na sprawne realizowanie potrzeb lekowych w tych trudnych dla wszystkich realiach pandemii. Myśląc o wpływie nowych technologii na funkcjonowanie opieki zdrowotnej, trudno nie wspomnieć o szybko rozwijającej się telemedycynie. Coraz więcej osób korzysta z aplikacji ukierunkowanych na zdrowie czy „smartwatchy" pomagających w monitorowaniu wybranych funkcji naszego organizmu. Telemedycyna może być także pomocna na przykład poprzez badania przesiewowe ukierunkowane na wykrywanie migotania przedsionków w realizacji zapisów ustawy o zawodzie farmaceuty. Tempo rozwoju nowych technologii oraz upowszechnienie urządzeń umożliwiających wykorzystanie wprowadzanych rozwiązań bez wątpienia ma wpływ na kształt i kierunek rozwoju rynku farmaceutycznego nie tylko w czasie pandemii, ale także po jej, miejmy nadzieję, rychłym wygaśnięciu.

DYNAMIKA RYNKU APTEK

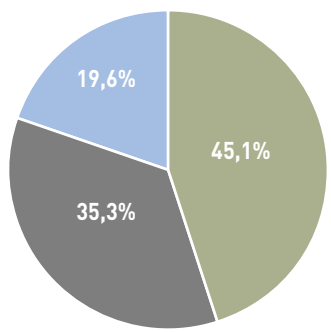
13 432	-345	-140	-205
Liczba aptek na koniec 2020	Zmiana całkowitej liczby aptek (rdr)	Zmiana liczby aptek sieciowych 5+ (rdr)	Zmiana liczby aptek indywidualnych 1-4 (rdr)

	aptek sieciowych 5+	aptek indywidualnych 1-4
ŚREDNI OBRÓT MIESIĘCZNY w aptekach w grudniu 2020	**316 tys. zł**	**159 tys. zł**

Rynek aptek stacjonarnych w grudniu 2020	zmiana rdr	Liczba sprzedanych opakowań w grudniu 2020	Zmiana rdr
3,08 mld zł	**–3,5%**	**147,1 mln**	**–9,2%**

1,07 mld zł (+44%)	**349 (–25)**	**6 020**
Wartość rynku **e-commerce** w 2020 r. i jego dynamika rdr	liczba **sieci 5+** w grudniu 2020 oraz zmiana rdr	liczba aptek w sieciach 5+ w grudniu 2020

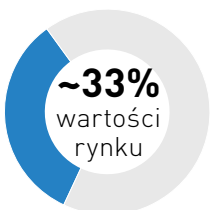
STRUKTURA RYNKU APTEK



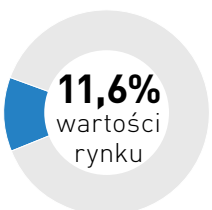
DYNAMIKA POSZCZEGÓLNYCH SEGMENTÓW RYNKU APTEK (rdr)

rynek **Rx ref**	rynek **Rx nieref**	rynek **CH**	rynek **e-commerce**
+0,4%	**+1,5%**	**+3,9%**	**+38,4%**

18 największych sieci (50+) (2877 aptek) w grudniu 2020 stanowiło:



11 sieci wirtualnych (2102 aptek) w grudniu 2020 stanowiło:



Oznaczenia:
rdr – rok do roku
Rx ref – refundowane produkty na receptę
Rx nieref – nierefundowane produkty na receptę
CH – Consumer Health, produkty bez recepty

Źródło: IQVIA

EUGENIUSZ JAROSIK
Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej"

Świat po pandemii

Europa doświadcza największego kryzysu gospodarczego od II wojny światowej. Przedsiębiorcy niepokoją się o przyszłość, wypatrując wszelkich oznak stabilizacji.

Kryzys covidowy nie ominął sektora farmaceutycznego. Słabym punktem podczas pandemii okazał się być łańcuch dostaw. Obostrzenia, które dotknęły transport lotniczy, spowodowały wzrost kosztów transportu leków. Inny problem to spore uzależnienie sektora farmaceutycznego od dostaw substancji aktywnych produkowanych przez firmy z Indii i Chin. Turbulencje zaobserwowano również na rynku aptecznym. Wiele aptek ogólnodostępnych prowadzonych przy przychodniach lekarskich jest na skraju upadłości ze względu na zamknięcie tych poradni. Apteki ogólnodostępne prowadzące działalność w obrębie szpitali, które zostały przekształcone w szpitale jednoimienne, obligatoryjnie musiały zawiesić swoją działalność. Apteki ogólnodostępne prowadzące działalność przy szpitalach i na ich terenie zanotowały znaczne spadki obrotów ze względu na ograniczenie działalności samych szpitali i poradni przyszpitalnych.

Europa doświadcza największego kryzysu gospodarczego od II wojny światowej. Przedsiębiorcy niepokoją się o przyszłość, wypatrując wszelkich oznak stabilizacji, a w mediach toczy się debata na temat koronakryzysu. Warto zastanowić się, co zostanie z nami po pandemii. Jakie procesy gospodarcze wywołała i co z tego wynika dla globalnej, europejskiej i polskiej gospodarki?

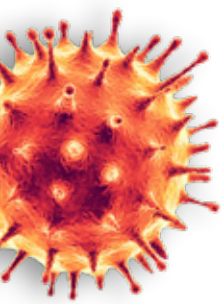
Prof. Piotr Płoszajski, specjalista w dziedzinie zarządzania ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, w rozmowie z dziennikiem „Rzeczpospolita" podkreśla, że obecny kryzys wcale nie jest spowodowany przez koronawirusa SARS-CoV-2. „Usprawiedliwiając kryzys wirusem, dajemy dowód tego, że nie rozumiemy lekcji. Wirus jedynie ujawnił cechy naszego dzisiejszego świata, dzięki którym kryzys mógł się wydarzyć w takiej skali: wątła stabilność (nieustanne balansowanie na krawędzi stagnacji i anarchii), absurdalnie długie i skomplikowane łańcuchy logistyczne, łatwość upowszechniania dezinformacji i dramatyczny brak globalnych mechanizmów rozwiązywania globalnych problemów. Ten crash test wykazuje, że zbudowaliśmy świat, który jest niezmiernie wrażliwy na zakłócenia – nawet te dowolnie małe" – twierdzi prof. Płoszajski. Jest to, według niego, pierwszy prawdziwie globalny kryzys w historii cywilizacji. W odróżnieniu od kryzysów, które w przeszłości miały zasięg międzynarodowy, wywołanych

przez wojny światowe, zarazy, poważne perturbacje gospodarcze, ten, z jakim zmagamy się obecnie, jest takim samym wyzwaniem, w tym samym czasie, dla każdego kraju, instytucji, firmy i człowieka na świecie. Ponadto wszyscy mamy świadomość, że problem musi zostać rozwiązany niezwłocznie.

Przed piętrzącymi się problemami w skali globalnej ostrzegał w roku 2018 Nassim Nicolas Taleb, doradca firmy inwestycyjnej Universa Investments. Wskazywał, że obecny świat jest bardziej podatny na kryzys niż w latach 2007-2009. Rządy zadłużają się w ogromnym tempie (dług rośnie lawinowo zwłaszcza obecnie w związku z koniecznością wspierania finansowego przedsiębiorców dotkniętych lockdownem), nie zważając na konsekwencje. Zmieniło się wręcz podejście do długu publicznego - coraz więcej rządów postrzega go jako narzędzie, a nie kulę u nogi. Poparcie zyskuje idea, że w nowym, postpandemicznym świecie to nie wzrost PKB i nie zyski przedsiębiorstw powinny być miarą sukcesu, lecz poziom życia i satysfakcji obywateli. Państwa odchodzą od polityki zaciskania pasa i stawiają na fiskalną stymulację. Niektóre rządy europejskie wprost deklarują, że nie ma powrotu do polityki cięć. Równocześnie pogłębiły się nierówności społeczne i pogorszyła się sytuacja ludzi młodych.

www.stock.adobe.com

> Kryzys powoduje zmiany w wielu obszarach funkcjonowania, które wzajemnie na siebie wpływają. Pandemia jeszcze bardziej przeniosła nasze życie do sieci, a kto rządzi siecią, ten rządzi światem – to prawda oczywista, pewnik



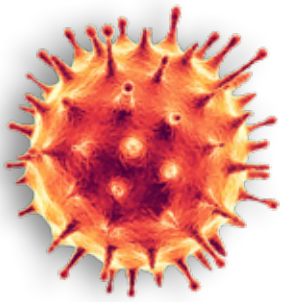
W 2007 r. Nassim Taleb opublikował słynną książkę „Czarny łabędź". Autor analizuje w niej negatywny wpływ nieoczekiwanych zdarzeń (tytułowych „czarnych łabędzi"), których (prawie) nikt nie jest w stanie przewidzieć, na świat, a zwłaszcza na gospodarkę i społeczeństwo. Taleb twierdzi, że „czarne łabędzie" w coraz większym stopniu definiują bieg światowych wydarzeń ze względu na rosnącą złożoność struktur społecznych. Co gorsza, nie jesteśmy w stanie przewidywać pojawienia się tych zdarzeń, ponieważ modele służące

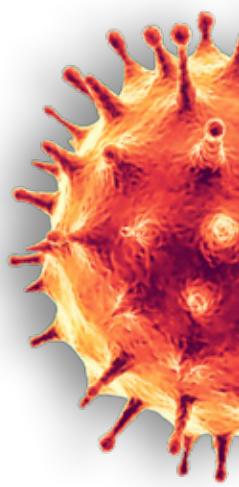
do opracowywania prognoz są mniej skomplikowane niż rzeczywistość, w związku z czym nie uwzględniają wielu czynników i ich wzajemnych oddziaływań, są zatem niekompletne. Taleb uważa, że pandemia COVID-19 nie jest typowym czarnym łabędziem. Obecny kryzys to według niego tzw. biały łabędź lub szary nosorożec. Jest to zdarzenie, które ma ogromny wpływ na rzeczywistość, ale da się je przewidzieć i jest prawdopodobne. Charakterystyczną cechą szarego nosorożca jest fakt, że inwestorzy długo ignorują związane z nim zagrożenie bądź go nie doceniają. Autor „Antykruchości" jest przekonany, że COVID-19 to próba generalna przed naprawdę groźną pandemią. Gdy nasza reakcja jest nadmierna, przygotowujemy się lepiej do podobnego zdarzenia, które może nastąpić w przyszłości. Obecnie uczymy się, jak zarządzać pandemią.

Eksperci uważają, że kryzys, który dotknął już Stany Zjednoczone i rozlewa się na cały świat, będzie bardzo dotkliwy, między innymi z tego względu, że przyczyny strukturalne kryzysu finansowego z końca pierwszej dekady XXI wieku nie zostały usunięte. Stale postępują procesy destrukcyjne dla gospodarek i społeczeństw Zachodu. Polityka polegająca na „zalewaniu świata pieniędzmi bez dokonywania jakichkolwiek głębszych zmian systemowych, to leczenie objawów, a nie przyczyn choroby. W dłuższej perspektywie nic to nie da" - ostrzega prof. Andrzej Szahaj, autor książek „Inny kapitalizm jest możliwy" oraz „Neoliberalizm, turbokapitalizm, kryzys". Świat musi się otrząsnąć z neoliberalnych mrzonek, z iluzji o mądrości rynku i fałszywej wiary w to, że chciwość jest dobra. „Z tego upadku moralnego będziemy się jako ludzkość podnosić latami. Dopiero dzisiaj możemy sobie uświadomić, jakie były długofalowe skutki działania ideologii neoliberalnej, i to nie tylko moralne. W moim przekonaniu to, co dziś obserwujemy, to rezultat przekonania, że rynek ma zawsze rację, sam potrafi się najlepiej regulować, a zatem wszyscy powinni jedynie przyglądać się temu, co się dzieje, ale, broń Boże, nie ingerować. No to przyglądajmy się dalej, aż razem z tym rynkiem pójdziemy na dno" – mówi prof. Szahaj.

Kryzys powoduje zmiany w wielu obszarach funkcjonowania, które wzajemnie na siebie wpływają. Pandemia jeszcze bardziej przeniosła nasze życie do sieci, a kto rządzi siecią, ten rządzi światem – to prawda oczywista, pewnik. Wielkie korporacje internetowe w obecnych warunkach niebywale wzmocniły swoją pozycję rynkową, zwiększając jednocześnie wpływ na decyzje zakupowe konsumentów. „To zmierza w bardzo niedobrą stronę. Zlekceważyliśmy zbliżanie się do «punktu bez powrotu» (*tipping point*), czyli moment, kiedy jeszcze można było sobie z tym poradzić. Ten moment przegapiły Stany Zjednoczone, przegapiła Unia Europejska" – twierdzi autor publikacji „Kapitalizm wyczerpania?" w rozmowie zamieszczonej na stronie www.interia.pl.

Ale kryzys to również szansa. Sposób odbioru pewnych zjawisk i procesów – wpływa na to, jak na nie reagujemy. „Gospodarcze trzęsienie ziemi, które teraz ma miejsce, ma to do siebie, że duża część ekonomicznych dróg zostaje zasypana, ale w tym samym czasie pojawiają się nowe ścieżki rozwoju, o których świat dotąd nie wiedział albo w małym stopniu je wykorzystywał, co daje nadzieję na 2021 rok i na przyszłość. Wiele zależy od tego, kto pierwszy je zobaczy i kto pierwszy ruszy nimi w drogę" – wskazuje w tekście opublikowanym na stronie www.forbes.pl Jerzy Kwieciński, wiceprezes zarządu Banku Pekao.





afw

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

Nie tylko amantadyna może pomóc w walce z COVID-19

Izolacja domowa jest stosowana u pacjentów, którzy mają dodatni wynik badania w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 i nie mają objawów choroby lub wykazują łagodne, umiarkowane objawy choroby COVID-19 (między innymi stan podgorączkowy, kaszel, ból gardła, osłabienie). Zalecane jest wówczas stosowanie preparatów elektrolitowych i popularnych środków przeciwbólowych. W sytuacji pogorszenia stanu zdrowia (uporczywa gorączka powyżej 39 stopni, duszność, saturacja poniżej 90%, bóle w klatce piersiowej, krwawienia z nosa, wybroczyny na skórze) należy niezwłocznie wezwać karetkę pogotowia, informując o rozpoznaniu COVID-19 i izolacji w warunkach domowych celem przewiezienia do szpitala.

Nassim Nicholas Taleb, amerykański filozof, teoretyk rynku i pisarz, namawia nas do konstytuowania naszej psychiki, osobowości, by ta stawała się antykrucha, byśmy w końcu zdali sobie sprawę, że to sytuacje niespodziewane, nagłe formułują naszą przyszłość. Nasze babcie nazywały to doświadczeniem. Odporność i umiejętność radzenia sobie w sytuacjach spadających na nas jak grom z jasnego czy ciemnego nieba powinny budować naszą antykruchość.

Pandemia to olbrzymi poligon, dzięki któremu buduje się doświadczenie terapeutyczne i diagnostyczne, niestety, za wysoką cenę życia i zdrowia ludzkiego. Okazało się na przykład, że SARS-CoV-2 nie jest wirusem, który ma powinowactwo wyłącznie do płuc, serca, śródbłonka naczyń krwionośnych, nefronów czy komórek ściany jelita cienkiego. Jest coraz więcej danych, które podkreślają jego silne powinowactwo do układu nerwowego. Obszarem docelowym dla SARS-CoV-2 w ośrodkowym układzie nerwowym są pień mózgu oraz wzgórze. Teorię Olneya ekscytotoksyczności aminokwasów pobudzających w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) uważamy obecnie za podstawę wielu schorzeń degeneracyjnych mózgowia. Późniejsi badacze zwrócili uwagę na rolę receptorów NMDA i możliwość modulacji funkcji układu glutaminergicznego poprzez antagonistów tych receptorów. Kwas glutaminowy, asparaginowy i w pewnym zakresie glicyna mogą przy nadmiernej stymulacji uszkadzać różne kompleksy białkowe stanowiące receptory, na przykład NMDA, AMPA i kainowe.

Wiele leków, które są antagonistami receptora NMDA, znalazło zastosowanie w leczeniu chorób neurodegeneracyjnych; do takich leków należą memantyna, amantadyna i riluzol.

Jako drogę SARS-CoV-2 do struktur mózgowia wskazuje się pierwotne zajęcie komórek węchowych i postępowanie procesu infekcyjnego wzdłuż nerwów węchowych lub zajęcie neuronów obwodowych (mechano- i chemoreceptory) w obszarze płuc i również rozprzestrzenianie się infekcji dośrodkowo – połączeniami synaptycznymi. Jest niezwykle prawdopodobne, że SARS-CoV-2 po inwazji w obszar mózgowia indukuje wzbudzenie łuku mózg – płuca ze skutkiem w postaci uruchomienia reakcji zapalnej i ostrego uszkodzenia płuc.

Wiedza o neurotoksyczności kwasu glutaminowego i asparaginowego, działających przez pobudzenie receptorów NMDA, AMPA (wspólnie z glicyną), jest powszechna. Podstawową zasadą

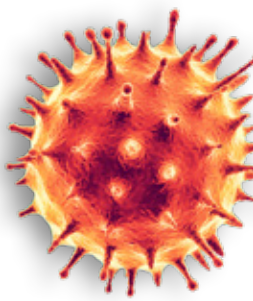
www.stock.adobe.com

leczenia chorych z ciężką patologią ośrodkowego układu nerwowego (uraz, obrzęk, udar mózgowia) jest zapobieganie tej neurotoksyczności i walka z nią. Obecność receptorów dla kwasu glutaminowego i asparaginowego oraz aktywność glutaminergiczna nie ogranicza się do ośrodkowego układu nerwowego. Aktywność glutaminergiczną stwierdza się również w komórkach śródbłonka naczyniowego, w zakończeniach nerwowych bariery jelitowej, w limfocytach oraz w obrębie bariery naczyniowo-pęcherzykowej w płucach, na makrofagach pęcherzykowych i w drogach oddechowych. Odkrycia oraz koncepcje Olneya, liczące kilkadziesiąt lat, doprowadziły do praktycznego zastosowania wielu leków w leczeniu zmian w mózgowiu mających charakter zapalny. Jeżeli podsumujemy naszą wiedzę na temat układu glutaminergicznego, jego rozprzestrzeniania się poza OUN, na przykład w płucach, to musimy uznać, że takie leki jak amantadyna, riluzol czy memantyna powinny być traktowane jako antagoniści układu glutaminergicznego (NMDA), którego ekspresja powoduje liczne zmiany zapalne, także w układzie oddechowym. Wniosek: jeżeli pacjent jest w izolacji domowej (pacjent ma dodatni wynik z wymazu w kierunku SARS-CoV-2), nie należy czekać na spadek saturacji poniżej 90%, duszność, zanik węchu i smaku. Farmakolog, farmakolog kliniczny, racjonalny klinicysta powie: zastosujmy u pacjenta izolowanego jeden z antagonistów układu glutaminergicznego.

Warto być odważnym, bo wypowiadając te treści, nie jesteśmy kompatybilni z teoriami tzw. autorytetów wypowiadających się w TV, nierzadko mających konflikt interesu. Gromadzona przez kilkadziesiąt lat wiedza na temat układu NMDA nie może być pomijana. Amantadyna jest antagonistą układu glutaminergicznego, którego ekspresja sprzyja wszelkim stanom zapalnym, nie jest lekiem przeciwwirusowym, nie sprawdziła się w leczeniu grypy A i B, bo takie były jej pierwotne wskazania.

Ten tryb postępowania, który sugeruję, nie pozostaje w sprzeczności z potrzebą szczepienia. Szczepionki uratowały ludzkość. Przywołam pandemię ospy prawdziwej lub jej odmiany krwotocznej (czarna ospa).

Nie czekajmy zatem na spadek saturacji u pacjenta izolowanego, wzrost temperatury powyżej 39 stopni Celsjusza, utratę węchu i smaku. Stosujmy leki będące antagonistami układu glutaminergicznego.



mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK

DZIAŁANIA ZLECANE W HURTOWNIACH FARMACEUTYCZNYCH

Kontynuując cykl publikacji w „Farmacji Wielkopolskiej", poświęconych omówieniu Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, chciałbym przedstawić różne aspekty zlecania czynności podmiotom zewnętrznym. Czy wszystkie zadania hurtowni farmaceutycznej muszą być wykonywane w ramach jej własnych zasobów? A jeśli nie, to które i na jakich zasadach można zlecać? Jak wygląda podział odpowiedzialności za ich wykonanie? Jakie warunki formalne muszą zostać przy tym spełnione?

Czynności objęte Dobrą Praktyką... czyli które?

Odpowiadając na pytania postawione we wstępie, należy odnieść się do rozdziału 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej. W przepisach prawa została przewidziana sytuacja, w której hurtownia farmaceutyczna zleca niektóre ze swoich czynności podmiotom zewnętrznym. Prawo nie określa przy tym żadnej skonkretyzowanej listy czynności, które hurtownia może podzlecać, jak też nie istnieje katalog czynności wykluczonych z takiego działania, z pewnym szczególnym wyjątkiem, o którym mowa w dalszej części tekstu. Kryteria ogólne nakreślone w rozporządzeniu wskazują jednak na dwa brzegowe warunki do spełnienia: po pierwsze zlecenie czynności następuje zawsze na podstawie pisemnej umowy, która dodatkowo zawiera procedury kontrolne, a po drugie – w niektórych przypadkach zleceniobiorca sam musi mieć status hurtowni. Pierwszy warunek naturalnie dotyczy każdej współpracy polegającej na zleceniu czynności, drugi natomiast ma zastosowanie w przypadku zlecania prowadzenia obrotu hurtowego w imieniu zleceniodawcy – jest więc zrozumiałe, że przyjmujący takie zlecenie musi legitymować się stosownym zezwoleniem Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Z dotychczasowej praktyki w działalności hurtu farmaceutycznego w Unii Europejskiej wyłonić można nieformalny podział na trzy grupy czynności zlecanych, uszeregowanych według tego, jak bezpośrednio dotyczą one obrotu produktami leczniczymi.

Do pierwszej podgrupy zaliczyć możemy wszelkie działania serwisowe, których z racji swojej specyfiki hurtownia nie wykonuje, korzystając z własnych zasobów, ale chętnie zleca je

www.stock.adobe.com

wyspecjalizowanym w tym zakresie firmom zewnętrznym. Będą to więc usługi utrzymania czystości, ochrony przed szkodnikami, serwisu przeróżnych urządzeń, na przykład chłodniczych, grzewczych, pomiarowych itp. Są to zatem działania niedotyczące bezpośrednio obrotu lekami, jednak posiadające wpływ na prawidłowe działanie infrastruktury hurtowni farmaceutycznej, a zwłaszcza na warunki przechowywania leków.

W drugiej grupie zlecanych czynności znajdują się działania podejmowane już bezpośrednio z produktem leczniczym, jednak nienależące jeszcze do zakresu obrotu hurtowego lekiem. Do najpopularniejszych czynności z tej grupy należy z pewnością zlecenie utylizacji produktów leczniczych. Inną wyspecjalizowaną i szeroko wykorzystywaną usługą wykonywaną z zewnątrz jest też transport. Podejmowane w ramach takich zleceń czynności mają bezpośredni wpływ na zapewnienie jakości leków, jednak nie jest wymagane, aby zleceniobiorca podlegał koncesjonowaniu jako hurtownia według przepisów prawa farmaceutycznego.

I wreszcie trzecia, najbardziej złożona usługa zlecona to mniej lub bardziej kompleksowe prowadzenie samego obrotu hurtowego. Innymi słowy, przeniesienie części lub całego procesu dystrybucyjnego do innego przedsiębiorcy. Będą to zatem takie usługi, jak przechowanie (magazynowanie), obsługa transakcji (przyjęcie, wydanie), obsługa reklamacji i zwrotów itp. Ze zlecaniem tego typu całościowych usług mamy do czynienia najczęściej w przypadkach, w których zleceniodawca nie dysponuje wystarczającą infrastrukturą dla potrzeb dystrybucji swoich produktów. To też ten szczególny przypadek wymieniony na wstępie, w którym zleceniobiorca, aby mógł podjąć się czynności, sam musi dysponować zezwoleniem na prowadzenie hurtowni.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę, że hurtownia farmaceutyczna występuje w roli zleceniobiorcy nie tylko w sytuacji podzlecenia jej części procesu logistycznego innej hurtowni, ale także przyjmując zlecenie przechowywania i dostarczania leków w imieniu podmiotu odpowiedzialnego. Jest to stosunkowo popularny układ współpracy w sytuacji, gdy podmiot odpowiedzialny nie dysponuje odpowiednią infrastrukturą logistyczną

do obsługi procesów dystrybucji leków, co do których uzyskał pozwolenie na dopuszczenie do obrotu. Zaznaczyć należy jednak, że jest to jedyny przypadek usług, których hurtownia – zleceniobiorca nie może podzlecać dalej. Wykluczenie to związane jest z obowiązkiem weryfikacji autentyczności nałożonym na hurtową dystrybucję farmaceutyczną przez tzw. dyrektywę fałszywkową, a który nie może zostać scedowany na inne podmioty.

OSTATECZNY NADZÓR NAD ZLECANYMI CZYNNOŚCIAMI ORAZ WYKONYWANYMI W RAMACH ZLECENIA USŁUGAMI JEST JEDNYM Z OBOWIĄZKÓW ZATRUDNIONEGO W HURTOWNI FARMACEUTY – OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ

Podział odpowiedzialności i obowiązki stron

Zlecaniu czynności w hurtowej dystrybucji farmaceutyków, jak już zaznaczono powyżej, musi bezwzględnie towarzyszyć pisemna umowa określająca odpowiedzialności i obowiązki stron. Zwykle stosuje się układ pary umów: handlowej – określającej warunki biznesowe zlecenia, oraz jakościowej – określającej aspekty związane z zapewnieniem jakości i bezpieczeństwa.

Rozporządzenie określa tylko minimalne warunki, jakie muszą zostać spełnione we współpracy zleceniodawcy ze zleceniobiorcą. Ten pierwszy przede wszystkim pozostaje odpowiedzialny przed organami nadzoru za zlecone działania. Jest także odpowiedzialny za nadzór nad czynnościami zlecanymi – najpierw w drodze oceny kompetencji potencjalnego zleceniobiorcy jeszcze przed podjęciem współpracy, a następnie podczas regularnych audytów. Zleceniodawca zobowiązany jest również do przekazania zleceniobiorcy wszelkich informacji niezbędnych do prawidłowego działania.

Podstawowym warunkiem koniecznym do spełnienia po stronie zleceniobiorcy jest posiadanie odpowiedniego zaplecza do wykonania usług. Należą do nich pomieszczenia, sprzęt, wszelka infrastruktura, ale także wiedza, doświadczenie i odpowiedni personel. Jeśli zasoby własne zleceniobiorcy nie są wystarczające, posiada on prawną możliwość dalszego podzlecenia usług, jednak w takiej sytuacji wymagana jest zgoda pierwotnego zleceniodawcy, pisemna umowa i przeprowadzenie audytu strony trzeciej. Co ważne, ustalenia pomiędzy stroną drugą i trzecią nie mogą być w żaden sposób zawężające w stosunku do umowy pomiędzy pierwotnym zleceniodawcą a stroną dugą. Krótko mówiąc, strona trzecia musi posiadać możliwość spełnienia wymagań nakładanych przez początkowego zleceniodawcę.

Po stronie zleceniobiorcy leżą również obowiązki komplementarne w stosunku do obowiązków zleceniodawcy. Tak więc zleceniobiorca musi umożliwić przeprowadzenie zleceniodawcy własnego audytu w każdym czasie, a także przekazywać wszelkie informacje, które mogą wpływać na jakość świadczonych usług, a zwłaszcza na zachowanie jakości produktów leczniczych. Oznacza to między innymi raportowanie wszelkich niekorzystnych zdarzeń, odchyleń od procesu itp. Informacje te służą przede wszystkim bieżącemu nadzorowi nad zleconym procesem, a także stanowią istotny wkład do cyklicznej oceny zleceniobiorcy. Niezależnie od powyższego, w przypadku gdy zleceniobiorca sam posiada status hurtowni farmaceutycznej, świadcząc usługi dystrybucji produktów w imieniu ich właściciela-zleceniodawcy, musi on spełniać wszystkie pozostałe wymogi Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej. Warto również pamiętać, że ostateczny nadzór nad zlecanymi czynnościami oraz wykonywanymi w ramach zlecenia usługami jest jednym z obowiązków zatrudnionego w hurtowni farmaceuty – Osoby Odpowiedzialnej.

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.

afw

www.stock.adobe.com

mgr farm. PAULINA WOJNA

A W HURTOWNI **znowu nie ma leku...**

Żeby odpowiedzieć na pytanie „dlaczego?", proponuję zacząć od samego początku, ogólnie nakreślając złożoność systemu planowania dostaw, przechodząc następnie do aspektu jakości i jednocześnie zwracając uwagę na jeden szczegół – brak dostępności leku na rynku ma swoje źródło.

Łańcuch dostaw (*Supply Chain*) to złożony system łączący pracę ludzi, procesy oraz technologie stworzone z myślą, by zrealizować wszystkie postawione mu cele. Zadaniem łańcucha dostaw jest dostarczenie właściwemu klientowi konkretnego produktu o wymaganej jakości, w określone miejsce, w ustalonym czasie - jednocześnie proponując mu atrakcyjną cenę. Jak można przypuszczać, zarządzanie takim systemem cechuje się kompleksowością i dotyczy każdego towaru dostarczanego na rynek. W przypadku produktów leczniczych, obok sprawnego zarządzania dostawami i idąc dalej - zapobiegania niedoborom farmaceutyku na rynku, priorytetem staje się jakość produktu leczniczego i bezpieczeństwo pacjenta, a te zawsze stawiane są na pierwszym miejscu.

Łańcuch dostaw można porównać poniekąd do działania organizmu, a dobre zarządzanie – do zdrowego stylu życia. Dysfunkcja jakiegokolwiek narządu w organizmie przekłada się w widoczny sposób na ogólne samopoczucie oraz z dużą dozą prawdopodobieństwa będzie miała bezpośredni wpływ na inne organy. Zdrowa dieta, ćwiczenia fizyczne i umiejętność panowania nad stresem są nieodzownymi czynnikami wpływającymi na ogólny dobrostan, ale w przypadku niezależnych czynników (na przykład genetycznych) nie są wystarczające. To porównanie w prosty sposób wyjaśnia możliwości zarządzania łańcuchem dostaw. Poszczególne ogniwa łańcucha, tj. dostawcy, producenci leków, hurtownie oraz odbiorca ostateczny, dzięki sprawnej współpracy mogą zapewnić efektywny przepływ dóbr, jednak niespodziewane czynniki zewnętrzne, takie jak zmiany rejestracyjne lub zwiększenie popytu na dane preparaty w przypadku gwałtownego wzrostu zachorowań, bądź wycofania partii leków, mogą zaburzyć ich poprawne funkcjonowanie. Zredukowanie ryzyka do minimum wymaga dogłębnego zrozumienia zależności między ogniwami, określenia przyczyny możliwego problemu, jego analizy i zdefiniowania zarówno natychmiastowego, jak i długoterminowego planu naprawczego – zupełnie jak podczas konsultacji lekarskiej.

ZDARZA SIĘ, ŻE AGENCJE LEKOWE ZGŁASZAJĄ DODATKOWE PYTANIA DO TREŚCI ZŁOŻONYCH DOKUMENTÓW ALBO NASTĘPUJĄ NIEOCZEKIWANE OPÓŹNIENIA W PROCESIE WDRAŻANIA ZMIANY I NA TYCH ETAPACH RÓWNIEŻ MOŻEMY SPODZIEWAĆ SIĘ TRUDNOŚCI WE WŁAŚCIWEJ OCENIE CZASU PRODUKCJI LEKU I DOSTARCZENIU GO DO ODBIORCY OSTATECZNEGO ZGODNIE Z ZAMÓWIENIEM

Wspomniana złożoność systemu odznacza się tym bardziej, gdy uświadomimy sobie, że zarządzanie nie dotyczy tylko planu dostawy leku, ale też uwzględnia pozyskiwanie komponentów i surowców od odpowiednio zakwalifikowanych dostawców, możliwości produkcyjne wytwórców, zdolności i warunki transportowe, a także procedury wycofania produktu z rynku w przypadku poważnych wad jakościowych leku. Każda wymieniona kwestia jest ściśle opisana w procedurach, z określeniem osób odpowiedzialnych za poszczególne działania. Efektywność zarządzania systemem określa się na podstawie wskaźników wydajności (*KPIs – Key Performance Indicators*), opierających się między innymi na liczbie zaraportowanych braków produktu na rynkach. W przypadku zarządzania produktem wytwarzanym przez firmy kontraktowe produkcja opiera się na technologii produkcyjnej danego leku i informacjach udzielanych przez podmiot odpowiedzialny, spisanych w umowach jakościowych. Za zebranie wszystkich niezbędnych informacji na temat produkcji i wysyłki towaru odpowiada zespół ekspertów pracujących w działach: planistycznym, technicznym, jakościowym, opakowaniowym, rejestracyjnym i zaopatrzenia, którzy pośredniczą w przekazywaniu istotnych informacji z państw otrzymujących dany

www.stock.adobe.com

produkt kontraktorowi, a jednocześnie stanowią filtr, gdzie możliwe jest zweryfikowanie danych i możliwość uzgodnienia kolejnych etapów produkcji i dystrybucji leku do odbiorcy.

Gdzie w tej skomplikowanej strukturze jest miejsce na JAKOŚĆ produktu leczniczego? Jak w pełni skontrolować wszystkie etapy - zaczynając od rejestracji, przez produkcję, zapewnienie odpowiednich warunków transportu, aż po dostarczenie leku do pacjenta - jednocześnie zdając sobie sprawę z możliwej destabilizacji procesów w punktach krytycznych? Właśnie TO sprawia, że praca w dziale zapewnienia jakości jest niesamowicie ciekawa. O jakość troszczymy się przede wszystkim rozpatrując zgłaszane reklamacje i incydenty z udziałem naszych produktów, prowadząc ich okresowe analizy, a także dbając o każdy szczegół widoczny w dokumentacji rejestracyjnej, skupiając się również na sprawnej i bezbłędnej komunikacji między wytwórcą a odbiorcą produktu leczniczego.

Jak już wcześniej wspomniałam, dostawcy komponentów (na przykład opakowaniowych) oraz substancji (czynnych i pomocniczych) muszą przejść proces kwalifikacji. Opiera się on głównie na spotkaniach audytowych, sprawdzaniu próbek marketingowych, a także, po zatwierdzeniu dostawcy, na szczególnej kontroli pierwszych partii leku wytworzonych przy współpracy z nową spółką. Dostawcy są kontrolowani bezpośrednio przez firmę wytwarzającą lek ostateczny. Wytwórca, będący drugim (lub kolejnym) ogniwem łańcucha, musi otrzymać zezwolenie na wytwarzanie bądź import produktów leczniczych (tzw. *MIA – Manufacturing and Importation Authorisation*) oraz certyfikat GMP. Oba dokumenty wystawiane są przez organy farmaceutyczne kraju, gdzie dany producent zarejestrował swoją działalność

(w Polsce jest to zadanie Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego). Wytwarzanie może odbywać się na dwa sposoby – w ramach działalności danej firmy farmaceutycznej, ale też może być zlecone podwykonawcy – firmie zewnętrznej – kontraktowej, z którą w tym przypadku musi być zawarta umowa.

Podpisanie umowy jakościowej między rynkiem, gdzie produkt leczniczy został zarejestrowany, a wytwórcą produktu jest koniecznym elementem umożliwiającym produkcję zgodną z rejestracją. Co ciekawe, stosunkowo częstą praktyką jest dorejestrowywanie kolejnych informacji – takich jak alternatywne metody badań, dodatkowi dostawcy, czy inne wymagania nałożone przez agencje lekowe działające na terenie danego państwa, co może przyczyniać się do różnic w dokumentach dossier między państwami otrzymującymi ten sam lek. Jak można się domyślać, wspomniane działania generują dodatkową pracę dla zespołu zapewnienia jakości. Sprawdzamy najdrobniejsze szczegóły, takie jak specyfikacja – zwracając uwagę na wymagane testy analityczne oraz dopuszczalną tolerancję w zakresie wyników badań (co później jest referowane także w dokumentach wysyłkowych konkretnej partii produktu i jest podstawą zwolnienia serii na rynek), okres przydatności leku zarejestrowany na danym rynku, skład produktu, sposób jego przechowywania, wymóg dotyczący serializacji itp. Ten etap kompletowania danych jest weryfikowany ze strony zapewnienia jakości co najmniej trzykrotnie – przez podmiot odpowiedzialny, centralny zespół zapewnienia jakości i przez kontraktora.

NIEZWYKLE ZŁOŻONYM PROCESEM, W KTÓRYM BIERZE SIĘ PRODUKT LECZNICZY POD LUPĘ, JEST ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

Czy to jest jedyna możliwa przyczyna opóźnień w wysyłce towaru na rynek i jego niedoboru w hurtowniach? Oczywiście, że nie... Stosunkowo często spotykam się z tym pytaniem, dlatego chcę się do niego odnieść, podając zaledwie kilka przykładów, które ze strony jakości mogą mieć wpływ na stan magazynowy w hurtowniach. Zaznaczam, że jest to tylko ogólne naświetlenie wpływu kilku niezależnych czynników, które pomimo analizy wcześniejszych zdarzeń, działań naprawczych czy szczegółowej dokumentacji są nieuniknione, a naszą rolą jest ich kontrola i udoskonalanie procesów, co w efekcie ma usprawnić proces dostaw.

Trzeba wziąć pod uwagę, że każda zmiana standardu produkcji – niezależnie, czy jej źródłem jest wymaganie rejestracyjne, czy usprawnienia zaproponowane przez producenta, musi być odpowiednio zakomunikowana, zaraportowana w systemach, oceniona pod względem bezpieczeństwa, bezpośredniego wpływu na sam produkt, jego działanie i efektywność, a także możliwości producenta i przewidywanego czasu wdrożenia zaproponowanej zmiany. Zdarza się, że agencje lekowe zgłaszają dodatkowe pytania do treści złożonych dokumentów albo następują nieoczekiwane opóźnienia w procesie wdrażania zmiany i na tych etapach również możemy spodziewać się trudności we właściwej ocenie czasu produkcji leku i dostarczeniu go do odbiorcy ostatecznego zgodnie z zamówieniem. W przypadku zmian niemających związku z rejestracją powyższa ocena i odpowiednie raportowanie służą bezpieczeństwu i zapewnieniu zgodności z zasadami GMP (Good Manufacturing Practice). Jak wiadomo, zgodnie z wymaganiami, każda partia produktu leczniczego musi być wytworzona w taki sam, ściśle określony sposób.

Kolejnym etapem, po wytworzeniu produktu, jest jego wysyłka. I tutaj, najczęstszym incydentem mogącym wstrzymać partię leku jest odchylenie temperaturowe. Bazując na danych stabilnościowych, znajomości składu produktu i wiedzy ekspertów, wspieramy ocenę wpływu tego typu incydentów na postać, trwałość czy mikrobiologię farmaceutyku transportowanego lub przechowywanego w niestandardowych warunkach. Na czas dochodzenia partia leku jest wstrzymana przez Osobę Wykwalifikowaną i to ona podejmuje ostateczną decyzję o zwolnieniu serii. Odchylenia temperaturowe są tylko przykładem odchyleń od standardów,

www.stock.adobe.com

którymi musimy się kierować podczas produkcji. Każda niespodziewana fluktuacja w procedurze wytwarzania wymaga osobnej oceny i dozoru, a kolejne podobne incydenty są weryfikowane z poprzednimi pod względem przyczyny odchylenia, wdrożenia działań naprawczych i oceny ryzyka takich problemów w przyszłości. Dochodzenie w sprawie odchylenia musi zostać zamknięte do momentu zwolnienia produktu.

Niezwykle złożonym procesem, w którym bierze się produkt leczniczy pod lupę, jest rozpatrywanie reklamacji. W zależności od samego leku, etapu jego wytwarzania/składowania i źródła zgłoszenia, można się spotkać z najprzeróżniejszymi skargami, niemniej jednak sama ich ewaluacja i analiza możliwości powstania defektu w każdym przypadku pogłębia naszą wiedzę na temat produktu. Dzięki odpowiedniemu zróżnicowaniu incydentów pod względem krytyczności jesteśmy w stanie nadać priorytet każdemu zadaniu i odpowiedzieć na zgłoszenie w zdefiniowanych wcześniej ramach czasowych. W przegląd zdarzenia zaangażowany jest głównie producent leku i to on udziela ostatecznej odpowiedzi, biorąc pod uwagę wszystkie dane pozyskane od wnioskodawcy, odpowiednich dostawców komponentów, których dotyczy zgłoszenie, operatorów i zespołu ekspertów. Zgłoszony defekt, w przypadku wpływu na rejestrację czy bezpieczeństwo stosowania leku, skutkuje natychmiastowym wstrzymaniem dotkniętych serii i ich wycofaniem z obrotu, a wszelkie działania związane z tym incydentem są bezdyskusyjnym priorytetem. Na szczęście, standardowe reklamacje nie dostarczają nam tylu emocji i zwykle dotyczą pojedynczych sztuk produktu, co nie znaczy, że nie wymagają one od nas wysiłku, by zapewnić satysfakcjonującą odpowiedź, mając zawsze z tyłu głowy jakość i bezpieczeństwo.

W telegraficznym skrócie - to tyle, jeśli chodzi o wpływ oceny jakości leków na dostawy. Praca w dziale zapewnienia jakości dostaw zewnętrznych jest niesamowicie rozwijająca i wymagająca, a zarazem daje mnóstwo satysfakcji i chęci do zmagania się z kolejnymi zadaniami. Jako osoba lubiąca stawiać czoło nowym wyzwaniom – serdecznie polecam! (CL SUPP-2101489).

afw

mgr farm. **PAULINA WOJNA**
Quality Specialist w GSK External Supply Quality.

dr n. farm. HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA

CYTRYNA DLA UBOGICH

Żurawina – niepozorna krzewinka z bagien o szerokim zastosowaniu

Wielkie obszary torfowisk to środowisko, w którym żurawina czuje się doskonale. Jej owocami interesowali się już rdzenni mieszkańcy Ameryki. Miały one różne nazwy. Indianie Wampanoag mówili na nie „sasumuneash", co można tłumaczyć jako kwaśne jagody. Lud ten przywiązywał dużą wagę do tego właśnie owocu, który często ratował im życie. Uważali, że symbolizuje pokój i przyjaźń. Nazwa żurawina wywodzi się od słowa żuraw, ponieważ jagody tej rośliny spożywają żurawie. Inni twierdzą, że nazwę nadali jej kolonizujący Amerykę Północną europejscy osadnicy. Kwiat przypominał im głowę żurawia (ang. *cranberry*).

Nawet rzymski lekarz greckiego pochodzenia Galen polecał w swoich receptach żurawinę. Zalecał ją również Paracelsus, szwajcarski lekarz, jeden z pionierów farmakologii i toksykologii. Owoc miał nie tylko zastosowania lecznicze, ale był także doskonałym składnikiem pożywienia przez sporą część roku. Zbierany jesienią służył do farbowania tkanin i jedzenia oraz konserwacji żywności. Suszone mięso z tłuszczem zwierzęcym i żurawiną mogło być przechowywane przez całą zimę. Same suszone owoce również można długo trzymać w spiżarni. Innym sposobem było zakopywanie owoców głęboko w ziemi, co miało przedłużyć ich świeżość. Archeolodzy odkryli, że na wielu wczesnośredniowiecznych stanowiskach, takich jak Gniezno, Poznań, Santok, Kłecko lub Opole, często znajdowano pozostałości orzechów laskowych. Dzięki wykopaliskom z Poznania, Gniezna, Santoka, Raciborza i Opola wiemy, że nasi przodkowie zbierali również owoce tarniny. Z pewnością jedzono różne rodzaje jagód, na co wskazuje choćby nazewnictwo. Do takich należą z pewnością poziomki (zwane „sunicami"), borówki, czernice, czarne jagody, łochynie i żurawiny.

Popularność żurawiny zaczęła rosnąć dzięki kolonizatorom Ameryki. Jednym z nich był Henry Hall z Dennis w stanie Massachusets. Na jego torfowiskach tradycyjnie rosła żurawina. Zauważył jednak, że lekko przysypana ziemią rozwija się znacznie lepiej. To odkrycie dało początek przemysłowej produkcji owoców. Później na pola wkroczyła technika i nauka. Zaobserwowano bowiem, że owoc ma komory powietrzne, utrzymuje się więc na wodzie. Aby ułatwić zbiory, farmerzy zalewają pola wodą. Jej strumień oraz tworzące się prądy i wiry same oddzielają owoce od gałązek. Do całego procesu bardziej pasuje więc słowo połowy niż klasyczne zbieranie jagód. Tworzą się zatem jeziora pokryte gęsto czerwonymi kuleczkami, które zasysają specjalne maszyny, tak, żeby nie uszkodzić ani owoców, ani krzewów. Dziś Stany Zjednoczone i Kanada są liderami w produkcji żurawiny, a tamtejsza odmiana wielkoowocowa rozprzestrzeniła się także w Europie.

Dawniej żurawina nazywana była cytryną dla ubogich, głównie

www.stock.adobe.com

ze względu na swój kwaskowaty smak i zawartość witaminy C (15 mg w 100 g). Żurawina wielkowocowa *Vaccinium macrocarpon Aiton* (*syn. Oxycoccus macrocarpon*), zwana też żurawiną amerykańską, różni się od występującej w Polsce żurawiny błotnej Vaccinium oxycoccus L. (*syn. Oxycoccus quadripelatus*) o mniejszych owocach i nieco różniącym się od żurawiny amerykańskiej składzie chemicznym. Związkami dominującymi w owocach żurawiny amerykańskiej są polifenole, takie jak flawonoidy, kwasy fenolowe, ich połączenia, antocyjany oraz proantocyjanidyny. Flawonoidy występują głównie w formie glikozydowej i są to przede wszystkim 3-β-glukozydy, 3-β-ksylozydy, 3-β-galaktozydy oraz 3-α-arabinozydy kwercetyny i mirycetyny. Wśród antocyjanów dominują pochodne cyjanidyny i peonidyny. Istotne znaczenie dla działania owoców mają występujące w nich pochodne flawan-3-olu Owoce są także bogate w dużą ilość kwasów organicznych, takich jak benzoesowy, jabłkowy, cytrynowy i chinowy. Stosunek kwasu chinowego i jabłkowego jest w przybliżeniu stały, co wykorzystuje się do potwierdzenia autentyczności soku żurawinowego, jak również do oznaczania procentowej zawartości soku żurawinowego w napojach. Szczególne znaczenie ma zawartość kwasu benzoesowego, który jest naturalnym konserwantem. Skład jakościowy soku żurawinowego pod względem grup związków nie odbiega od składu świeżych

owoców. Występują jednak różnice w obecności poszczególnych związków, co najprawdopodobniej związane jest z procesami technologicznymi stosowanymi przy sporządzaniu soku.

Kwasy fenolowe są aktywne wobec Listeria monocytogenes, a kwasy galusowy i kawowy spowalniają metabolizm proliny. Flawonole (związki niewystępujące w innych owocach) to proantocyjanidyny typu A (mają wyższą zdolność adherencyjną niż z grupy B) i pozwalają ograniczyć kolonizację bakterii z powodu termodynamicznych, niekorzystnych procesów tworzenia zaczepów między powierzchnią komórek nabłonków a bakteriami. Wykazano, że preparaty żurawinowe suche zawierają ok. 0,5% flawonoli z proantocyjanidynami, a koncentraty suche – 5% polifenoli, dlatego koncentrat może wykazywać korzystniejsze działanie w zapobieganiu rozwojowi stanów zapalnych. Polifenole są znane z działania antyoksydacyjnego.

Żurawina posiada zdolność zakwaszania moczu, a proantocyjanidyny i inne składniki chemiczne mają właściwości antyseptyczne, degradujące bakterie. Ponadto udowodniono, że sok z żurawin zapobiega adherencji bakterii do komórek nabłonka

Ważnym etapem rozwoju zakażenia jest zakotwiczanie się bakterii w błonie śluzowej komórek. Sok żurawinowy, ułatwiając wydalanie moczu, zapobiega kolonizacji bakterii. Fimbrie bakteryjne wydzielają adhezynę, która powoduje ich przyczepianie do receptorów węglowodanowych nabłonków. Fruktoza zawarta w żurawinie hamuje przyczepność E. coli typu 1, zaś ekstrakt proantycyjanidyn (PAC) zapobiega przyczepności uropatogennych pałeczek coli typu P. Na podstawie licznych badań uważa się, że istnieje związek pomiędzy stosowaniem żurawiny, a zmniejszaniem bakteriomoczu i ropomoczu, będący skutkiem zakwaszania moczu, efektu bakteriostatycznego kwasu hipurowego oraz przeciwdziałania adherencji bakterii do błon śluzowych.

Zakażenia dróg moczowych oraz bakteriurie bezobjawowe u kobiet w ciąży są często pojawiającymi się dolegliwościami, które nieleczone mogą doprowadzić do przedwczesnego porodu lub obniżenia masy urodzeniowej noworodka. Zarówno wieloletnia tradycja, jak i wyniki kilku badań klinicznych potwierdziły przeciwbakteryjne działanie soku z owoców żurawiny wielkoowocowej (*Vaccinium macrocarpon*) na drogi moczowe. Mechanizm działania surowca wynika głównie z obecności fruktozy i proantocyjanidów A (PAC), które wiążą się z fimbriami bakterii E. coli, uniemożliwiając adhezję bakterii do komórek nabłonka przewodów moczowych. Wykazano, że u kobiet ciężarnych, które wypijały 240 ml soku żurawinowego dziennie, nie pojawiły się żadne działania niepożądane, a stosowanie żurawiny prowadziło do zmniejszenia częstości występowania u nich zakażeń dróg moczowych. Dowiedziono, że żurawina w postaci ekstraktów, w tabletkach lub kapsułkach, jest dużo lepiej tolerowana i równie skuteczna jak w postaci soku. W czasie ciąży i laktacji zaleca się, aby nie przekraczać dziennych dawek żurawiny, spożywanych jedynie w produktach żywnościowych, ponieważ długotrwałe spożywanie soku z żurawiny może powodować zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Szczególną uwagę należy zwrócić na

SOK Z ŻURAWIN MOŻE ZAHAMOWAĆ ROZWÓJ BAKTERII W DZIĄSŁACH, CO WYDAJE SIĘ KORZYSTNE W LECZENIU ZAPALEŃ PRZYZĘBIA

kobiety ciężarne z predyspozycją do kamicy nerkowej, ponieważ u nich podczas stosowania dużych ilości produktów zawierających kwasy szczawiowe (w tym żurawiny) rośnie ryzyko powstawania kamieni nerkowych. Nie udokumentowano wpływu żurawiny na karmienie piersią. W jednym z badań klinicznych poddano próbie skuteczność soków zawierających łącznie żurawinę i borówkę brusznicę, porównując ich wspólne działanie do napoju zawierającego Lactobacillus rhamnosus GG. Okazało się, że w grupie kobiet przez 6 miesięcy spożywających sok z żurawiny i borówki częstość występowania zakażeń układu moczowego zmniejszyła się o 20% w stosunku do grupy kontrolnej i grupy spożywającej probiotyk.

Sok z żurawin może także zahamować rozwój bakterii w dziąsłach, co wydaje się korzystne w leczeniu zapaleń przyzębia. Niestety, duża zawartość cukrów (dekstrozy i fruktozy) w soku wyklucza leczenie schorzenia tym preparatem. Mała zawartość cukrów spowodowałaby natomiast znaczne pogorszenie smaku. Niemniej w przyszłości przewiduje się badania kliniczne z użyciem związków wyizolowanych z żurawin. Żurawiny pomagają w problemach żołądkowych prawdopodobnie poprzez hamowanie adhezji bakterii *Helicobacter pylori* do śluzówki żołądka. Ponadto ekstrakt z żurawin ma właściwości hamujące oksydację cząsteczek LDL, co może wpływać na rozwój chorób naczyniowych. Działanie to jednak może bardziej zależeć od obecności antyoksydacyjnej witaminy C. Takiego wpływu nie stwierdza się na przykład w przypadku soku z jagód, w którym zawartość witaminy C jest znacznie niższa.

www.stock.adobe.com

Interakcje z lekami występują sporadycznie. Przeciwwskazaniem do stosowania żurawiny jest proteza zastawki dwudzielnej i stosowanie warfaryny. Nie powinno się jej podawać dzieciom w okresie wzrostu i osobom z osteoporozą, gdyż utrudnia wchłanianie wapnia.

W przetwórstwie z jagód żurawiny wyrabia się dżemy, galaretki, konfitury i nalewki. Owoce te są wspaniałym dodatkiem do mięs. W sklepach dostępne są również suszone jagody żurawiny, dzięki którym owoce tego gatunku mogą być spożywane przez cały rok.

W ostatnich czasach pojawiło się wiele suplementów diety zawierających żurawinę. Są to preparaty o różnej zawartości żurawiny w postaci ekstraktu z owoców. Niektóre preparaty są standaryzowane na zawartość proantocyjanidyn (PAC). Wtedy jest możliwość porównania poszczególnych preparatów. Niestety, nie wszystkie podają tę wartość. Występują także preparaty, które zawierają dodatkowo ekstrakty z pokrzywy, skrzypu, nawłoci czy korzenia pietruszki, dodawane, by wspomóc działanie żurawiny oraz zwiększyć funkcję wydalniczą nerek.

afw

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

dr HANNA CYTRYŃSKA

ELEKTRON
w aptekarskiej retorcie

Tinctura Succinum, *Unguentum Succinum*, *Incensum Succinum*... kalafonia, terpentyna, serum, szampon, odżywka, płyn na wszy – to tylko fragment bursztynowej oferty wytwarzanej na przestrzeni wieków w farmaceutycznych laboratoriach.

Etymologia terminu „elektrum" w odniesieniu do żywicy kopalnej to konstatacja zjawiska przyciągania drobin kurzu do potartej jedwabiem bryłki bursztynu, którą zdefiniował grecki filozof przyrody Tales z Miletu. W 1891 r. fizyk George Johnstone Stoney, zajmujący się badaniami nad oddziaływaniami pomiędzy nieruchomymi ładunkami elektrycznymi, nazwał elementarną jednostkę elektryczności ujemnej elektronem, paralelnie nawiązując do sformułowania starożytnego filozofa. Używając terminów charakterystycznych dla dziewiętnastowiecznej fizyki, doświadczenie Talesa z Miletu opisano w następujący sposób: bursztyn po potarciu elektryzuje się, przyjmując ładunek ujemny, w efekcie czego przyciąga drobne cząsteczki.

Każda społeczność charakteryzująca się odrębnym kodem kulturowym tworzyła swoją nazwę żywicy kopalnej, integrując kolor i zapach bryłki z mitem o jej pochodzeniu. W farmacji używano nazwy łacińskiej *succinum* (sok). Według rzymskiej legendy, żywica nazywana *lyncurium* powstała ze skamieniałego moczu rysia. Egipcjanie nazywali ją *sokal*, Arabowie *anbar*, Francuzi *ambré*, Persowie *karuba* (złoty rabuś), Szwedzi *raf* (chwytać). W kulturze żydowskiej dominowała nazwa *haszmal* (tchnienie). Słowianie nazywali ją jantar w nawiązaniu do litewskiego brzmienia *gintaras*. Polacy zasymilowali niemiecką nazwę bernstein (płonący kamień), nadając żywicy kopalnej miano BURSZTYN.

Bursztyn wpisany jest w egzystencję człowieka od neolitu do dnia dzisiejszego. Dzięki zjawisku przyciągania, które uważano za magiczne, przypisywano mu wiele abstrakcyjnych właściwości. Na szczęście i dobrobyt wykonywano spersonalizowane talizmany w postaci okrągłych tarczek z otworem. Wytwarzano również amulety z geometrycznymi rytami kropek lub zygzaków, zabezpieczające przed złymi mocami. Szczególną opieką otaczano dzieci, zawieszając im na szyi bryłki białego bursztynu chroniące od konwulsji[1]. W prehistorycznej epoce kamienia wytwarzano wisiorki w kształcie antropomorficznych i zoomorficznych figurek, prawdopodobnie

wspomagające myśliwych podczas wypraw łowieckich. Do najciekawszych amuletów należały tzw. bursztynowe krążki zakładzinowe umieszczane w fundamentach, które według wierzeń mieszkańców, zabezpieczały domostwa przed złymi mocami. Bursztynowi przypisywano również morderczą moc („powiadają, że gdy go zapalić, od jego zapachu giną jadowite gadziny").

Stosowanie bursztynu w medycynie charakteryzowało się szerokim spektrum, od leczenia febry do schorzeń narządów wewnętrznych. W zależności od kręgu kulturowego te same remedia aplikowano dla uspokojenia nerwów lub przy trudności w oddawaniu moczu. Wierzono, że sproszkowany, utarty z miodem i olejkiem różanym bursztyn poprawia wzrok i leczy stany zapalne uszu[2]. Na ból żołądka ordynowano zmielony bursztyn wymieszany z roślinami leczniczymi. Avicenna zalecał spożywanie bursztynu przy biegunce i krwotokach. W 1551 r. Andreas Aurifaber opublikował rozprawę „Succini historia", w której radził aplikowanie bursztynu na bóle zębów i żołądka, reumatyzm i arytmie serca. Polski lekarz i botanik Stefan Falimirz w zielniku „O ziołach i mocy ich" polecał bursztyn... „na serca uweselenie, kordiakę oddalenie i duchów posieranie". Z bursztynu wyrabiano fajki i cygarniczki, reklamując je jako filtry chroniące płuca przed zgubnymi skutkami palenia tytoniu. Moc przyciągania zawarta w bursztynie miała wywierać odwrotny skutek, czyli „odpychać" trujące substancje smoliste. W książce „O bursztynie", napisanej w 1833 r. przez krakowskiego lekarza Jana Freyera, znajdują się wskazania dla „bursztynowych użytków lekarskich":

„TINCTURA SUCCINI, otrzymuje się wytrawiając półfunta Bursztynu zdrobnionego i w ogniu prażonego przy wolnym cieple, dwoma funtami wyskoku powtórnie rektyfikowanego przez kilka dni, aż dopóki nasyconego nie nabędzie koloru. Działa wzbudzając w przeciwspasmodycznie, w szczególności skutki wywiera na skórę i dlatego w spazmach tego organu jakoteż w cierpieniach histerycznych jest używaną. Doza 8-15 kropli.

KADZENIE, w grubym proszku używany jest bursztyn do kadzenia. Bennet lekarz Angielski uważa kadzenie za jedyne środki do leczenia suchot. Willis liczne zebrał doświadczenia nakadzeń w suchotach, podaje trojakie przepisy zastosowane do stopnia choroby. Mają zaś bydź uskuteczniane w pokoju dobrze zamkniętym tak, żeby zimne powietrze dojść nie mogło, i w tym dymie chory przez długi czas bawić powinien. W cierpieniach rheumatycznych używamy rozcierań flanelą bursztynem nakadzoną"[3].

www.stock.adobe.com

W I wieku Pliniusz Starszy w „Historyi naturalnej ksiąg XXXVII" zaprezentował hipotezy próbujące wyjaśnić pochodzenia bursztynu (*elektronu*). Według pierwszej koncepcji bryłki żywicy rosły na drzewach lub powstały w „jeziorze elektryckim". Autor przywoływał ideę Filemona, który postrzegał bursztyn jako zastygły płomień. Według Nicyasza to skroplone i zastygłe promienie słońca. Do najbardziej kuriozalnych należała hipoteza, że są to łzy ptaków. Ciekawą

koncepcję znajdujemy w przypowieści kurpiowskiej, według której bursztyn powstał podczas potopu „ze łzów ludzi niezinnych, małech dzieci i jensych nieboroków ulezoł się burśtyn jak łza czysty i przejzysty – na pasije, na leki, na korole dla dziwcoków i na inse psiankne i przyjemne rzecy. Ze łzów grzesników pokutujących i załujących za gziechy powstoł burśtyn przyciemnioły, zamglony, zachmuzony jakeby, dobry na kadzidło, do fajków, na tabakiery abo rącki do kijów"[4]. Współcześnie przyjmuje się, że bursztyn powstał z żywicy drzew iglastych, a w rzadszych przypadkach żywicujących drzew liściastych z grupy bobowców.

BURSZTYN W GEOLOGII

Żywica kopalna nazywana w naszym kręgu kulturowym bursztynem kształtowała się w okresie karbońskim przed 300 milionami lat. Jej złoża znajdują się na całym świecie i odnajdywane są w osadach kredowych, paleogeńskich i czwartorzędowych. W zależności od terenu, na którym odnaleziono złoża, nadawano im nazwę mineralogiczną. Znajdowana na terenie środkowej Europy została nazwana *sukcynit* i należy do najlepiej opisanych żywic. Do wykazu mineralogicznego została wpisana w 1820 r. przez Augusta Breithaupta z Fryburga. W Polsce obecnie zlokalizowano 6 złóż występowania bursztynu. Na terenie Równiny Goleniowskiej, Równiny Gryfickiej, Pobrzeża Słowińskiego, Mierzei Wiślanej i Żuław, Pobrzeża Kaszubskiego i północnej Lubelszczyzny[5]. Największe złoża jantaru, szacowane na 90% całych zasobów światowych, znaleziono już w I wieku na Półwyspie Sambijskim (obecnie na terenie Rosji). W 1546 r. niemiecki humanista, lekarz i mineralog Georgius Agricola (1494-1555), uznawany za prekursora geologii, podczas procesu suchej destylacji bursztynu otrzymał terpentynę, kalafonię, olej bursztynowy i kwas bursztynowy w postaci białych kryształków. Kwas ten uważano początkowo za sól i nazywano *sal succini* lub *sal volatile*. Określono ciężar właściwy bursztynu, który waha się od 1,050 do 1,096 g/cm^3. Te wartości powodują, że bursztyn pływa w wodzie o zasoleniu 27%, a tonie w wodzie słodkiej. Bursztyn staje się plastyczny i lepki w temperaturze około 170°C, natomiast nigdy nie występuje w postaci płynnej, ponieważ nie istnieje punkt jego topliwości. Płonie w temperaturze ok. 300°C, a w temperaturze 370-380°C rozkłada się całkowicie. Podstawowe spektrum kolorystyczne bursztynu zawiera się pomiędzy barwą jasnożółtą poprzez pomarańczową do czerwonej. Najdroższy i najwyżej ceniony jest bursztyn biały, który charakteryzują mikronowe inkluzje pęcherzyków gazu tworzące wewnątrz żywicy porowatą strukturę przypominającą kredę. Znajdowane są również bryłki żywicy o zabarwieniu zielonym i niebieskim. Często występują bryłki o zmieszanej strukturze i kolorystyce. Bardzo istotna jest gradacja przeźroczystości i czystości wewnętrznej. Ogromny wpływ na wartość bursztynu ma wielkość jednolitej bryły oraz inkluzje zwierzęce lub roślinne. W starożytności określano kolorystykę, porównując bursztyn do wina – „najpiękniejszy był koloru falenrskiego (kolor wina), przeźroczysty o łagodnym blasku". W inwentarzach sporządzanych po śmierci aptekarzy w działach kamienie szlachetne znajdujemy pozycje „bryłki *succinum* w gamie kolorystycznej od mleczno-białej do przeźroczysto – słomkowej".

ELEKTRYZACJA ZWANA „BURSZTYNOWANIEM"

W XVIII wieku zjawiskiem przyciągania drobin przez potarty bursztyn (elektron), zainteresował się francuski fizyk ks. Jean-Antoine Nollet (1700-1770). Na podstawie badań naukowych i eksperymentów stworzył teorię „O przepływie ładunku elektrycznego na skutek przyciągania i odpychania pomiędzy naładowanymi ciałami". Będąc członkiem rzeczywistym Królewskiej Akademii Nauk, prezentował swoje doświadczenia szerokiej publiczności, zgromadzonej na dworze Ludwika XV. Aby uwiarygodnić zjawisko przepływu prądu na dużą odległość, wykonał publicznie eksperyment, ustawiając obok siebie 240 gwardzistów trzymających się za ręce. Ostatni w łańcuchu trzymał żelazną kratę ogrodzenia, która stanowiła uziemienie. Po dotknięciu pierwszego elektrodą kondensatora, w której był zgromadzony ładunek, wszyscy gwardziści odczuli wstrząs elektryczny i równocześnie podskoczyli. Dużą popularnością cieszyło się też indywidualne „elektryzowanie", podczas którego „włosy stawały dęba".

Uczniem i kontynuatorem badań sławnego paryskiego fizyka był polski uczony astronom i matematyk ks. Józef Rogaliński. Jego pracownia

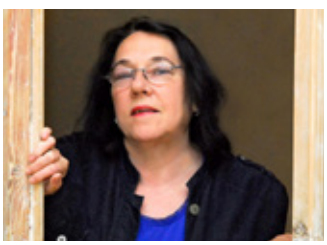
w poznańskim Kolegium Towarzystwa Jezusowego wyposażona była w aparaturę zakupioną dzięki dotacjom przyznanym przez królową Francji Marię Leszczyńską[6]. Prezentacje dla studentów, zwane popisami, były dostępne również dla mieszkańców Poznania. Najciekawsze doświadczenie (XII), dotyczące „bursztynowania" (elektryzacji), zostało zaprezentowane przed sławnym profesorem matematyki ks. Paprockim oraz panem Eulerem, który zachwycał się również urządzeniami zgromadzonymi w pracowni – „że w takiej liczbie i w takim wyborze nie spodziewał się widzieć instrumentów matematycznych w Polsce"[7]. Podsumowaniem badań i prezentacji ks. Józefa Rogalińskiego była publikacja wydana w 1766 r. „O dziwnych bursztynowania skutkach. Rozmowa y popis publiczny z wytłomaczeniem niektórych szczególniejszych doświadczeń".

Na przestrzeni wieków substancje uznawane za lecznicze przyczyniały się do odkryć naukowych oraz inspirowały artystów. Corocznie w Gdańsku organizowane są wydarzenia promujące bursztyn. Na Międzynarodowych Targach Bursztynu i Biżuterii AMBERIF odbywają się panele gemmologiczne, prezentacje publikacji na temat bursztynu, konferencje paleontologiczne oraz kolekcje żywic kopalnych. Osobny dział stanowią wystawy obiektów artystycznych stworzonych przez artystów z całego świata w ramach konkursu Amberif Design Award.

Naturalna bryłka bursztynu zainspirowała Hannę Cytryńską do zaprojektowania *Identification tags (Dog-tags)151615* z odwróconą narracją płytki identyfikującej żołnierza nazwiskiem i numerem. Największym współczesnym dziełem wykonanym z bursztynu jest ołtarz główny w kościele św. Brygidy w Gdańsku, zaprojektowany przez prof. Stanisława Radwańskiego.

Współcześnie zakres chorób, które leczą preparaty bursztynowe, nie uległ zmianie. Na terenie całej Polski działają apteki, w których nadal ordynuje się ziołowo-bursztynową nalewkę na dolegliwości żołądka i nerek. Dużą popularnością cieszą się balsamy na schorzenia oskrzeli i gardła. W zielarniach można kupić maści leczące dolegliwości reumatyczne, astmatyczne i owrzodzenia skóry. Kwas i olej bursztynowy, posiadający właściwości niszczenia wolnych rodników, wykorzystywany jest przez przemysł kosmetyczny do produkcji szamponów, odżywek do włosów i płynów odwszawiających. Dużą popularnością cieszy się woda mineralna „Jantar" z Kołobrzegu, zawierająca minerały pochodzące z soli permskich. Pomimo wszechstronnego wykorzystania bursztynu największą tajemnicę stanowią surowe bryłki z inkluzjami, które przybliżają świat sprzed tysięcy lat. Wystawiane w dawnym pałacu Tyszkiewiczów w Połądze eksponaty dokumentują historię litewskiego bursztyniarstwa oraz przedstawiają dzieje bursztynu w kontekście ewolucji Ziemi. Na tym tle historia bursztynowych nalewek, maści, kadzideł wpisuje poszukiwania farmaceutów do osiągnięć dziedzictwa światowego. Dzięki ich doświadczeniom elektron, zwany w polskim kręgu kulturowym bursztynem, stał się przyczynkiem do powstania elektryczności, bez której nie wyobrażamy sobie współczesnego życia.

BURSZTYNOWY NIEŚMIERTELNIK WYKONANY PRZEZ DR HANNĘ CYTRYŃSKĄ



afw

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] S. Proń, *Musaeum Poloniae Pharmaceuticum*, Warszawa 1967, s. 330.
[2] Pliniusz Starszy, *Hystoryi Naturalnej Ksiąg XXXVII*, t. 10, s. 439-449.
[3] J. Freyer, *O bursztynie*, 1833, s. 40.
[4] E. Piskorz-Branekova, *Biżuteria ludowa w Polsce*, Warszawa 2008, s. 57.
[5] Przez jedno z największych złóż polskiego bursztynu bałtyckiego, zwane Złożem Sztutowo, prowadzony jest obecnie przekop Mierzei Wiślanej.
[6] H. Cytryńska, *Apteki klasztorne i szpitalne Poznania*, Poznań 2019, s. 31.
[7] F. Chłapowski, *Józef Rogaliński uczony poznański czasów Oświecenia. Fizyk, astronom, pedagog*, Poznań 2007, s. 28.

SUROWCE LECZNICZE NA PRZESTRZENI DZIEJÓW

Ogólnopolskie seminarium z historii farmacji „Surowce lecznicze" w Bydgoszczy

Powstanie każdego leku jest poprzedzone pozyskaniem lub wytworzeniem, a następnie często przetworzeniem jednego lub wielu surowców leczniczych. Na przestrzeni dziejów baza surowców stosowanych w lecznictwie zmieniała się pod wpływem ewolucji standardów medycznych oraz warunków gospodarczych i politycznych. Silny wpływ wywierały na nią kontakty handlowe i odkrycia geograficzne. Czynniki te przenikały się wzajemnie. I ogólnopolskie seminarium z historii farmacji poświęcone surowcom leczniczym odbyło się 16 października 2020 r. z inicjatywy Sekcji Historii Farmacji Oddziału Bydgoskiego PTFarm, Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz Fundacji Naukowej Bydgoskiej Szkoły Historii Nauk Medycznych. Uczestnicy sympozjum spotkali się w przepięknych, osiemnastowiecznych spichrzach nad Brdą, gdzie mieści się oddział Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy. Tekst opracowany został na podstawie abstraktów przygotowanych przez ich autorów.

CORPUS HIPPOCRATICUM to najstarszy zbiór greckich traktatów medycznych przypisywany najsłynniejszemu przedstawicielowi starożytnej sztuki lekarskiej Hipokratesowi z Kos (V/IV wiek p.n.e.). Dzieło dotyczy różnych dziedzin medycyny, jednak pomimo swojej popularności i ogromnej wartości poznawczej, nie zostało jak dotychczas szczegółowo przebadane w polskiej nauce. Traktat „O chorobach kobiecych" jest istotnym źródłem informacji na temat stanu ówczesnej medycyny w zakresie leczenia chorób kobiecych (problemów w trakcie ciąży, metod antykoncepcyjnych, sposobów oczyszczania dróg rodnych czy problemów menstruacyjnych) oraz wytwarzania leków. W pierwszej z dwóch ksiąg traktatu zostały przedstawione lekarstwa stosowane w leczeniu kobiet, narzędzia wykorzystywane przy produkcji leków, metody obrabiania substancji importowanych z różnych miejsc oraz specyficzny system miar czy dawkowania z wykorzystaniem przedmiotów codziennego użytku.
Karolina SZULA, *Medykamenty i recepty przedstawione w pierwszej księdze traktatu „O chorobach kobiecych" Hippokratesa*.

DOKTRYNA HUMORALNA dominowała praktycznie przez całe XVII i XVIII stulecie w medycynie. Ukształtowana w starożytności, a panująca niemal do XIX wieku, głosiła istnienie w organizmie czterech humorów – krwi, flegmy, żółci i czarnej żółci, substancji nawiązujących do żywiołów: ziemi, wody, ognia i powietrza. Zachowanie równowagi między nimi gwarantowało utrzymanie dobrego zdrowia, dlatego nadmiar któregokolwiek z humorów, podobnie jak odkładające się w organizmie trujące „jady", będące skutkiem złej diety, należało usuwać bądź neutralizować substancjami o przeciwnym działaniu. Poglądy ówczesnych ludzi kierujących się patologią humoralną można przedstawić obrazowo: ciało ludzkie jest pewnego rodzaju układem hydraulicznym, który należy chronić przed

www.stock.adobe.com

zatkaniem i ewentualnie czyścić bądź przetykać, jeśli zachodzi taka konieczność. Zabezpieczenie takie w omawianej doktrynie pełniło wypróżnianie, niewstrzymywanie zbyt długo moczu ani wiatrów, a także prowokowanie wymiotów i biegunek. Przedstawione założenia na głównym miejscu wśród leków stawiały środki przeczyszczające.

Jakub WĘGLORZ, *Postrzeganie wartości surowców leczniczych na podstawie ich domniemanych właściwości humoralnych*.

PIERNIKI, charakterystyczne świąteczne wypieki, traktowano także jako lekarstwo i podobnie jak inne słodkości sprzedawano dawniej w aptekach. Zarówno miód, jak i korzenne, aromatyczne przyprawy miały wpływać na zdrowotne działanie wyrobów piernikarskich. W księgach medycznych oraz w dawnych książkach kucharskich znajdujemy przepisy na ich wykonanie. Piernik miał bowiem swoje miejsce w dietetyce humoralnej, stanowił także wyposażenie apteczek dworskich. W XVII wieku o piernikach w kontekście apteki i środka leczniczego pisali między innymi Jan Andrzej Morsztyn oraz Fryderyk Hofmann. Konsumowane razem z wódką lub nalewkami miały sprzyjać rozwiązywaniu problemów gastrycznych, a obecność w wypiekach miodu i cukru miała wpływać na poprawę nastroju i humoru.

Anna Kornelia JĘDRZEJEWSKA, *Z apteki na stół. Pierniki i przyprawy korzenne jako lekarstwo surowców leczniczych*.

POTRZEBY stosujących substancje lecznicze oraz oczekiwania względem ich przewidywanej skuteczności zmieniały się na przestrzeni wieków, tak jak zmieniały się surowce pochodzenia naturalnego, wykorzystywane w celu poprawy zdrowia. Odtworzenie i analiza preparatów leczniczych zidentyfikowanych na podstawie dokumentów epoki staropolskiej (XVI-XVIII wiek) i porównanie ich z obecnie wykorzystywanymi na rynku substancjami pochodzenia naturalnego, stosowanymi jako lecznicze, pozwala na ukazanie zmian, jakie zaszły na przestrzeni wieków.

Danuta RAJ, *Lecznicze substancje pochodzenia naturalnego – zmiany na przestrzeni wieków.*

afw
OSIEMNASTOWIECZNE SPICHRZE NAD BRDĄ

afw
BYDGOSKIE SYMPOZJUM Z HISTORII FARMACJI ODBYŁO SIĘ 16 PAŹDZIERNIKA 2020 ROKU

afw
DR STEFAN PIECHOCKI PODCZAS SEMINARIUM W BYDGOSZCZY

afw
DR WOJCIECH ŚLUSARCZYK, DR STEFAN PIECHOCKI, EUGENIUSZ JAROSIK, MARCIN PIECHOCKI

LADANUM lub labdanum to żywica otrzymywana z niektórych gatunków roślin należących do rodzaju czystek (*Cistus*). Jest lepka, miękka, ciemnobrązowa lub czarna, o gorzkim smaku i balsamicznym zapachu. Początkowo otrzymywano ją przez wyczesywanie z wełny owiec oraz sierści i bród kóz, pasących się w zaroślach czystka, do czego nawiązuje staropolska nazwa surowca – kozilep (vide „Herbarz" Marcina Siennika). Stosowanie lecznicze czystka oraz ladanum opisali między innymi Herodot (V wiek p.n.e.), Pliniusz (I wiek p.n.e./I wiek) i Dioskorides (I wiek). Także w Starym Testamencie znajdują się wzmianki o ladanum. Zarówno w medycynie antyku, jak i obecnie uważa się go za lek uniwersalny, stosowany przy gojeniu ran, na kaszel, przeciw wypadaniu włosów oraz wszelkiego rodzaju chorobach skórnych, do łagodzenia objawów biegunki, a także bólów ucha. Ladanum wykorzystywano też jako środek moczopędny i przeciw rozmaitym zarazom.

Agnieszka RZEPIELA, Monika URBANIK, *Z historii stosowania żywicy ladanowej (ladanum)*.

BOGATE tradycje medyczne i kosmetyczne Indii wskazują na surowce stosowane we wschodnich systemach medycznych, w tym w Ajurwedzie. Mają one zastosowanie również w kosmetologii. Podstawowa zasada kosmetologii ajurwedyjskiej mówi, że na ciało można stosować tylko to, co nadaje się do zjedzenia, a dodatkowo posiada działanie lecznicze. Dzieła sztuki, źródła literackie oraz tradycje lokalne, przekazywane w liniach żeńskich z pokolenia na pokolenie, pozwalają na wyodrębnienie najbardziej popularnych surowców leczniczych, które nadal są stosowane w Indiach, a najnowsze badania naukowe potwierdzają ich skuteczność.

Dorota KAMIŃSKA-JONES, *Zdrowe piękno – surowce lecznicze w tradycyjnej kosmetologii indyjskiej.*

W CZASACH wczesnonowożytnych gabinety naturaliów były między innymi miejscem kontemplacji dzieła stworzenia. Poprzez obiekty pochodzące z trzech królestw Natury kolekcjonerzy składali hołd Bogu Najwyższemu i starali się Go poznać zgodnie z zawołaniem maxima in minimis. W 1765 r. w Gdańsku na Długim Targu wystawiono na sprzedaż kolekcję naturaliów należącą do Johanna Philippa Breyne'a i jego ojca Jacoba. W katalogu aukcyjnym opisywano zawartość dziesięciu drewnianych szaf-repozytoriów oraz pięciu pomniejszych skrzyń, stołów i szafek, a także bogaty zbiór ziół z Indii wschodnich i zachodnich, Francji, Włoch, Holandii i Syberii. W szafach znajdowały się: kamienie, sole, siarka, żywice i metale, włoskie i niemieckie tablice wykonane z różnych rodzajów polerowanego marmuru oraz kamienie – tak szlachetne, jak i nieszlachetne; kolekcja bursztynów; liczne skamieliny i skamieniałości z Polski, Węgier, Włoch oraz innych krajów; kolekcja ślimaków, muszli i innych obiektów pozyskanych z morza; kolekcja obcych owoców i innych części roślin, także skamieniałych; zbiory różnych owadów; rzadkie zwierzęta i ich części, w tym skórki zwierząt futerkowych. W kolekcji znalazły się też eksponaty ludzkie, zwierzęce i roślinne, zakonserwowane w spirytusie i innych likworach. Gabinet naturaliów Breyne'ów został nabyty wraz z ich biblioteką w 1766 r. przez wysłanników carycy Katarzyny Wielkiej i przewieziony do Petersburga, gdzie już wcześniej trafiły zbiory mineraliów gdańskich doktorów Gottwaldów.
Katarzyna PĘKACKA-FALKOWSKA, *Materia medica w gdańskich kolekcjach Gottwaldów i Breyne'ów.*

ANALIZA porównawcza asortymentu substancji mineralnych i chemicznych (mineralia i chymica) umieszczonych na początku XIX wieku w farmakopeach dwóch sąsiadujących ze sobą i do tego niemieckojęzycznych państw: Prus i Austrii, wydawałoby się, że nie będzie wykazywała wielu różnic. Jednak Austria i Prusy konkurowały ze sobą i posiadały odmienne dziedzictwo w zakresie lecznictwa i aptekarstwa, co pokazują odmienne monografie obu lekospisów.
Jerzy WALISZEWSKI, *Mineralia i chymica w Ph. Borussica 1817 i Ph. Austriaca 1822.*

FARMAKOPEA to kodeks apteczny – zawierający spis surowców farmaceutycznych oraz niektórych leków (preparatów), które są dopuszczone w danym kraju lub na danym terenie do obrotu. Zwykle zawiera opisy wszystkich tych substancji, sposoby ich przechowywania, rodzaje opakowań, dawkowanie, sposoby kontroli jakości, a w przypadku leków robionych w aptece, także metody ich przygotowywania. W nowszych wydaniach opisane mogą być również metody identyfikacji leków, ich standaryzacja, sposoby nazewnictwa i możliwe zamienniki. Niegdyś farmakopea zawierała też metody pozyskiwania substancji ze źródeł naturalnych łącznie z ich miejscami występowania, opisem stosowanych roślin i minerałów. W Polsce oficjalna farmakopea to Farmakopea Polska. Przyjmuje się, że pierwszym jej wydaniem był zbiór wymagań jakościowych dla stosowanych specyfików Pharmacopoeia Regni Poloniae, który ukazał się na terenie utworzonego na mocy postanowień Kongresu Wiedeńskiego Królestwa Polskiego w roku 1817. Wydanie nowej farmakopei stało się ważnym zadaniem dla odrodzonego państwa polskiego. Zostało ono wydrukowane w 1937 r. pod nazwą Pharmacopea Polonica II. Dzielące oba wydania farmakopei 120 lat wpłynęło na ich zawartość zarówno pod względem zamieszczonych surowców, jak i postaci leków.
Stefan PIECHOCKI, Marcin PIECHOCKI, *Zestawienie wydań I i II Farmakopei Polskiej pod względem surowców farmaceutycznych i postaci leków.*

NOBILITACJĄ dla surowca farmaceutycznego jest opublikowanie jego monografii w farmakopei o zasięgu krajowym lub międzynarodowym, co gwarantować powinno jednocześnie wysoką i powtarzalną jakość surowca oraz wytwarzanych z niego leków. Przykładem mogą być sukcesywnie wprowadzane do Farmakopei Europejskiej surowce orientalne oraz opisane w farmakopeach narodowych krajów członkowskich i zrzeszonych. Zadaniem harmonizacji różnych farmakopei jest uwspółcześnienie i ujednolicenie

procedur analizy i wytwarzania surowców w różnych krajach, czego wynikiem powinno być łatwiejsze wzajemne uznawanie produktów leczniczych wytwarzanych w innych państwach, a tym samym otwarcie nowych rynków zbytu. Należy zauważyć jednak fakt, że włączenie surowca do farmakopei nie gwarantuje jego jakości w produktach innych niż lecznicze.

Maciej WŁODARCZYK, *Czy włączenie do lub skreślenie z farmakopei wpływa na popularność substancji roślinnych?*

www.stock.adobe.com

POWIEŚĆ „Pigularz" Wacława Gąsiorowskiego prezentuje wnikliwy obraz środowiska aptekarskiego z XIX wieku, znanego autorowi z własnego doświadczenia. Oczami bohatera Władka Turkowskiego śledzimy rozmaite zachowania postaci na tle obyczajowości epoki, poznajemy różne typy aptek i aptekarzy – z pasją wykonujących swój zawód i zwykłych partaczy, którzy psują opinię całej grupie zawodowej, a surowce lecznicze występujące w powieści nadają autentyczności zarówno postaciom, jak i opisanym sytuacjom.

Gabriela FRISCHKE, *Rola surowców leczniczych w „Pigularzu" Wacława Gąsiorowskiego.*

PRZEMYSŁ farmaceutyczny, rozwijający się na większą skalę od drugiej połowy XIX wieku, grupował się na ziemiach polskich głównie w Warszawie i okręgu łódzkim. Ta dominacja utrzymała się także w okresie międzywojennym. Na Kujawach i Pomorzu w przededniu II wojny światowej działało kilkanaście zakładów chemiczno-farmaceutycznych, wytwarzających na skalę przemysłową środki lecznicze (dla ludzi i zwierząt), środki opatrunkowe oraz artykuły drogeryjne, a także wytwórnie wód mineralnych. Liczba i potencjał wytwórni nie zmieniły się znacząco w pierwszych latach powojennych, do momentu ich likwidacji lub „uspołecznienia" do końca roku 1950, jednakże przez cały ten czas zakłady te borykały się zarówno z problemami kadrowym czy technicznymi, jak i surowcowymi.

Wojciech ŚLUSARCZYK, *Spirytus i cukier – deficytowe surowce przemysłu chemiczno-farmaceutycznego na Kujawach i Pomorzu Gdańskim (1918/1920-1951).*

KRÓLESTWO zwierząt od samego początku lecznictwa było jednym z kluczowych źródeł surowców leczniczych służących do wytwarzania lekarstw i wyrobów medycznych. Już w Papirusie Ebersa znajdujemy wiele przykładów zastosowania organów zwierzęcych w praktyce medycznej, a wykorzystanie katgutu jako materiału szewnego znajdziemy w dziełach Sushruty, indyjskiego chirurga z VI wieku p.n.e. Mimo upływu czasu i rozwoju nauki, jeszcze w XX wieku surowiec ten sprawiał wiele problemów technologicznych. Wśród znacjonalizowanych przez władze PRL zakładów przemysłu farmaceutycznego, włączonych do Zjednoczenia Przemysłu Farmaceutycznego „Polfa", znalazła się fabryka z Poznania. Tradycja produkcji nici chirurgicznych sięgała dwudziestolecia międzywojennego. Niestety, realia polityczno-gospodarcze Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej nie były najlepszym czasem do uzyskania dobrej jakości resorbowalnych nici chirurgicznych.

Piotr SKALSKI, *Katgut – bolączka przemysłu farmaceutycznego w Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej.*

Opracował
dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

ZBIGNIEWA BELI
RECEPTA NA MUZEUM

Zbigniew Bela (1949–2018) zapisał się nie tylko w historii Muzeum Farmacji w Krakowie, ale i w dziejach muzealnictwa farmaceutycznego w naszym kraju. Krakowską placówką kierował 16 lat. Współpracował z Muzeum Farmacji w Poznaniu. Pozostawił po sobie niezwykły dorobek.

Po studiach polonistycznych na Uniwersytecie Jagiellońskim przez 15 lat pracował w Wydawnictwie Literackim. W tym czasie publikował własne utwory. Debiutował tomem „Przygotowania do występu" (opowiadania, 1979 r.). Następnie wydał mikropowieść „Kapitulacja" (1983 r.), tomik prozy poetyckiej „Jeden obrót słońca" (1984), za który otrzymał Nagrodę Artystyczną Młodych im. Stanisława Wyspiańskiego oraz „Nić Ariadny i inne opowiadania" (1988 r.). W październiku 1991 r. rozpoczął pracę w krakowskim Muzeum Farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego (UJ). W 1994 r. ukończył dwuletnie Studium Muzeologiczne UJ i w tym samym roku awansował na stanowisko starszego kustosza dyplomowanego.

ANDRZEJ BANAŚ/Polska Press

ZBIGNIEW BELA

W 1998 r. uzyskał stopień doktora w dziedzinie historii farmacji na podstawie pracy o szesnastowiecznym włoskim receptariuszu, zawierającym recepty i przepisy na leki, kosmetyki i substancje zapachowe, przepisy na tzw. konfekty z owoców i wina, w tym wina lecznicze. Autorem receptariusza był Aleksy Pedemontanus (II połowa XV w. – I połowa XVI w.), zakonnik i alchemik. Za tę książkę, zatytułowaną „Aleksego Pedemontana Tajemnice", otrzymał w 2000 r. Nagrodę Indywidualną Ministra Edukacji Narodowej, również wina lecznicze. Cała publikacja składa się z dwóch tomów. Tom pierwszy zawiera fotokopię pierwszego polskiego wydania dzieła włoskiego zakonnika w tłumaczeniu Marcina Siennika (Kraków 1568), zmodernizowaną transkrypcję tego tekstu i objaśnienia. Tom drugi to naukowa monografia, której tematem jest prezentowany receptariusz.

W listopadzie 2002 r. Zbigniew Bela objął stanowisko p.o. dyrektora Muzeum Farmacji. Podstawą otwartego w 2005 r. przewodu habilitacyjnego była książka „Poglądy na temat leczniczych właściwości złota od czasów najdawniejszych po czasy

afw

dr n. farm. JERZY WALISZEWSKI
Historyk farmacji, stargardzki aptekarz

Poznaliśmy się osobiście w 2003 r. Kierował już krakowskim Muzeum Farmacji jako doktor nauk farmaceutycznych, z wykształcenia zaś polonista. Wcześniej zaczytywałem się w jego doniesieniach naukowych, które znamionowały świetny warsztat naukowy, dociekliwość i żywy temperament badawczy. Doświadczeniom redakcyjnym Zbyszka wyniesionym z pracy w Wydawnictwie Literackim i wspomnianym cechom rasowego naukowca zawdzięczamy zredagowanie reprintu Farmakopei Kościuszkowskiej (oryginał z 1794 r.).

Spotykaliśmy się przy okazji posiedzeń w siedzibie PTFarm w Warszawie i na sympozjach w różnych miastach. Kochał Kraków, ale z wielkim ciepłem wspominał Przemyśl. Opowiadał o mieście rodzinnym ze swadą i sentymentem.

Prace Zbyszka mają w sobie potężny ładunek erudycji i polotu. Są nasycone faktami i źródłami, a jednocześnie prowadzą czytelnika tropem badawczych fascynacji. Dysertacja doktorska „Aleksego Pedemontana tajemnice. Monografia" to gruntowne studium. Autor porównał 163 wydania „Sekretów Aleksego Pedemontana..." (sic!). Wykazał, gdzie znajdują się wydania kompletne, ustalił historyczność samego Pedemontana.

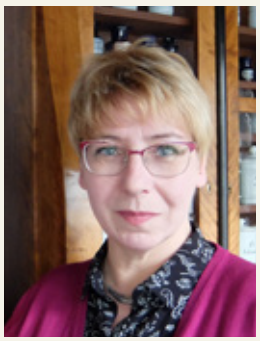
Kolejna pomnikowa rozprawa, „Poglądy na temat leczniczych właściwości złota", utorowała Zbyszkowi drogę do stopnia naukowego doktora habilitowanego. Opisał w niej 58 źródeł wiedzy o użyciu złota w lecznictwie. Książkę wydał w technologii druku cyfrowego, więc mogłem ją otrzymać na specjalne życzenie.

W 2009 r. dowiedziałem się, że Zbyszek został członkiem Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji. Ogromnie się wówczas ucieszyłem, wierzyłem bowiem, że na pewno znajdzie się w tym elitarnym gronie pośród niewielu polskich historyków farmacji.

Jego tzw. książką profesorską była praca „O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji". Czyta się ją jak opowieść o bogatych dziejach farmacji zaklętych w tematach klasycznych i w zabytkach eksponowanych w krakowskim Muzeum Farmacji. Cała naukowa spuścizna profesora Beli jest cenna i oryginalna, a stosowana metodologia nadaje jej walor ożywczy i zarazem nowatorski. Winduje dorobek polskiej historii farmacji na rozległe obszary humanistyki, dowodząc, że sama farmacja nie jest wyłącznie konglomeratem nauk przyrodniczych.

Zbyszek był interesującym rozmówcą. Jego logiczny i zarazem lekki wywód był dla mnie zawsze przygodą intelektualną, a ten typ przygody najbardziej poważam. Przedwczesne odejście naukowca dużego formatu wywołuje lukę w badaniach historycznych, którą trudno będzie zniwelować. Pozostała mi pociecha płynąca z wnikliwej lektury jego prac.

Non omnis moriar.


afw

dr n. farm. AGNIESZKA RZEPIELA
Dyrektor Muzeum Farmacji w Krakowie

We wrześniu 2020 r,. minęły dwa lata od śmierci prof. Zbigniewa Beli, dyrektora Muzeum Farmacji w Krakowie, mojego poprzednika, który kierował placówką w latach 2002-2018. Pełnienie obowiązków dyrektora muzeum władze Uniwersytetu Jagiellońskiego powierzyły mu we wrześniu 2002 r., po nagłej śmierci poprzedniego dyrektora, dr. n. farm. Leszka Ekierta. Jednocześnie dr Zbigniew Bela przejął też obowiązki dydaktyczne, związane z funkcją dyrektora Muzeum Farmacji, będącego jednostką Wydziału Farmaceutycznego UJ Collegium Medicum, czyli wykłady z historii farmacji. Na samym początku prowadził je przy wsparciu pozostałych kolegów, którzy rozumieli nagłą konieczność podjęcia dotychczas niewykonywanych zadań. Zbigniewowi Beli powierzono kierowanie osobami będącymi jego koleżankami i kolegami, z którymi pracował już wiele lat. To nie zawsze bywa łatwe. Był więc najpierw naszym kolegą, potem stał się szefem. Był wymagający wobec współpracowników, ale wymagał także dużo od siebie. Bardzo dużo pracował. Łączył pracę badawczą historyka nauki, historyka farmacji z rozległymi zainteresowaniami humanistycznymi i artystycznymi, co przejawiało się również w działalności naszego muzeum. Był inicjatorem niezwykle ciekawych wydarzeń, takich jak sesja naukowa poświęcona związkom farmacji ze sztuką czy konkursy dla poetów i artystów plastyków. Sam także przedstawił nasze muzeum w interesującym ujęciu własnych fotografii.

Zbigniew Bela, zanim podjął pracę w Muzeum Farmacji ówczesnej Akademii Medycznej, wiele lat pracował jako redaktor w Wydawnictwie Literackim. Wykształcenie humanistyczne i zainteresowanie literaturą skłoniły go do sporządzenia faksymilowego wydania kilku zabytków piśmiennictwa farmaceutycznego. Dla muzeum był także dobrym gospodarzem, dbającym nie tylko o jego działalność i pozycję, ale i o sprawy gospodarcze, starał się o regularne remonty budynku i renowację eksponatów.

W dziedzinie historii farmacji, której się poświęcił, stał się uznanym autorytetem. Bardzo ważne dla niego, jako dydaktyka, było rozbudzenie u studentów zainteresowania zagadnieniami historii farmacji. Prowadził także zajęcia dla studentów innych kierunków i uczelni. Dla wielu, również dla nas, współpracowników, Zbigniew Bela był wzorem pracowitości, samodyscypliny i rzetelnego podejścia do powierzonych obowiązków, ale umiał także życzliwie spojrzeć na nasze problemy. Pozostanie na stałe w naszej, pracowników krakowskiego Muzeum Farmacji, pamięci.

współczesne", za którą w 2006 r. otrzymał Nagrodę Indywidualną Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Autor scharakteryzował w niej najważniejsze źródła historyczne z informacjami o leczniczych właściwościach złota. W styczniu 2007 r. Rada Wydziału Farmaceutycznego UJ powołała Zbigniewa Belę na stanowisko dyrektora Muzeum Farmacji Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Funkcję tę pełnił do 6 września 2018 r. Ukoronowaniem dorobku naukowego Zbigniewa Beli był tytuł profesora zwyczajnego (2015 r.).

Pod koniec 2013 r. ukazała się książka „O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji", która została wyróżniona jako Krakowska Książka Miesiąca w styczniu 2014 r. „To, po pierwsze, znakomita historia farmacji, po wtóre, to atrakcyjne przedstawienie

afw

Prof. dr hab. HENRYK MARONA
Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Profesor Zbigniew Bela był czarującym człowiekiem, obdarzonym talentem oratorskim. Z przyjemnością słuchałem jego licznych wystąpień na konferencjach naukowych, w których odkrywał niezwykłą, a czasem i mroczną historię piękna. Ciekawie pokazywał wspólną historię leków i kosmetyków, na przykład w monografii dotyczącej zaangażowania aptekarzy Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego z przełomu XIX i XX w opracowywanie receptur i wytwarzanie kosmetyków, zawartej w skrypcie dla studentów „Wybrane zagadnienia z kosmetologii" (2017 r.). Wizyty w Muzeum Farmacji, którym kierował i po którym chętnie oprowadzał znajomych i studentów podczas różnych okazji, słynęły z atmosfery pełnej serdeczności i niezwykłego humoru dyrektora. Na każdym kroku odczuć można było jego zaangażowanie w rozwój muzeum. Wielką pasją Zbigniewa Beli była nie tylko historia farmacji czy sztuka upiększania, ale również sama sztuka.

zbiorów krakowskiego Muzeum Farmacji – największego w Polsce, jednego z nielicznych w świecie" – powiedziała prof. Karolina Grodziska podczas prezentacji tego wydawnictwa 27 stycznia 2014 r. w Krakowskim Forum Kultury. Jak napisał prof. Andrzej Środka, lektura tej książki, „dzięki szerokiej wiedzy autora i umiejętności jej przekazania, staje się fascynującą podróżą po dziejach europejskiej farmacji i europejskiego aptekarstwa".

Prof. dr hab. Zbigniew Bela wykładał na Uniwersytecie Jagiellońskim i innych uczelniach; prowadził między innymi wykłady dla studentów i doktorantów z historii farmacji na Wydziale Farmaceutycznym UJ, z historii ziołolecznictwa na Wydziale Ogrodniczym Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie i wykłady w tzw. Akademii Artes Liberales (wykłady otwarte dla studentów UJ).

Owocem jego zainteresowań naukowych są nie tylko ww. książki, ale i ponad 50 artykułów i liczne referaty prezentowane na konferencjach i zjazdach. Warto również wspomnieć o zredagowanych przez Zbigniewa Belę książkach: „60 lat krakowskiego Muzeum Farmacji" (Kraków 2007) oraz „225 lat nauczania farmacji na Uniwersytecie Jagiellońskim" (Kraków 2008). W pracy naukowej szczególnie interesowały go językoznawcze i mitologiczne aspekty historii farmacji, metodologiczne aspekty dawnego piśmiennictwa lekoznawczego, alchemia i jej związki z farmacją czy też substancje lecznicze i leki w okresie od starożytności do wieku XX. Z badania związków między farmacją a sztuką i literaturą z inicjatywy prof. Beli zrodziły się dwa konkursy, których był współorganizatorem. W 2011 r. w Muzeum Farmacji odbył się Ogólnopolski Konkurs Malarski „Materia medicinalis, materia artificialis" na obraz inspirowany historią farmacji i pięknem dawnych aptek, a w 2016 r. Ogólnopolski Konkurs Poetycki „Recepta na wiersz". Ideą przewodnią obu konkursów było sprawdzenie, na ile dawne aptekarstwo, a w szczególności krakowskie Muzeum Farmacji, mogłoby się stać źródłem inspiracji dla refleksji o charakterze malarskim i poetyckim.

Ostatnia książka prof. Beli, wydana już po jego śmierci we wrześniu 2018 r., nosi tytuł „Od magii przez alchemię do chemioterapii. Wykłady z cyklu Artes Liberales". Jest to zbiór wykładów, jakie autor prowadził na Uniwersytecie Jagiellońskim w ramach międzywydziałowego cyklu Artes Liberales. Zawiera ona najważniejsze fakty z historii lekoznawstwa, od starożytności począwszy, na pierwszych latach XX wieku kończąc.

Od 2006 r. Zbigniew Bela wchodził w skład komitetu naukowego czasopisma „Opuscula Musealia", w 2009 r. został członkiem Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji, a w 2016 r. członkiem Komisji Historii Nauki Polskiej Akademii Umiejętności. Od 2002 r. był przewodniczącym Sekcji Historii Farmacji Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

afw

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK
Dziennikarka zajmująca się tematyką społeczną i zdrowotną, nagrodzona tytułem „Dziennikarza Medycznego Roku". Była prezes Zarządu Wielkopolskiego Oddziału Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich.

Muzeum Archeologiczno-Historyczne w Stargardzie

dr n. farm. JERZY WALISZEWSKI

W KLIMACIE DAWNEJ APTEKI

Pierwsza dekada wystawy aptekarskiej w Stargardzie

Obchodzone niedawno dziesięciolecie stałej wystawy „Aptekarstwo pomorskie i stargardzkie na przestrzeni wieków" w Muzeum Archeologiczno-Historycznym (MAH) niejako prowokuje do podsumowania obecności tej ekspozycji w życiu społeczno-kulturalnym miasta i jej roli w upowszechnianiu historii aptekarstwa zachodniopomorskiego.

Otwarcie wystawy poprzedziły między innymi starania związane z pozyskaniem mebli izby ekspedycyjnej z 1889 r. z dawnej apteki „Pod Złotą Gwiazdą", a ostatnio Apteki PZF „Cefarm" – Szczecin S.A. Meble te należało następnie zdemontować, odświeżyć i umieścić w MAH. Aby ebenista mógł ostrożnie i pieczołowicie dokonać demontażu siedemnastometrowego mebla, musiał najpierw usunąć trzy warstwy podłogi. Prace sfinansowali aptekarze stargardzcy. Za meblami po demontażu zostały znalezione tabletki Antineuralgica w firmowej fiolce aptecznej, papierosy Astmosan, list aptekarza z 1935 r. oraz opakowanie na DDT.

Kompozycja wystawy

Wystawa posiada czytelny układ kompozycyjny, na który składają się trzy części. W pierwszej znalazły się obiekty archeologiczne ze Szczecina i Stargardu. Wśród nich: szklane flasze, słoiczki i fiolki, pojemniki ceramiczne, pudełka łubiane z XVII i XVIII wieku. Uwagę przyciągają kamionkowe butelki na wody mineralne i duża fajansowa waza na wodę z włosów Wenery.

Centralną część wystawy stanowią wspomniane meble ekspedycyjne z 1889 r. Regały i stół ekspedycyjny noszą cechy eklektyczne, wykonano je z czeczoty i orzecha europejskiego z małym dodatkiem dębu i hebanu. Regały posiadają dwoje drzwi prowadzących dawniej do magazynu i na korytarz. Na półkach ustawiono około 200 naczyń pogrupowanych na kolekcje: puszki drewniane (restaurowane częściowo z funduszy aptekarzy), puszki porcelanowe, słoje, flakony i karafki z różnych rodzajów szkła. Wszystkie sztandy zostały zaprezentowane zgodnie z profesjonalnymi wykazami. Dawne słoiki i flaszki na trucizny i narkotyki znalazły swoje miejsce w oryginalnej szafce za podwójnymi drzwiczkami.

Część trzecia ma charakter panopticum. Są tu utensylia, przyrządy i przybory do preparatyki leków. Przykładowo znalazły się pośród nich krajalnica do ziół, kamionkowy perkolator do nastawiania nalewek aptecznych, infuzorki do sporządzania naparów i odwarów, tygle, parownice, łaźnie, korkobory i ściskacze do korków. Na pigulnicy zaprezentowano przebieg formowania pigułek: od wałka z masy pigułkowej poprzez podział na specjalnym ostrzu i wytoczenie kulek za pomocą grzybka – toczałki.

11 plansz z opisami i bogatą ikonografią spina merytorycznie i dopełnia narrację ekspozycji. Obejmuje historię aptek pomorskich. Na ścianie wiszą portrety dwóch aptekarzy: Wilhelma Haarsa i Henryka Błądzińskiego. Mają one wymowę symboliczną, bowiem meble apteki „Pod Złotą Gwiazdą" były użytkowane 118 lat, z czego 56 lat służyły aptekarzom niemieckim, a 62 lata – farmaceutom polskim.

Wystawa przyciąga, uczy, inspiruje

Przez ostatnie dziesięć lat wystawę odwiedziło tysiące osób. Grupy zorganizowane oprowadzali muzealnicy. Największą frekwencją cieszyła się wystawa podczas kolejnych imprez z cyklu Noc Muzeów. W majowe sobotnie noce przychodziły setki zwiedzających.

Od roku 2013 aptekarze Danuta i Jerzy Waliszewscy prezentowali dawną sztukę aptekarską, rekonstruowali leki, przybliżali szeroko pojętą kulturę farmaceutyczną za pierwszym stołem dawnej apteki „Pod Złotą Gwiazdą". Podczas Artystycznej Nocy Muzeów (2015 r.) wciągnęliśmy zwiedzających do wspólnej zabawy, dając im do oceny miód z beczki zawierającej łyżkę aptecznego dziegciu sosnowego. Na oczach widzów zmusiliśmy jod do rozpuszczenia się w wodzie, sporządzaliśmy i aplikowaliśmy paniom puder różany. Stylowa Noc Muzeów (2016 r.) nawiązywała do dawnej mody. Sporządzaliśmy zatem kosmetyki. Powrócił puder różany, wykonywaliśmy nasze mydło i prezentowaliśmy gotowe mydła: z Aleppo i marsylskie. Dla panów przygotowaliśmy autorską pomadę do wąsów, tzw. szwarc. Prawdziwym przebojem okazały się perfumy. Wespół z uczestnikami przygotowaliśmy 6 kompozycji zapachowych, korzystając z najlepszych olejków eterycznych. Kolejowa Noc Muzeów (2017 r.) zainspirowała nas, aby spotkania na wystawie aptekarskiej nazwać nieco przewrotnie „Pociągiem do aptekarstwa". Było więc kilka pokazów tematycznych. „Wina lecznicze dla zdrowych i chorych" krzepiły omdlałe członki zwiedzających, a pokaz „Na pewno tynktura – ale która?" pozwolił rozpoznawać apteczne nalewki. Higieniczna Noc Muzeów (2018 r.) była poświęcona w szczególności roli wody w utrzymaniu zdrowia. Czasowa wystawa, dedykowana

Muzeum Archeologiczno-Historyczne w Stargardzie

także uczestnikom XXVI Sympozjum Historii Farmacji Stargard 2018, nosiła nazwę „Sanitas per aquam". Miałem okazję pomagać przy jej tworzeniu. Pokaz zaczęliśmy od wód aromatycznych, przechodząc, za alchemikiem Michałem Sędziwojem (1566–1636), do „wody, która nie moczy rąk". Po zapoznaniu widzów z bogatym asortymentem dziewiętnastowiecznych wód mineralnych podjęliśmy próbę wykonania leczniczej limonjady. W kolejnej odsłonie nocy rozsialiśmy odór aptecznych substancji cuchnących: amoniaku i dziegciu. Na koniec zaprosiliśmy dwie osoby do wspólnego sporządzenia dawnych leków recepturowych. Budowlana Noc Muzeów (2019 r.) przebiegała odmiennie. Tym razem odbyła się inscenizacja podzielona na 5 scenek i finał. Dobór postaci zaczerpnąłem z powieści „Pigularz" Wacława Gąsiorowskiego, Ale całość osadziłem w realiach apteki „Pod Złotą Gwiazdą" z 18 maja 1899 r. Czternastoletni uczeń, aptekarczyk Maks, poznawał tajemne zakamarki „budy", pomocnik Leo już się sposobił na farmaka, pryncypał Hermann Schleif „szlifował" ucznia i podejmował madame Lisawettę Meisner wybornym kakao, a z zielarką Anną Borek dobijał targów za zebrane przez nią zioła „o pełnym księżycu".

Księga pamiątkowa – więcej niż zapis wrażeń

Niezwykle cennym dowodem interakcji między zwiedzającymi a wystawą są wpisy do księgi pamiątkowej. Zapisali oni ponad 400 stron. Wpisujący się przyjechali ze wszystkich stron Polski, wielu krajów europejskich, a także z Tajwanu, Chin, Australii, Turcji, USA, Kanady i Nowej Zelandii. Jakkolwiek statystycznie przeważały dzieci w wieku szkolnym, to licznie reprezentowane były wszystkie grupy wiekowe i całe rodziny.

Wystawa żyje i dobrze pełni zaplanowane role, między innymi edukacyjną. Odwiedzając Stargard, posiadający wspaniałe zabytki w postaci gotyckiej kolegiaty i imponujących zabytków obronnych, warto przekroczyć progi MAH przy Rynku Staromiejskim, aby zanurzyć się w klimat dawnego aptekarstwa tej ziemi.

afw

dr n. farm.
JERZY WALISZEWSKI
Stargardzki aptekarz
i historyk farmacji.

prof. dr hab. ANITA MAGOWSKA

ELS W OGRODZIE NAUK

Profesor Jan Marian Dobrowolski – pierwszy dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Poznańskiego

Pierwszym dziekanem Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Poznańskiego, a wcześniej dyrektorem Oddziału Farmaceutycznego tej uczelni, był prof. Jan Marian Dobrowolski (1886-1958), botanik, pionier uprawy roślin leczniczych, współzałożyciel Filareckiego Związku Elsów i Harcerstwa Polskiego, publicysta oraz działacz trzeźwościowy. Jego postać i działalność naukowa oraz społeczna zasługują na przypomnienie.

Formacja moralna i naukowa

Urodził się w 1886 r. w Tarnowie. Był jednym z pięciu synów Jana Dobrowolskiego, urzędnika państwowego. Dorastał w czasie, gdy pod wpływem emisariuszy Ligi Narodowej społeczeństwo Galicji przystąpiło do zakładania stowarzyszeń abstynenckich. Do jednego z nich, utworzonego przez filozofa i mistyka Wincentego Lutosławskiego Towarzystwa Eleusis, zapisał się dziewiętnastoletni Jan. Wkrótce Eleusis zostało przekształcone w Filarecki Związek Elsów, skupiające tych, którzy wyrzekli się napojów alkoholowych, tytoniu, hazardu i rozpusty. Z grona Elsów wywodzili się organizatorzy polskiego skautingu, a sam J. M. Dobrowolski wniósł ich etos do prawa harcerskiego.

W latach 1907-1912 studiował botanikę na Uniwersytecie Jagiellońskim i jednocześnie zarabiał na swoje utrzymanie jako dziennikarz w „Głosie Narodu". Po studiach został nauczycielem przyrody w tajnej szkole średniej ks. Jana Gralewskiego w Starej Wsi koło Warszawy, oficjalnie funkcjonującej jako Ognisko Wychowawcze Wiejskie. Po wybuchu I wojny światowej sieć tych ognisk rozpadła się, a J. M. Dobrowolski przyjął posadę demonstratora, następnie młodszego asystenta w kierowanym przez prof. Mariana Raciborskiego (twórcy idei parków narodowych w Polsce) Zakładzie Botaniki Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W 1917 r. doktoryzował się z botaniki na podstawie rozprawy „Wpływ liści na ustawienie międzywęźli". Przedmiotem dodatkowym była uprawa roli i roślin lekarskich, co sprawiło, że został wcielony do armii austriackiej jako kierownik działu roślin lekarskich w Generalnym Gubernatorstwie Wojskowym w Lublinie oraz plantacji roślin leczniczych w Chełmie i Dąbrowie w powiecie opoczyńskim. Trzeba dodać, że podczas I wojny światowej naukowa uprawa roślin leczniczych dopiero powstawała, co zmuszało młodego botanika do zdobywania wiedzy praktycznej z tego zakresu w stacjach doświadczalnych w Kronenburgu pod Wiedniem i Kolozsvar (Cluj) w Siedmiogrodzie.

Gdy przebieg I wojny światowej skłonił Niemców do przyznania pewnych swobód mieszkańcom Królestwa Polskiego, J. M. Dobrowolski przeniósł się do Warszawy i na początku 1918 r. przyjął pracę referenta, a potem naczelnika Referatu Uprawy Roślin

Lekarskich Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Po upadku mocarstw centralnych pozostał w Warszawie jako naczelnik Wydziału Roślin Lekarskich Ministerstwa Zdrowia Publicznego oraz dyrektor państwowych plantacji roślin leczniczych. W tamtych czasach prawie wszystkie leki wytwarzano z surowców roślinnych, dlatego kierowane przez Dobrowolskiego plantacje miały olbrzymie znaczenie dla krajowego przemysłu farmaceutycznego i gospodarki odradzającego się państwa.

Znawca uprawy roślin leczniczych

W maju 1918 r. na prośbę prof. Władysława Mazurkiewicza (tego samego lekarza, który pomógł Józefowi Piłsudskiemu w ucieczce ze szpitala psychiatrycznego w Petersburgu), kierującego Zakładem Farmakognozji i Botaniki Lekarskiej Oddziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego, zorganizował Ogród Farmakognostyczny i został jego inspektorem. Wolał jednak pracę dydaktyczną i z początkiem nowego roku akademickiego zrezygnował z posady inspektora i objął ćwiczenia z farmakognozji oraz wykłady z botaniki lekarskiej dla studentów farmacji, a później także studentów rolnictwa ze Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. W 1923 r. habilitował się w zakresie botaniki lekarskiej na Uniwersytecie Warszawskim. Obszarem jego szczególnych zainteresowań naukowych były anatomia i morfologia roślin leczniczych oraz ich aklimatyzacja i uprawa.

Uprawa roślin leczniczych miała wtedy charakter eksperymentalny, a dla przemysłu farmaceutycznego większe znaczenie miał jeszcze ich zbiór ze stanowisk naturalnych. Dobrowolski napisał więc podręcznik dla zbieraczy, udzielając im wskazówek co do zgodnego z zasadami ochrony przyrody pozyskiwania oraz zapewniającego optymalną zawartość związków czynnych suszenia surowców zielarskich. Podobną, choć posiadającą mniejszą objętość, książkę przygotował też dla harcerzy, wskazując, że zielarstwo może być dla nich nową sprawnością.

W 1925 r. przeniósł się do Poznania, by jako profesor nadzwyczajny objąć Katedrę i Zakład Botaniki i Uprawy Roślin Lekarskich Oddziału Farmaceutycznego miejscowego uniwersytetu. Przy pomocy mgr inż. rolnictwa Marii Chmielińskiej założył przy ul. Niestachowskiej Ogród Roślin Lekarskich, aby kontynuować doświadczenia uprawowe. Dzięki wymianie nasion z ogrodami botanicznymi i plantacjami z kilkudziesięciu państw, pozyskał ciekawe gatunki i odmiany roślin leczniczych. W tym okresie interesował się szczególnie gatunkami Plantago.

Uniwersytet Poznański doceniał jego kompetencje naukowe i cechy osobowości. Był dwukrotnie wybierany na dziekana Wydziału Matematyczno-Przyrodniczego, przy którym był afiliowany Oddział Farmaceutyczny, od 1930 r. obejmował stanowisko zastępcy dyrektora Oddziału Farmaceutycznego, a po śmierci prof. Konstantego Hrynakowskiego w 1936 r. jego

Muzeum Farmacji w Poznaniu

PROF. JAN MARIAN DOBROWOLSKI

dyrektora. Był też kuratorem Bratniej Pomocy Stowarzyszenia Studentów i Studentek Uniwersytetu Poznańskiego, a w ramach przynależności do Towarzystwa Pomocy Młodzieży Akademickiej opiekował się niezamożnymi studentami.

Prof. Dobrowolski lubił dyskutować z ludźmi posiadającymi inne niż on poglądy. W kawiarni Dobskiego przy ul. Fredry miał swój stolik, do którego dosiadali się między innymi: Jan Jachowski – księgarz i wydawca, prof. Henryk Ułaszyn – wolnomyśliciel, Emil Zegadłowicz – poeta i kierownik Teatru Polskiego, inny poeta

– Wojciech Bąk, znany z lewicowych zapatrywań - profesor anatomii Stefan Różycki, artysta malarz Wacław Taranczewski, a także literat i dyrektor poznańskiej rozgłośni Polskiego Radia Zenon Kosidowski.

Tomasz Wantuch

POPIERSIE JANA M. DOBROWOLSKIEGO, RZEŹBA JAROSŁAWA JASIŃSKIEGO

W Elsowie

Pracując naukowo i prowadząc ciekawe życie towarzyskie, prof. Dobrowolski nie zrezygnował ze swojej pasji, jaką była działalność w Filareckim Związku Elsów. W 1924 r. organizacja uzyskała formalną rejestrację. Skupiała wtedy około 200 osób rozproszonych po całym kraju. Najwyższy stopień wtajemniczenia mieli członkowie wolni, do których należał Dobrowolski. Odpowiadali oni za redagowanie i wydawanie czasopism: „Listu Okrężnego", „Okólnika Filareckiego" i – było to dzieło Dobrowolskiego – „Myśli Filareckiej".

Elsowie byli atakowani na łamach prasy ogólnopolskiej, w tym wydawanego przez krakowskich jezuitów „Przeglądu Powszechnego", za „chorobliwy mistycyzm". Nie zmienili kierunku działalności, zgadzając się z Dobrowolskim, że są „kompasem w przełomowych chwilach". Postanowili zbudować osadę, w której żyliby ludzie wyzwoleni z wszystkich nałogów i żyjący w duchu chrześcijaństwa, która byłaby świetlistym przykładem wierności zasadom moralnym. W okolicach Tarnowa kupili kilka mórg ziemi po rozparcelowanym majątku dworskim w Burzynie i wybudowali kilka domów. Tak powstała osada Elsowo.

Odegrała ona szczególną rolę po wybuchu II wojny światowej, kiedy dla wielu Elsów, ich rodzin i przyjaciół stała się miejscem schronienia przed gestapo. Narastającym problemem stawał się brak żywności i dotkliwy głód. Nadzieje mieszkańców Elsowa budziła akcja zielarska, zorganizowana przez prof. Dobrowolskiego we współpracy z Radą Główną Opiekuńczą, polską organizacją humanitarną działającą w Generalnym Gubernatorstwie na podstawie konwencji międzynarodowych, skupiającą głównie ziemian i arystokrację.

Intencją RGO było udzielenie pomocy setkom tysięcy Polaków wysiedlonych z tzw. Kraju Warty (czyli Wielkopolski), którzy w Gubernatorstwie byli pozbawieni środków materialnych pozwalających na przeżycie. Dla potrzeb akcji zielarskiej utworzono w Krakowie Związek Uprawiających i Zbierających Rośliny Lekarskie, Aromatyczne i Korzenne w Generalnej Guberni, bliźniaczy wobec organizacji niemieckiej, dlatego zalegalizowany przez okupantów. Zbieracze surowców zielarskich otrzymywali karty i deputaty żywnościowe, a niekiedy także chodaki. Dobrowolski zorganizował ich szkolenie, które obejmowało wiedzę o roślinach łatwych do identyfikacji i zbierania oraz zasady ochrony przyrody. Akcja zielarska zaczęła się w 1941 r., a zakończyła w 1944 r. Zebrane surowce zasadniczo skupywali Niemcy, ale ich część udało się przekazywać polskim aptekarzom. Akcja przyczyniła się do zakładania przydomowych plantacji i dziesięcioarowych zagonków roślin leczniczych w okolicach Krakowa.

Ponadto prof. Dobrowolski dojeżdżał z Elsowa do Krakowa i Warszawy, gdzie prowadził zajęcia dla studentów tajnych studiów farmaceutycznych. Istniały one poza strukturami Uniwersytetu Ziem Zachodnich, będącego okupacyjną kontynuacją Uniwersytetu Poznańskiego.

Reformator studiów farmaceutycznych

Jan M. Dobrowolski wrócił do Poznania dopiero w maju 1945 r. Collegium Raciborskiego przy ul. Słowackiego, gdzie przed wojną mieścił się jego zakład, zastał doszczętnie zniszczone. Zakład otrzymał pomieszczenia zastępcze na trzecim piętrze Collegium Minus, budynku, w którym obecnie mieści się Rektorat Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Podczas okupacji Niemcy trzykrotnie zmniejszyli Ogród

Roślin Lekarskich, co uniemożliwiało realizację zaplanowanych doświadczeń uprawowych.

Liczne interwencje prof. Dobrowolskiego w Senacie Uniwersytetu Poznańskiego przyniosły niespodziewany skutek. W 1952 r. odebrano mu Ogród i przekazano Zakładowi Farmakognozji, jednocześnie ograniczając godziny nauczania botaniki (którą uważał za wiedzę niezbędną dla farmaceutów), a przedmiot „uprawa roślin lekarskich" zlikwidowano (przywrócono go 30 lat później). Odtąd materiał do badań pozyskiwał tylko podczas wycieczek botanicznych.

burzyn.blogspot.com

DAWNY DOM FILARECKI W BURZYNIE

W 1947 r. Oddział przekształcono w Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Poznańskiego, a Dobrowolski został wybrany na jego pierwszego dziekana. Odtąd nowym polem jego aktywności stała się walka o reformę programu studiów farmaceutycznych. Postulował wprowadzenie nowych przedmiotów, m.in.: towaroznawstwa apteczno-drogeryjnego, handlu farmaceutycznego, anatomii i fizjologii, fizjologii roślin z genetyką, ekologii, nauki o środkach higienicznych i pielęgnowaniu ciała. Żaden z postulatów nie został wtedy zrealizowany. Protestował przeciw lekceważeniu farmaceutów przez lekarzy, wskazując, że ci pierwsi mają znacznie większą wiedzę o lekach. Bolesnym ciosem było dla niego wydarcie Wydziału Farmaceutycznego ze struktur Uniwersytetu Poznańskiego i włączenie do nowopowstałej Akademii Lekarskiej, wkrótce przemianowanej na Akademię Medyczną. Wraz z przeniesieniem Wydział Farmaceutyczny utracił ponad 30 etatów asystentów, przekazanych zakładom Wydziału Lekarskiego, a także możliwość zlecania wykładów wybitnym chemikom, matematykom i filozofom pracującym na Uniwersytecie Poznańskim. Dobrowolski złożył protest na szczeblu uczelnianym i ministerialnym. Nikt mu nie odpowiedział, więc podał się do dymisji. Władze Akademii Medycznej nowym dziekanem mianowały wtedy prof. Franciszka Adamanisa.

Były to trudne lata dla prof. Jana M. Dobrowolskiego także dlatego, iż Elsowo wraz z nieruchomościami Filareckiego Związku Elsów zostało upaństwowione i przekazane Rolniczej Spółdzielni Produkcyjnej w Burzynie.

Popaździernikowa odwilż polityczna 1956 r. wydawała mu się szansą na odnowę nauki polskiej. Na memoriał, który skierował do władz Polskiej Akademii Nauk, żądając wolności badań naukowych, eliminacji centralnego planowania ze sfery nauki, uniezależnienia od ZSRR i udostępnienia osiągnięć intelektualnych Zachodu, nikt mu nie odpowiedział. W październiku 1957 r. wygłosił wykład „Rośliny lekarskie w życiu człowieka", którym zainaugurowany został nowy rok akademicki. 28 czerwca 1958 r., gdy tenże rok się kończył, idąc schodami do swego zakładu na trzecim piętrze Collegium Minus, doznał zawału serca. Kilka godzin później zmarł.

W pamięci współpracowników i studentów prof. Jan Marian Dobrowolski pozostał uczonym o wielkiej wiedzy, szerokich zainteresowaniach i dużej kulturze osobistej, a także głębokiej religijności. Poznańskiej farmacji akademickiej służył wiernie, walcząc o nią aż do śmierci.

afw

prof. dr hab.
ANITA MAGOWSKA
Kierownik Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

prof. UM dr hab. n. farm. EDYTA SZAŁEK

KONKURS W CIENIU PANDEMII

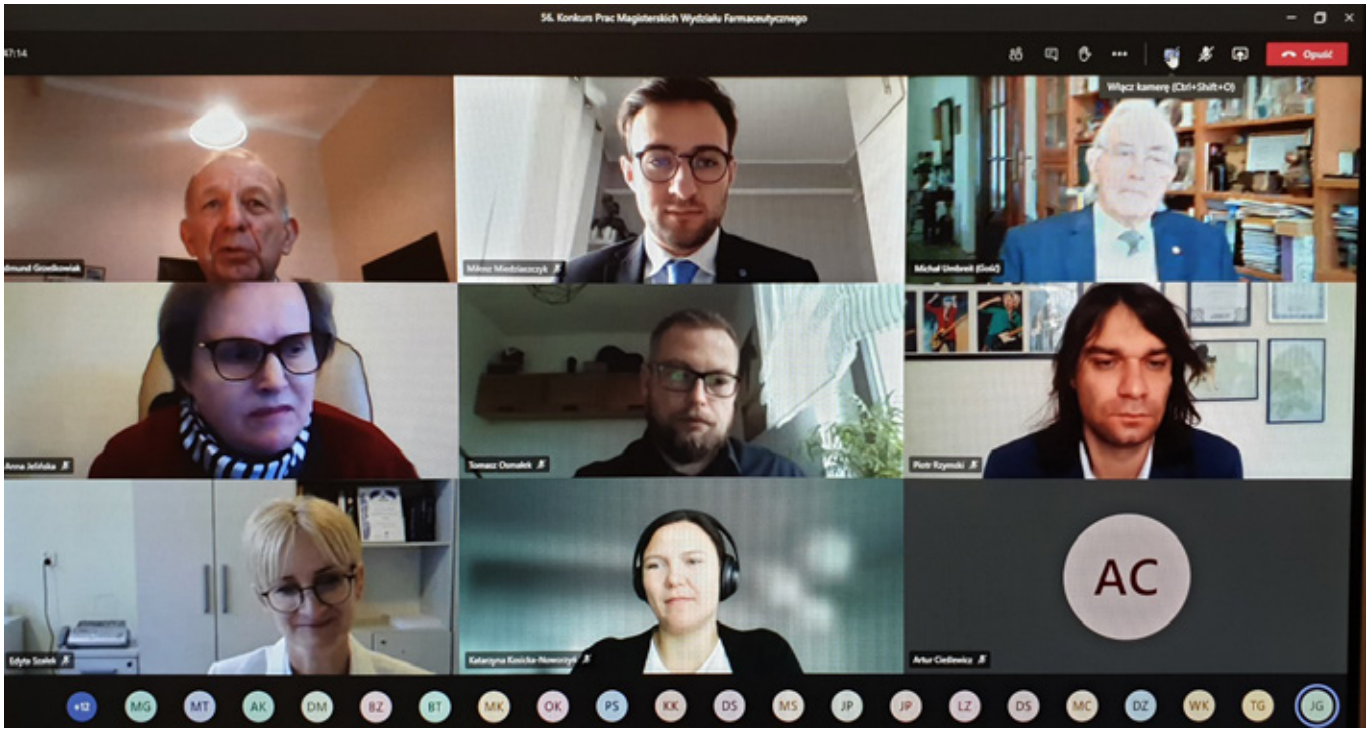
Najlepsze prace magisterskie Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 nie przeszkodziła w zorganizowaniu 16 października 2020 r. corocznego Konkursu Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (UMP). 56. edycję tego konkursu patronatem honorowym objął JM Rektor UMP prof. dr hab. n. med. Andrzej Tykarski oraz dziekan Wydziału Farmaceutycznego (WF) prof. dr hab. n. farm. Anna Jelińska. Konkurs uświetnili swoją obecnością prorektor ds. studenckich prof. dr hab. Edmund Grześkowiak, dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. dr hab. Anna Jelińska, Kanclerz Nauk Farmaceutycznych prof. dr hab. Judyta Cielecka-Piontek oraz inicjator konkursów prac magisterskich prof. zw. dr hab. Michał Umbreit. Przedstawiciele władz uczelni wygłosili krótkie przemówienia, dodając otuchy prezentującym się w tym dniu studentom. Prof. Michał Umbreit, przypomniał nam historię pierwszych konkursów, zwracając uwagę na fakt, że wielu byłych finalistów, później wybitnych profesorów, rozpoczęło swoją przygodę z nauką właśnie na tym etapie.

Do konkursu dołączyli także: prodziekan ds. studenckich kierunków farmacja i analityka medyczna dr hab. Violetta Krajka-Kuźniak, prodziekan ds. studenckich kierunków kosmetologia, inżynieria farmaceutyczna, analityka kryminalistyczna i sądowa dr hab. Justyna Gornowicz-Porowska, ponadto kierownicy katedr, nauczyciele akademiccy oraz studenci, którzy wspierali swoich kolegów i koleżanki. Do spotkania dołączył również Jarosław Pieczuro, dyrektor ds. rozwoju i innowacji firmy BIOFARM, na której hojne wsparcie finansowe, jak co roku, mogliśmy liczyć.

Do wygłoszenia wykładu inauguracyjnego został poproszony dr hab. Piotr Rzymski z Zakładu Medycyny Środowiskowej UMP, popularyzator nauki, autor licznych publikacji, który znalazł się w gronie 2 procent najlepiej cytowanych badaczy na świecie w roku 2019. Tytuł wykładu „Czego powinna nauczyć nas pandemia COVID-19?" nie był oczywiście przypadkowy. Pan docent w swoim wystąpieniu, poza krytycznym spojrzeniem na wyniki badań klinicznych dotyczących terapii COVID-19, omówił kilka lekcji wynikających z pandemii.

Ponieważ w roku 2020 w związku z pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2 wprowadzono szereg restrykcji i obostrzeń, nasz konkurs odbył się zdalnie, na platformie MS Teams. Nad prawidłowym przebiegiem konkursu czuwał dr hab. Andrzej Czyrski. Konkurs to jednak ogromne wyzwanie organizacyjne, do którego przygotowania trwają wiele miesięcy. W tym



W GÓRNYM RZĘDZIE, OD LEWEJ: PROF. DR HAB. EDMUND GRZEŚKOWIAK (PROREKTOR DS. STUDENCKICH), MGR MIŁOSZ MIEDZIASZCZYK (PROWADZĄCY KONKURS), PROF. DR HAB. MICHAŁ UMBREIT (INICJATOR KONKURSÓW); W ŚRODKOWYM RZĘDZIE, OD LEWEJ: PROF. DR HAB. ANNA JELIŃSKA (DZIEKAN WF), DR HAB. TOMASZ OSMAŁEK (CZŁONEK JURY), DR HAB. PIOTR RZYMSKI (ZAPROSZONY WYKŁADOWCA), W DOLNYM RZĘDZIE, OD LEWEJ: PROF. UM DR HAB. EDYTA SZAŁEK (PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO KONKURSU), DR KATARZYNA KOSICKA-NOWORZYŃ (CZŁONEK JURY)

roku w skład Komitetu Organizacyjnego wchodzili: prof. UM dr hab. Edyta Szałek (przewodnicząca komitetu) oraz prof. dr hab. Barbara Thiem, dr hab. Andrzej Czyrski, dr Agnieszka Karbownik, dr hab. Małgorzata Kikowska i mgr Daria Słomińska.

Zainteresowanie studentów Wydziału Farmaceutycznego Konkursem Prac Magisterskich 2020 przerosło oczekiwania organizatorów, bowiem zgłoszonych zostało 26 prac, 18 z kierunku farmacja, 6 z kierunku analityka medyczna oraz 2 prace z kierunku PharmD. Poziom naukowy ocenianych prac magisterskich był naprawdę imponujący, co udowodniło, że nawet pandemia nie stanowiła przeszkody do realizacji założonych ambitnych celów. W proces recenzji pracy w pierwszym etapie konkursu zaangażowanych było 28 recenzentów. Do drugiego etapu konkursu zakwalifikowało się 7 prac, które osiągnęły najwyższą ocenę, sumę punktów nadanych przez dwóch recenzentów. Finalistami konkursu byli absolwenci (w porządku alfabetycznym): Steven Brunotte (PharmD), Mikołaj Czajkowski (farmacja), Monika Grzybowska (farmacja), Natalia Kostewicz (farmacja), Oliwia Krupińska (analityka medyczna), Weronika Porolnik (farmacja), Małgorzata Trybuła (analityka medyczna). Wszystkim finalistom życzyliśmy satysfakcjonujących sukcesów, choć już to, że dotarli do tego etapu, potwierdzało ich nieprzeciętną wiedzę. Po bardzo interesujących wystąpieniach i owocnych dyskusjach zwycięzcami 56. Konkursu Prac Magisterskich zostali:

I MIEJSCE: Małgorzata Trybuła, z kierunku analityka medyczna, prezentująca pracę „Zmienność genetyczna receptora androgenowego w glejaku wielopostaciowym", wykonaną w Katedrze i Zakładzie Biochemii Farmaceutycznej pod kierunkiem dr Aleksandry Majchrzak-Celińskiej;

II MIEJSCE: Natalia Kostewicz, z kierunku farmacja, przedstawiająca pracę „Wpływ metforminy na farmakokinetykę sorafenibu u szczurów", zrealizowaną w Katedrze i Zakładzie Farmacji Klinicznej i Biofarmacji pod kierunkiem prof. dr. hab. Edmunda Grześkowiaka i dr. Agnieszki Karbownik;

Eugeniusz Jarosik

Prof. dr hab. n. farm. MICHAŁ HENRYK UMBREIT

Z wielką satysfakcją i zadowoleniem odnotowuję wydanie kolejnego zeszytu czasopisma Wielkoplskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, w którym to wydaniu zostało zamieszczone sprawozdanie z kolejnego już 56. Konkursu Prac Magisterskich Studentów Wydziału Farmaceutycznego w Poznaniu.

Ponad 57 lat temu byłem inicjatorem i przez dziesiątki lat współorganizatorem zarówno konkursów wydziałowych, jak i ogólnopolskich, które w kolejnych latach akademickich podsumowywały i wyłaniały najlepsze prace magisterskie, promowały ich autorów i honorowały promotorów - nauczycieli akademickich wydziałów farmaceutycznych w Polsce, gdyż wyłonieni na poszczególnych wydziałach farmaceutycznych laureaci zawsze brali udział w konkursach ogólnopolskich.

Bardzo dziękuję dziekanowi Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Annie Jelińskiej oraz członkom jury konkursu za jego ogłoszenie i za formalne przeprowadzenie w czasie trwającej pandemii. Szczególne słowa podziękowania kieruję także do opiekunów kierujących pracami magisterskimi oraz do autorów nadesłanych na konkurs prac dyplomowych, otwierających im przysłowiowe drzwi do zawodu farmaceuty.

Słowa uznania kieruję również do władz Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej za ciągłe wspieranie tej studenckiej imprezy, która stała się jedną z trzech ciągłych imprez studenckich o najdłuższej w naszym kraju tradycji.

Władzom i nauczycielom akademickim Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu dziękuję i składam wyrazy szacunku, a wszystkim drogim absolwentów życzę dalszych wspaniałych karier w zawodzie farmaceuty!

III MIEJSCE: Monika Grzybowska, z kierunku farmacja, prezentująca pracę „Ocena aktywności przeciwnowotworowej pochodnej ftalocyjaniny cynkowej w modelu in vitro oraz in vivo" z Katedry i Zakładu Toksykologii pod kierunkiem dr Małgorzaty Kucińskiej.

afw

Jak co roku laureaci oraz wszyscy finaliści konkursu otrzymali nagrody. Dzięki wsparciu prorektora ds. studenckich prof. dr. hab. Edmunda Grześkowiaka oraz sponsorów (Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska, firma BIOFARM) każdy finalista otrzymał nagrodę pieniężną. Nagrodą rzeczową była roczna prenumerata czasopisma „Farmacja Współczesna" z Wydawnictwa Akademia Medycyny. Ponadto w konkursie wyróżniono nagrodą specjalną, grafiką przedstawiającą dziurawiec Hypericum perforatum, ufundowaną przez PhytoPharm Klęka, studentkę PharmD Anastasiię Aksonovą, za pracę „Mesolimbic dopaminergic system as the target of the alcohol action and its modulation under the influence of selected plant xenobiotics – state of art", wykonaną w Katedrze i Zakładzie Farmakologii.

Gratulujemy serdecznie laureatom oraz wszystkim finalistom konkursu, ale także kierownikom i opiekunom ocenianych prac magisterskich, którzy w tych trudnych czasach włożyli ogromny wysiłek w realizację przedstawionych badań. Myślimy już o przygotowaniach do 57. Konkursu Prac Magisterskich, mając nadzieję, że mimo wygody formy zdalnej, odbędzie się już w sposób kontaktowy.

prof. UM dr hab. n. farm.
EDYTA SZAŁEK
Katedra i Zakład Farmacji Klinicznej i Biofarmacji
Wydziału Farmaceutycznego
Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu.

Archiwum rodzinne IRC

JÓZEF REINHOLZ

Lucyna Kirschenstein

OD LEWEJ: BURMISTRZ ŁOBŻENICY PIOTR ŁOSOŚ, PREZES TOWARZYSTWA MIŁOŚNIKÓW ŁOBŻENICY MARIA SZEMIEL, MGR FARM. IWONA REINHOLZ-CYNAJEK, MGR FARM. WIKTORIA SZEWS

Józef Reinholz upamiętniony w Łobżenicy

JÓZEF REINHOLZ, zasłużony łobżenicki aptekarz, społecznik i patriota, został zamordowany przez Niemców 11 listopada 1939 r. w Paterku koło Nakła nad Notecią. Dokładnie 81 lat później na ścianie budynku przy ul. 1 maja 4 w Łobżenicy, w którym 100 lat temu znajdowała się apteka, została odsłonięta tablica upamiętniająca tę niezwykle zasłużoną dla lokalnej społeczności postać.

Józef Reinholz urodził się 29 kwietnia 1884 r. w Koronowie. W 1911 r. uzyskał tytuł aprobowanego aptekarza. W 1918 r. przybył do Łobżenicy, gdzie od D. Littmanna kupił aptekę „Pod Czarnym Orłem". Aptekę tę prowadził do roku 1939. Rodzinną aptekarską tradycję kontynuował syn Józefa – Bogdan Reinholz. Studia farmaceutyczne ukończył w 1951 r. Powrócił do Łobżenicy, gdzie objął funkcję kierownika apteki. Rodzinna apteka została znacjonalizowana. Pasję do farmacji Bogdan Reinholz zaszczepił swojej córce Iwonie, która po śmierci ojca została kierownikiem apteki i kontynuatorką rodzinnej tradycji. W 1989 r. mgr farm. Iwona Reinholz-Cynajek wykupiła aptekę i zmieniła jej nazwę na „Apteka pod Koroną".

Historia rodziny Reinholzów została dokładniej opisana w „Farmacji Wielkopolskiej" (nr 4/2019). Iwona Reinholz-Cynajek jest członkiem Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej. Działa również w Towarzystwie Miłośników Łobżenicy, które było inicjatorem, a także fundatorem tablicy pamiątkowej.

LAURA OLSZTYŃSKA

Dar dla muzealnej książnicy

W lipcu 2020 r. w formie darowizny od dr. Krzysztofa Tuszyńskiego pojawił się w naszym księgozbiorze tom drugi Komentarza do ósmego wydania Farmakopei Austryackiej.

Książka ukazała się w 1907 r. nakładem Galicyjskiego Towarzystwa Farmaceutycznego „Unitas" w Krakowie. Podręcznik przeznaczony został przede wszystkim dla aptekarzy, lecz także dla „drogistów, lekarzy urzędowych, farmaceutów i lekarzy praktykujących". Warto podkreślić fakt wydania właśnie w języku polskim takiego podręcznika, tłumaczącego farmakopeę państwa zaborczego, obowiązującą w części rozbitej rozbiorami Rzeczypospolitej; w dzielnicy pruskiej taki projekt nie miałby szans na powodzenie. Przekazany bibliotece muzeum drugi tom, opracowany przez docenta dr. Ignacego Lembergera, zawiera część szczegółową, czyli przetłumaczone z języka łacińskiego farmakopealne monografie substancji i surowców leczniczych wraz z wyjaśnieniami. Tekst zilustrowano 141 rycinami zaczerpniętymi z wielu dzieł farmakognostycznych oraz własnych tłumacza. Dla związków chemicznych podano sposób wydobycia pierwiastka lub sposób otrzymania przetworu chemicznego w stanie czystym, właściwości chemiczne i fizyczne, lecznicze i toksykologiczne. Podano również uwagi dotyczące sposobu przechowywania i wydawania leku oraz najwyższą dawkę leczniczą. Dla surowców roślinnych określono ich pochodzenie, sposób otrzymywania z rośliny macierzystej, odmiany handlowe, zanieczyszczenia, zafałszowania, a także zastosowanie w celach leczniczych czy technicznych. W Komentarzu zamieszczono także 17 tabel, określających między innymi środki lecznicze, które należy przechowywać w szafce zamkniętej, w naczyniach opatrzonych napisami ułożonymi z białych liter na tle czarnym (środki bardzo silnie działające, trucizny) oraz środki lecznicze, które należy przechowywać oddzielnie od innych, w naczyniach opatrzonych napisami, ułożonymi z czerwonych liter na tle białym (środki silnie działające). W innych tablicach określono najwyższe dawki lecznicze dla osoby dorosłej, których nie wolno przekraczać lekarzowi bez umieszczenia na recepcie znaku wykrzyknika, a także środki lecznicze, których nie wolno wydawać aptekarzom bez recepty lekarskiej.

Pod koniec 2020 r. na półkach biblioteki Muzeum Farmacji w Poznaniu pojawiła się monografia wydana przez Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu „Działania medyków na rzecz małej i wielkiej ojczyzny (XIX–XX wiek)", będąca wkładem Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy w obchody Bydgoskiego Roku Wolności (2019). Książka obejmuje dwanaście rozdziałów poświęconych aktywności medyków (choć nie tylko o lekarzach jest mowa) w działalności patriotycznej, społecznej czy nawet misyjnej. Pomimo zakreślonych ram czasowych, Justyna Ewa Białowąs poddaje analizie pochodzący z XVII wieku dziennik Bazylego Rudomicza, z którego wyłania się postać medyka, pracownika naukowego Akademii Zamojskiej i członka samorządu miejskiego. Bardzo ciekawy jest tekst Gabrieli Frischke i Wojciecha Ślusarczyka,

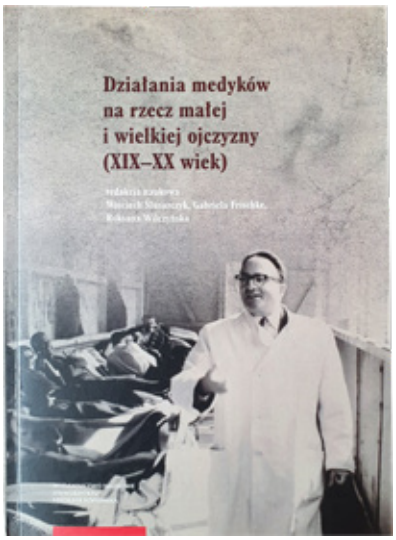
„Gazeta Lekarska"

■ **Dr n. med. KRZYSZTOF TUSZYŃSKI** (7 lutego 1937 r. – 24 sierpnia 2020 r.) był specjalistą chirurgiem, lekarzem medycyny pracy i medycyny społecznej. Niezwykle aktywnie uczestniczył w pracach Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Lekarskiej. Charakteryzował się spokojem, skromnością, życiową mądrością, a jednocześnie energią i humorem. Uczynny i empatyczny, pomagał wszystkim potrzebującym bezinteresownie, ciesząc się, że jego wiedza może komuś pomóc. W środowisku lekarskim posiadał znaczny autorytet, a za swoje osiągnięcia został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi i Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

przybliżający czytelnikowi postać krośniewickiego aptekarza i kolekcjonera Jerzego Dunin – Borkowskiego (1908-1992). Był on synem Władysława, miejscowego farmaceuty i Zdzisławy Bacciarelli, wywodzącej się z rodziny słynnego malarza – Marcello Bacciarellego. Przed II wojną światową ukończył Szkołę Główną Handlową w Warszawie. Walczył w szeregach Armii Krajowej oraz podczas powstania warszawskiego, w czasie którego zniszczeniu uległa poważna część ówczesnych zbiorów kolekcjonera. W 1947 r. osiadł na stałe w Krośniewicach. Farmację studiował w Łodzi. Od początku lat pięćdziesiątych do 1978 r. prowadził upaństwowioną „Aptekę pod Łabędziem". Kolekcjonerstwo było jego wielką pasją od wczesnej młodości. Był jednym z największych polskich kolekcjonerów XX wieku. W ciągu kilkudziesięciu lat zgromadził około 15 000 dzieł sztuki, wyrobów rzemiosła artystycznego, archiwaliów, numizmatów i pamiątek po wybitnych Polakach oraz wielotysięczny cenny księgozbiór, z kilkoma inkunabułami, które prezentował w Krośniewicach w słynnym nie tylko w Polsce, prywatnym „Muzeum nad Apteką". W 1965 r. został uhonorowany buławą i tytułem „Hetmana Kolekcjonerów Polskich". 24 października 1978 r. przekazał swoją kolekcję państwu polskiemu, zostając dożywotnim kuratorem powstałego Oddziału Muzeum Narodowego w Warszawie (obecnie jest to Muzeum im. Jerzego Dunin - Borkowskiego w Krośniewicach).

Dr Wojciech Ślusarczyk, współzałożyciel Fundacji Naukowej „Bydgoska Szkoła Historii Nauk Medycznych", przekazał poznańskiemu Muzeum Farmacji książkę pod tytułem „Melancholia. Medyczne i kulturowe aspekty na przestrzeni dziejów", będącą pokłosiem konferencji, która odbyła się w Bydgoszczy w 2020 r. Jest to druga pozycja, po tomie o krwi, poświęcona jednemu z czterech Hipokratejskich

humorów. Czarna żółć stanowi w koncepcji zdrowia i choroby stworzonej przez Hipokratesa, a rozwijanej przez Galena oraz arabskich uczonych i aktualnej niemal do początku XIX wieku, najbardziej tajemniczy humor. Pojęcia melancholii i melancholika powiązano z przewagą w organizmie czarnej żółci, która predysponuje do nadmiernego i częstego smutku. Nauka doby oświecenia, poddając krytyce koncepcje humoralne, doprowadziła do ich odrzucenia, a termin „melancholia" został utożsamiony z pojęciem depresji. Jednak w psychologii współczesnej nadal wykorzystywana jest humoralna koncepcja temperamentów. Książka poświęcona jest wielu zagadnieniom związanym z melancholią. W części dotyczącej melancholii w medycynie Marcin i Stefan Piechoccy omawiają poglądy polskich dziewiętnastowiecznych psychiatrów na temat melancholii i jej leczenia. Bardzo często były to odmienne środki i metody lecznicze, wskazujące na burzliwy rozwój psychiatrii w tym czasie, a obecnie co najmniej budzące zdziwienie. Pozostałe części publikacji poświęcono melancholii w literaturze, filmie i malarstwie, a także problemowi melancholii – depresji.



dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI

REDAKCJA „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ" UDOSTĘPNIA LIST SKIEROWANY DO DYREKCJI SZPITALI Z OBSZARU DZIAŁANIA WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ, W KTÓRYCH OBSADA APTEK SZPITALNYCH NIE ODPOWIADA WYMAGANIOM OKREŚLONYM W USTAWIE O ZAWODZIE FARMACEUTY, WYSTOSOWANY PRZEZ PREZES WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ MGR FARM. ALINĘ GÓRECKĄ ORAZ DR N. FARM. KATARZYNĘ REGULSKĄ, KONSULTANTA WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO W DZIEDZINIE FARMACJI SZPITALNEJ.

■ *Działając na podstawie art. 7.1. ustawy o izbach aptekarskich z 19 stycznia 1991 r. (Dz.U.1991.179), uprzejmie proszę o dostosowanie liczby zatrudnionych farmaceutów w aptece szpitalnej do wymagań ustawy o zawodzie farmaceuty z 10 grudnia 2020 r. (Dz.U.2021.97), która wchodzi w życie 16 kwietnia 2021 r. Ustawa ta w art. 83 wprowadza zmianę w art. 87 ustawy Prawo farmaceutyczne, dodając art. 87a w brzmieniu:*

„Art. 87a. 1. Zapewnia się minimalną normę zatrudnienia w:

1) aptece szpitalnej:

a) równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin kierownika tej apteki,

b) równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin co najmniej jednego farmaceuty na każde rozpoczęte 100 łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakładu leczniczego zaopatrywanego przez tę aptekę;

2) dziale farmacji szpitalnej – równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin co najmniej jednego farmaceuty na każde rozpoczęte 50 łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakładu leczniczego zaopatrywanego przez ten dział.

2. W przypadku jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, liczba, o której mowa w ust. 1, wynosi odpowiednio 100 albo 50 stanowisk do poboru krwi".

mgr farm. ALINA GÓRECKA
Prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

dr n. farm. KATARZYNA REGULSKA
Konsultant województwa wielkopolskiego
w dziedzinie farmacji szpitalnej

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